



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

MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Paula Alexandra Mota Gomes

GANHOS EM SAÚDE EM
FAMÍLIAS COM FILHOS COM
EXCESSO DE
PESO/OBESIDADE
SENSÍVEIS À ENTREVISTA
MOTIVACIONAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

GANHOS EM SAÚDE EM FAMÍLIAS COM FILHOS COM EXCESSO DE PESO/OBESIDADE SENSÍVEIS À ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Dissertação de Mestrado

Paula Alexandra Mota Gomes

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, sob orientação da Professora Doutora Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira e coorientação do Professor Doutor Henrique Lopes Pereira.

Oliveira de Azeméis | 2025

"Quanto maior a dificuldade, maior a glória em superá-la."

Epicuro

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação representa não apenas o culminar de um percurso académico exigente, mas também um desafio pessoal que não teria sido possível superar sem o apoio e a presença daqueles que, de diversas formas, contribuíram para esta jornada. Em primeiro lugar, expresso a minha mais profunda gratidão aos meus pais, Natália e Cipriano, que, apesar de já não estarem fisicamente presentes, permanecem como a minha maior inspiração. Foram eles que me ensinaram o valor da dedicação, da resiliência e do compromisso em ser sempre melhor, tanto a nível pessoal como profissional. A sua memória acompanhou-me em cada etapa deste caminho e continua a ser a minha maior força. Ao meu querido marido, Joaquim, pelo amor, paciência e apoio incondicional, mesmo nos momentos mais desafiantes, e aos meus filhos, Afonso e Benedita, pela compreensão e por serem a minha maior motivação. A vossa presença deu sentido a cada sacrifício e conquista. À minha família, amigos e colegas de trabalho que sempre me apoiaram e incentivaram, um agradecimento especial, com um carinho muito particular para a minha querida amiga Raquel, cuja amizade, compreensão e incentivo constante foram fundamentais para que este trabalho se concretizasse.

Expresso o meu profundo reconhecimento à Professora Doutora Manuela Ferreira, cuja orientação rigorosa, paciência e exigência científica, aliadas à sua vasta experiência e dedicação, foram determinantes para a concretização desta dissertação. Ao Professor Doutor Henrique Pereira, manifesto a minha gratidão pelo contributo e pelas sugestões que ajudaram a enriquecer este trabalho.

Quero igualmente expressar o meu sincero agradecimento à Unidade de Saúde Familiar (USF) onde tenho o privilégio de exercer a minha profissão. É ali que, diariamente, encontro desafios e aprendizagens que enriquecem a minha prática e reforçam o meu compromisso com a saúde da comunidade. A todos os colegas e profissionais que me acompanham neste percurso, pelo apoio, colaboração e incentivo constante, o meu profundo reconhecimento. A Enfermagem é, para mim, uma vocação e um compromisso com o cuidado ao outro, sendo fonte de realização pessoal. O desejo de aprofundar conhecimentos, melhorar práticas e promover a saúde orientou todo o meu percurso académico. Acredito na aprendizagem contínua como oportunidade para melhor cuidar de quem confia em nós nos momentos mais frágeis. A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste estudo, expresso o meu sincero agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CESIJ – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CG – Control Group

CI – Consentimento Informado

COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAN – Educação Alimentar e Nutricional

EEECAESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EEM – Escala de Estágios de Mudança

EG – Experimental Group

EM – Entrevista Motivacional

EPECAESF – Enfermeiros peritos em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

GC – Grupo de Controlo

GE – Grupo Experimental

IMC – Índice de Massa Corporal

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MI – Motivational Interviewing

MITI – Motivational Interviewing Treatment Integrity

MTMC – Modelo Transteórico de Mudança Comportamental

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNS – Programa Nacional de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SMS – Serviço de Mensagens Curtas

SN-CNFHN – Specialist Nurse in Community Nursing in the Field of Family Health Nursing

SPSS® v.25 – Statistical Package for the Social Sciences

UID – Unidade de Investigação e Desenvolvimento

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A obesidade infantil é um dos principais desafios da saúde pública contemporânea, com implicações multidimensionais na saúde física, emocional e social da criança, bem como na dinâmica familiar.

Esta investigação teve como objetivo avaliar os ganhos em saúde decorrentes da aplicação da Entrevista Motivacional (EM) em famílias com crianças dos 10 aos 13 anos com excesso de peso ou obesidade, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). O estudo, de natureza prospetiva quase-experimental, incluiu um grupo experimental (GE) e um grupo de controlo (GC), totalizando 12 participantes recrutados por amostragem de conveniência em conglomerados, numa USF da Região Norte de Portugal. O GE foi submetido a sessões de EM realizadas por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECAESF), enquanto o GC participou nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ), igualmente realizadas por um EEECAESF, conforme as orientações da Direção-Geral da Saúde.

A recolha de dados incluiu gravações áudio e vídeo das sessões, grelhas de observação da dinâmica das intervenções, questionário com dados sociodemográficos e a Escala de Estágios de Mudança (EEM), aplicada antes e após a intervenção. A análise estatística, efetuada com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS® v.25), permitiu identificar progressos nos estágios de mudança comportamental das famílias expostas à EM, bem como um maior envolvimento na adoção de comportamentos promotores de saúde.

A EM revelou-se uma estratégia eficaz na capacitação das famílias e na promoção da motivação intrínseca para a mudança, reforçando o papel do EEECAESF como facilitador de processos de transformação sustentada. Os resultados reforçam que a EM constitui uma abordagem válida e baseada na evidência para a prevenção e gestão do excesso de peso e da obesidade infantil.

Palavras-chave: Obesidade Infantil; Entrevista Motivacional; Enfermagem Familiar; Modelo de Informação, Motivação e Habilidades Comportamentais; Relações Familiares.

ABSTRACT

Childhood obesity is one of the main challenges of contemporary public health, with multidimensional implications for the child's physical, emotional, and social health, as well as for family dynamics.

This study aimed to evaluate the health gains resulting from the application of Motivational Interviewing (MI) in families with children aged 10 to 13 years with overweight or obesity, within the context of Primary Health Care. The research, designed as a prospective quasi-experimental study, included an experimental group (EG) and a control group (CG), totaling 12 participants recruited through cluster convenience sampling at a Family Health Unit in Northern Portugal. The EG underwent MI sessions conducted by a Specialist Nurse in Community Nursing in the Field of Family Health Nursing (SN-CNFHN), whereas the CG attended Child and Adolescent Health Nursing Consultations, also carried out by an SN-CNFHN, in accordance with the guidelines of the Portuguese Directorate-General of Health. Data collection included audio and video recordings of the sessions, observation grids of the intervention dynamics, a sociodemographic questionnaire, and the Stages of Change Scale (SOCS), applied before and after the intervention. Statistical analysis, performed using the SPSS® v.25, enabled the identification of progress in the stages of behavioral change among families exposed to MI, as well as greater involvement in the adoption of health-promoting behaviors.

MI proved to be an effective strategy in empowering families and fostering intrinsic motivation for change, reinforcing the role of the SN-CNFHN as a facilitator of sustained transformation processes. The findings highlight MI as a valid and evidence-based approach for the prevention and management of childhood overweight and obesity.

Keywords: Childhood Obesity; Motivational Interviewing; Family Nursing; Information-Motivation-Behavioral Skills Model; Family Relations.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Representação esquemática das atividades a desenvolver no estudo de investigação, segundo o GE e o GC, e o respetivo horizonte temporal.....	54
Tabela 2: Resultados do teste de normalidade às dimensões da EEM.	54
Tabela 3: Comparação entre a versão original dos autores da EEM, as justificações para a (não) alteração dos itens e as versões finais adotadas.....	58
Tabela 4: Distribuição absoluta e relativa do nível de escolaridade do pai e da mãe segundo o GE, o GC e o total da amostra.....	60
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 das entrevistas/consultas e dos intervenientes (enfermeiro, pai, mãe, díade parental ou outro)	62
Tabela 6: Resultados da correlação entre as dimensões da EEM no GC, antes e após a aplicação da manobra de intervenção introduzida no estudo (CESIJ).....	63
Tabela 7: Resultados da correlação entre as dimensões da EEM no GE, antes e após a aplicação da manobra de intervenção introduzida no estudo (EM).	64
Tabela 8: Resultados da correlação entre as dimensões da EEM no total da amostra (GE e GC), antes e após a aplicação das manobras de intervenção específicas a cada grupo.....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Evolução média dos estágios da EEM (antes e após a implementação) no GC e no GE	61
--	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	19
1. Enquadramento teórico.....	23
1.1. Obesidade infantil: definição e prevalência	23
1.2. Ganhos em saúde e políticas públicas.....	24
1.3. Determinantes socioculturais e ambientais.....	29
1.4. O papel da família e da Enfermagem de Saúde Familiar.....	33
1.5. Modelos teóricos e abordagens em Enfermagem de Saúde Familiar.....	38
1.6. A Entrevista Motivacional.....	43
2. Finalidade e objetivos.....	47
3. Metodologia.....	49
3.1. Desenho do estudo	49
3.2. Considerações éticas	55
4. Resultados.....	57
5. Discussão.....	67
5.1. Validação transcultural e adaptação da Escala de Estágios de Mudança.....	67
5.2. Resultados da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil / Entrevista Motivacional ..	68
5.3. Implicações para a prática de Enfermagem de Saúde Familiar.....	81
5.4. Limitações do estudo e recomendações para investigação futura.....	86
6. Conclusão	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS	119
ANEXO I: GUIÃO DA CESIJ	121
ANEXO II: GUIÃO DA EM.....	133
ANEXO III: GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS DINÂMICAS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL/GUIÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL/JUVENIL.....	139

ANEXO IV: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA	145
ANEXO V: CONSENTIMENTO INFORMADO.....	151
ANEXO VI: AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA ESCALA EEM PARA A SUA APLICAÇÃO NO ESTUDO	157
ANEXO VII: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO EM SAUDE DA ESSNorteCVP.....	161
ANEXO VIII: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL.....	165
ANEXO IX: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	169

INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado, intitulada *“Ganhos em Saúde em Famílias com Filhos com Excesso de Peso/Obesidade Sensíveis à Entrevista Motivacional”*, foi desenvolvida no âmbito do 1.º Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira e coorientação do Professor Doutor Henrique Lopes Pereira.

A obesidade infantil é reconhecida como um dos maiores desafios de saúde pública do século XXI, caracterizando-se por uma elevada prevalência e por consequências adversas a curto, médio e longo prazo na saúde das crianças e adolescentes (Zhang et al., 2024; World Health Organization, 2025).

A obesidade infantil é o resultado de uma interação complexa entre fatores genéticos, comportamentais, ambientais e socioculturais, sendo amplamente reconhecida a influência dos estilos de vida modernos, marcados pelo aumento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, pelo sedentarismo e pela excessiva exposição a dispositivos eletrónicos (Oliveira et al., 2023). Para além das repercussões fisiológicas, que incluem um maior risco de desenvolver doenças metabólicas, cardiovasculares e ortopédicas, o excesso de peso e a obesidade infantil estão associados a consequências emocionais e psicossociais significativas, como a baixa autoestima, a exclusão social e o aumento da incidência de perturbações emocionais, como a ansiedade e a depressão (Faienza et al., 2020). Estas implicações reforçam a necessidade de uma abordagem holística e interdisciplinar para a prevenção e gestão da obesidade infantil, em que os CSP e a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) desempenham um papel determinante.

O EECAESF, encontra-se numa posição privilegiada para intervir junto das famílias, promovendo hábitos saudáveis e apoiando a adoção de mudanças comportamentais sustentáveis. No entanto, estudos indicam que a abordagem tradicional prescritiva, essencialmente baseada na transmissão de informações sobre alimentação equilibrada e atividade física, apresenta limitações na promoção de mudanças efetivas e duradouras no comportamento das crianças e das suas famílias (Santos, 2023). Neste sentido, a EM tem vindo a destacar-se como uma estratégia eficaz na promoção da saúde, ao fomentar a autonomia e autodeterminação dos indivíduos, promovendo uma mudança de

comportamento baseada na motivação intrínseca e na redução da resistência à mudança (Rollnick e Miller, 1995).

A EM tem como base teórica o Modelo Transteórico de Mudança Comportamental (MTMC), desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1992), que descreve a mudança de comportamento como um processo dinâmico que ocorre em diferentes estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. A transição do estágio é um dos momentos críticos do processo de mudança, uma vez que, marca o reconhecimento do problema e a aceitação da necessidade de mudança. Assim, a EM surge como uma ferramenta de intervenção que permite que os profissionais de saúde guiem as famílias neste processo, promovendo a reflexão sobre os comportamentos atuais e facilitando a construção de estratégias para a adoção de hábitos mais saudáveis (Castro & Passos, 2005).

Com base neste enquadramento teórico, a presente investigação tem como objetivo: avaliar os ganhos em saúde decorrentes da aplicação da EM em famílias com crianças dos 10 aos 13 anos com excesso de peso ou obesidade, no contexto dos CSP.

A relevância deste estudo advém da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a eficácia da EM no contexto dos CSP e de compreender o seu impacto na perceção e envolvimento das famílias na promoção da saúde infantil. Dada a crescente prevalência da obesidade infantil e as suas implicações a longo prazo, é fundamental explorar abordagens interventivas inovadoras que vão além dos modelos tradicionais prescritivos, permitindo uma adaptação mais eficaz às necessidades individuais das famílias e promovendo um compromisso ativo com a adoção de comportamentos saudáveis.

O presente estudo adota um desenho prospetivo quase-experimental, envolvendo dois grupos distintos: um GE, composto por famílias submetidas a sessões de EM, e um GC, cujos participantes frequentarão as CESIJ, de acordo com o preconizado pela Direção-Geral da Saúde (DGS). Tanto as EM como a CESIJ serão conduzidas por EEECAESF.

Os dados foram recolhidos através de questionários de avaliação de dados sociodemográficos; EEM e instrumentos de observação das interações entre o enfermeiro e as famílias, sendo posteriormente analisados recorrendo a estatística descritiva e inferencial. A dissertação encontra-se estruturada em cinco capítulos. No primeiro capítulo, procede-se ao enquadramento teórico, abordando a obesidade infantil, os seus determinantes e os modelos de intervenção existentes, com especial destaque para o MTMC, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), e a EM, como estratégia de intervenção. O segundo capítulo descreve a finalidade e os objetivos do estudo, o terceiro capítulo descreve a metodologia adotada, detalhando o desenho do estudo, os métodos e

critérios de seleção da amostra, os instrumentos de recolha de dados e finalmente os procedimentos éticos. No quarto capítulo, apresentam-se os resultados do estudo, seguidos da análise e discussão. No quinto capítulo procede-se à análise crítica dos resultados, estabelecendo relações consistentes com a literatura científica, de forma a interpretar os achados à luz da evidência científica disponível. Este capítulo inclui ainda a discussão das implicações para a prática de enfermagem, a identificação das limitações do estudo e a apresentação de recomendações para futuras investigações. Por fim, no sexto capítulo, são sintetizadas as principais conclusões decorrentes da investigação.

O presente trabalho pretende contribuir para o avanço do conhecimento na área da ESF em particular, reforçando a importância da abordagem motivacional na promoção da saúde infantil e familiar. Espera-se que os resultados obtidos possam fundamentar recomendações para a prática clínica, promovendo a implementação de intervenções baseadas na evidência e facilitando a capacitação das famílias para a adoção de estilos de vida saudáveis. Neste sentido, considera-se que a EM constitui uma ferramenta valiosa na transformação das práticas assistenciais, colocando a família no centro dos cuidados e promovendo uma abordagem mais personalizada e eficaz na prevenção e gestão do excesso de peso e obesidade infantil.

1. Enquadramento teórico

A reflexão sobre os fenómenos de saúde na infância implica considerar não apenas os indicadores clínicos, mas também as dimensões sociais, culturais e relacionais que os moldam. A investigação científica nesta área tem evidenciado que os contextos familiares e comunitários, bem como as políticas públicas e os referenciais teóricos de intervenção em saúde, desempenham um papel estruturante na forma como as crianças crescem, se desenvolvem e constroem hábitos de vida. Assim, a compreensão da obesidade infantil exige uma análise abrangente, que integre diferentes perspetivas conceptuais e metodológicas, permitindo sustentar práticas de enfermagem familiar orientadas para a promoção da saúde e a prevenção da doença (Karakitsiou et al., 2024).

1.1. Obesidade infantil: definição e prevalência

A obesidade infantil é definida como a acumulação excessiva de gordura corporal que apresenta risco para a saúde e o bem-estar da criança, resultante de um balanço energético positivo prolongado, em que a ingestão de energia é superior ao seu gasto (Teixeira & Borba, 2022).

Nos contextos clínicos e de vigilância em saúde, a avaliação da obesidade infantil baseia-se no Índice de Massa Corporal (IMC) ajustado à idade e ao sexo, sendo classificada como excesso de peso quando o IMC-z é $\geq +1$ e $< +2$, correspondente aos percentis 85 a 97, e como obesidade quando o IMC-z é $\geq +2$, equivalente ao percentil acima do 97 (Aguilar Liendo et al., 2023; Barbosa Filho et al., 2010).

Oliveira e colaboradores (2023) referem que, nas últimas décadas, o excesso de peso e a obesidade infantil, pela sua prevalência e incidência, tornaram-se um dos maiores desafios de saúde pública a nível global, particularmente entre crianças e adolescentes, afetando a saúde e o bem-estar das gerações futuras.

Em 2022, mais de 390 milhões de crianças e adolescentes entre os 5 e os 18 anos apresentavam excesso de peso, com a prevalência global a aumentar de 8% em 1990 para 20% em 2022, atingindo 19% das raparigas e 21% dos rapazes (Broadbent et al., 2024).

Estima-se que, até 2035, mais de 750 milhões de crianças, nesta faixa etária, possam vir a apresentar excesso de peso ou obesidade (World Obesity Federation, 2024).

Segundo Rito et al. (2023), o estudo Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), coordenado pelo INSA em Portugal, revelou que, no período de 2021/2022, 31,9% das

crianças portuguesas apresentavam excesso de peso e 13,5% obesidade. Estes valores, próximos da média europeia de 29%, onde uma em cada três crianças enfrenta esta condição, refletem a dimensão do problema a nível nacional e europeu. Ainda segundo os mesmos autores, a obesidade infantil não deve ser encarada apenas como uma questão individual, mas como um fenómeno complexo que resulta da interação de múltiplos fatores biológicos, familiares e contextuais, exigindo, por isso, uma abordagem integrada e multidimensional para a sua prevenção e controlo.

Face ao aumento preocupante do excesso de peso e da obesidade infantil a nível global e às suas repercussões para a saúde pública, torna-se essencial adotar estratégias de intervenção que não apenas reduzam essa prevalência, mas também promovam efeitos positivos e duradouros na saúde das crianças e das suas famílias. Para garantir que essas intervenções sejam eficazes e sustentáveis, é fundamental avaliar os seus impactos e medir os benefícios que geram ao longo do tempo (Filipe et al., 2016).

1.2. Ganhos em saúde e políticas públicas

De acordo com Carvalho et al. (2022) o conceito de ganhos em saúde tem assumido centralidade na saúde pública por refletir a evolução das estratégias de promoção da saúde e de intervenção comunitária. Funciona como referencial analítico para avaliar, de forma comparável e mensurável, os efeitos de políticas e intervenções, incluindo as dirigidas à prevenção e ao controlo do excesso de peso e da obesidade infantil.

A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, constitui um marco fundamental neste percurso, ao definir a promoção da saúde como um processo que capacita os indivíduos e as comunidades a aumentarem o controlo sobre a sua própria saúde e a melhorá-la (OMS, 1986). Esta visão pioneira destacou que os progressos em saúde não se limitam à prevenção ou tratamento da doença, mas incluem a criação de condições favoráveis ao bem-estar, manifestando-se em diversas dimensões, como a redução da morbilidade e mortalidade, a melhoria da qualidade de vida, a adoção de comportamentos saudáveis e o acesso equitativo aos serviços de saúde. Com o decorrer das décadas, o conceito foi sendo aprofundado e operacionalizado. A DGS (2020), define ganhos em saúde como as melhorias mensuráveis na condição de saúde da população ou dos indivíduos, decorrentes de intervenções e políticas eficazes. Esta definição introduz a necessidade de indicadores claros e mensuráveis que permitam avaliar o impacto das estratégias de saúde, sublinhando que tais ganhos não devem restringir-se à redução de parâmetros clínicos, mas devem contemplar uma

abordagem integrada e sustentável da saúde. Mais recentemente, autores como Warwick (2023) ampliam este entendimento, ao conceptualizar a promoção da saúde como uma estratégia coletiva que procura criar condições sociais e físicas favoráveis para a melhoria dos determinantes da saúde, tanto a nível individual como comunitário e institucional. Esta perspetiva enfatiza a importância da capacitação dos cidadãos para exercerem maior controlo sobre os fatores que influenciam a sua saúde, destacando o papel das políticas públicas positivas e da literacia em saúde no fortalecimento da cidadania e da eficácia coletiva. Por sua vez, Figueiredo et al. (2019) reforçam que a concretização destes ganhos exige uma atuação intersectorial, em particular a articulação entre saúde e educação, de modo a construir ambientes mais favoráveis e equitativos. Tal articulação é considerada essencial para sustentar a autonomia dos indivíduos e das comunidades, numa perspetiva de promoção da equidade em saúde.

Assim, observa-se uma evolução progressiva do conceito de ganhos em saúde: de uma perspetiva inicial centrada na capacitação individual (OMS, 1986), para uma visão mais abrangente, orientada pelos determinantes sociais da saúde, pela criação de condições estruturais que favoreçam escolhas saudáveis e pelo fortalecimento de políticas públicas sustentáveis (Figueiredo et al., 2019; DGS, 2020; Warwick, 2023).

Deste modo, no domínio do excesso de peso e da obesidade infantil, a promoção da saúde assume um papel fundamental, permitindo alcançar ganhos em saúde concretos e mensuráveis. Estes ganhos traduzem-se, entre outros, não apenas na redução do IMC, mas também no aumento da literacia alimentar, na promoção da prática regular de atividade física e no reforço da autonomia das famílias na adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis (Rito et al., 2023). Estes indicadores são essenciais para avaliar a eficácia das intervenções implementadas, garantindo não apenas a melhoria da saúde das crianças, mas também o envolvimento ativo das famílias na construção de ambientes promotores de saúde.

Para além disso, intervenções eficazes contribuem para a prevenção de doenças crónicas associadas, como a diabetes Mellitus tipo 2, a hipertensão e a dislipidemia, assegurando melhorias sustentáveis no bem-estar das crianças ao longo da vida (Genovesi et al., 2024).

Para enfrentar esta problemática de saúde pública de elevada prevalência e influenciada por múltiplos determinantes individuais, familiares e socioeconómicos, torna-se essencial adotar estratégias de intervenção multissetoriais. A integração de ações nos domínios da educação, da saúde e da regulação alimentar permite a criação de ambientes favoráveis à adoção de

estilos de vida saudáveis desde a infância, garantindo benefícios sustentáveis ao longo da vida (DGS, 2020).

Neste sentido, e segundo Quilis e colaboradores (2024), diversas políticas internacionais têm sido desenvolvidas com o objetivo de reduzir as desigualdades estruturais que agravam esta problemática, assegurando a todas as crianças, independentemente do seu contexto socioeconómico, o acesso equitativo a uma alimentação nutritiva e a oportunidades para a prática de atividade física. A evidência demonstra que abordagens integradas e coordenadas, que combinam educação alimentar no meio escolar, envolvimento familiar e comunitário e regulamentação governamental, são eficazes na mitigação do excesso de peso e da obesidade infantil. Segundo os mesmos autores, a adaptação dessas estratégias às especificidades socioculturais de cada região desempenha um papel determinante na promoção da saúde infantil, favorecendo respostas mais eficazes à crescente prevalência do excesso de peso e da obesidade entre crianças e adolescentes.

Assim, a implementação de políticas públicas transversais tem-se revelado uma ferramenta essencial na prevenção desta problemática, com diversos países a adotar medidas bem-sucedidas. Neste contexto, apresenta-se de seguida uma revisão das estratégias mais eficazes implementadas a nível internacional, com destaque para os casos do Brasil, Finlândia, Japão, Austrália e Portugal, e os seus impactos na promoção de hábitos de vida saudáveis desde a infância. No Brasil, Oliveira e Souza (2022) destacam que a implementação da estratégia nacional de prevenção e atenção à obesidade infantil (Proteja), lançada em 2021, visa prevenir e tratar o excesso de peso e a obesidade infantil através de intervenções de alto impacto. Esta iniciativa tem sido reconhecida internacionalmente, tendo recebido o prémio da força-tarefa da organização das nações unidas (ONU) para a prevenção e controle de doenças crónicas não transmissíveis e sido destacada pela OMS, como um modelo de ação multisetorial para a promoção de hábitos de vida saudáveis. A estratégia envolve gestores de saúde municipais e promove a articulação entre setores como educação, assistência social, agricultura e desporto, criando ambientes favoráveis à adoção de escolhas alimentares mais equilibradas.

Castro, Lima e Belfort (2021) destacam que políticas nacionais de educação alimentar implementadas desde a infância, têm desempenhado um papel crucial na promoção de hábitos alimentares saudáveis e na redução das taxas de obesidade infantil, tanto na Finlândia quanto no Japão. Na Finlândia, a incorporação da educação alimentar e nutricional no currículo escolar desde a década de 1970, através das chamadas “aulas de gosto”, proporciona experiências práticas que estimulam o paladar e incentivam escolhas

alimentares mais informadas. Esse modelo tem demonstrado impactos positivos na adoção de hábitos alimentares saudáveis entre as crianças.

De forma semelhante, no Japão, a política nacional de educação alimentar, *Shokuiku*, envolve não apenas as escolas, mas também as famílias e a comunidade, promovendo uma alimentação equilibrada e culturalmente adequada. Essa abordagem inclui atividades práticas, como aulas de culinária e agricultura, que ensinam as crianças sobre a origem e a importância dos alimentos, consolidando o papel da educação nutricional na promoção da saúde infantil (Kuwahara & Eum, 2022).

A Austrália destaca-se pela sua abordagem integrada na área da Educação Alimentar e Nutricional (EAN), adotada no âmbito da estratégia nacional de obesidade infantil. Essa estratégia inclui a promoção de ambientes escolares saudáveis, a regulação da publicidade de alimentos ultraprocessados direcionada às crianças e campanhas de sensibilização pública.

De acordo com Dana e colaboradores (2019), um exemplo bem-sucedido dessa iniciativa é o programa *Crunch & Sip*, implementado em 2005, que destina um período de aproximadamente 15 minutos em sala de aula para o consumo de frutas, legumes e água trazidos de casa. Para garantir o sucesso da iniciativa, foram desenvolvidos materiais educativos sobre EAN, realizada formação específica para professores e estabelecidas estratégias de comunicação com os encarregados de educação (Dana et al, 2019). Além disso, o governo australiano tem incentivado a reformulação de produtos alimentares, visando a redução do teor de açúcares, gorduras saturadas e sódio, contribuindo assim para a criação de um ambiente alimentar mais saudável e equilibrado. Essas ações demonstram que políticas estruturadas e intersectoriais na área da educação alimentar desempenham um papel essencial na prevenção do excesso de peso e da obesidade infantil e na promoção de hábitos de vida saudáveis desde a infância (Commonwealth of Australia, 2022).

Em Portugal, a plataforma contra a obesidade foi instituída com o propósito de concretizar os objetivos definidos na carta europeia de luta contra a obesidade, assumindo a prevenção e o controlo desta problemática como uma prioridade na agenda política nacional. Esta iniciativa promove a articulação entre diferentes sectores governamentais e a sociedade civil, com especial enfoque na obesidade infantil, reconhecida como um desafio significativo para a saúde pública. À semelhança do que se verifica noutros países, para mitigar este problema, têm sido implementadas medidas que incluem a promoção de hábitos alimentares saudáveis no meio escolar, a regulamentação da publicidade de produtos alimentares nutricionalmente

desadequados dirigidos às crianças e o desenvolvimento de infraestruturas urbanas que incentivem a prática de atividade física (Rito et al., 2022).

Cientes dos efeitos adversos da exposição precoce das crianças à publicidade de alimentos com baixo valor nutricional, vários países têm adotado medidas restritivas para limitar a promoção destes produtos. Em Portugal, a Lei n.º 30/2019 estabelece restrições à publicidade de alimentos e bebidas com elevado teor de açúcar, sal e gorduras, especialmente durante programas televisivos e conteúdos digitais destinados ao público infantil. Esta medida visa proteger as crianças de mensagens comerciais que incentivam padrões alimentares pouco saudáveis.

Para além das ações desenvolvidas a nível nacional, organizações internacionais, como a OMS, recomendam a criação de ambientes alimentares promotores da saúde através da regulação do marketing de alimentos dirigidos a crianças e da implementação de políticas que incentivem o consumo de alimentos nutritivos (World Health Organization, 2016).

A implementação de políticas públicas eficazes, que assentam na monitorização do estado nutricional, na regulação da oferta alimentar e na promoção de ambientes favoráveis a escolhas saudáveis, assume um papel central na mitigação do excesso de peso e da obesidade infantil e na criação de um contexto sustentável para a saúde das gerações futuras (Freitas et al., 2021).

Neste contexto, O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), criado em 2012 pela DGS, constitui um dos pilares da política de saúde pública em Portugal, com prioridade nacional. Tem como objetivo melhorar o estado nutricional da população e prevenir doenças crónicas associadas a padrões alimentares inadequados, como a obesidade (Graça & Gregório, 2013). Encontra-se alinhado com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021–2030, que reconhece a alimentação como determinante da saúde e do bem-estar.

Portugal, no domínio da legislação fiscal, implementou um imposto especial sobre bebidas não alcoólicas adicionadas de açúcar ou outros edulcorantes, com o objetivo de reduzir o consumo de produtos com elevado teor de açúcar e incentivar reformulações industriais. Esta medida, prevista no orçamento do estado desde 2017, estabelece escalões de tributação progressiva em função do teor de açúcar, estando isentas bebidas como sumos naturais, bebidas à base de leite ou destinadas a fins dietéticos específicos. Desde a sua aplicação, verificou-se uma redução na disponibilidade de bebidas altamente açucaradas no mercado e um aumento da oferta de opções com menor teor de açúcar, refletindo o impacto positivo desta abordagem fiscal (DGS, 2024).

Para além destas medidas fiscais, Portugal tem vindo a adotar uma abordagem mais ampla e integrada para a promoção da saúde pública. O PNS 2016-2020 adotou como lema "Saúde em Todas as Políticas", sublinhando que todas as áreas governamentais devem considerar o impacto das suas políticas na saúde da população. Mais recentemente, o PNS 2021-2030 introduziu o conceito de "Uma Só Saúde", que integra as áreas da saúde humana, animal e ambiental, reconhecendo a interdependência entre estes domínios e a necessidade de abordagens colaborativas para a promoção da saúde pública (DGS, 2021).

Adicionalmente, a nível nacional, procedeu-se à municipalização da saúde, tornando o poder político local comprometido com a promoção da saúde. Entre as medidas implementadas, destaca-se a transferência da responsabilidade pelo fornecimento das refeições escolares para os municípios, incluindo a sua contratualização. Outra iniciativa relevante é a adoção, por alguns municípios, do regime de fruta escolar, que consiste na aquisição de frutas de dimensões habitualmente pequenas e não comercializáveis para serem fornecidas gratuitamente às crianças como parte do lanche escolar, complementando o programa de leite escolar, cuja aquisição também é da responsabilidade municipal. O fornecimento destas frutas visa, simultaneamente, apoiar a economia local e promover escolhas alimentares mais equilibradas, conforme definido no Regulamento (UE) 2016/791 (Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia, 2016).

Neste âmbito, o estudo de Ferreira et al. (2021) avaliou o impacto do projeto "Lanches Saudáveis" em crianças do ensino básico, demonstrando ganhos significativos na qualidade nutricional dos lanches escolares. A intervenção, centrada em sessões de educação alimentar e estratégias pedagógicas, levou à substituição de alimentos processados e açucarados por frutas, cereais e laticínios, validando o papel fundamental de políticas locais articuladas com a comunidade escolar na promoção da saúde infantil.

1.3. Determinantes socioculturais e ambientais

É fundamental reconhecer que o excesso de peso e a obesidade infantil não podem ser dissociados da interação entre múltiplos determinantes que influenciam os hábitos alimentares e o estilo de vida das crianças. Assim, para além da implementação de políticas públicas direcionadas para a promoção da alimentação saudável, torna-se essencial adotar uma abordagem holística que considere fatores comportamentais, genéticos e ambientais, garantindo estratégias de intervenção mais abrangentes e sustentáveis (Oliveira et al., 2023; Santos, 2023).

Condessa et al. (2019) analisaram os fatores socioculturais relacionados com a atividade física em crianças, evidenciando que o meio sociocultural e económico tem um impacto determinante na acessibilidade a alimentos saudáveis e na prática de exercício físico. Os autores destacam ainda que as famílias de estratos sociais mais baixos enfrentam maiores dificuldades na adoção de hábitos saudáveis, devido a múltiplos fatores interligados que condicionam as suas escolhas e oportunidades.

Oliveira et al. (2024) evidenciam que a pobreza e a desigualdade social estão intimamente associadas ao aumento da incidência de excesso de peso e obesidade e consequentemente as doenças associadas, uma vez que as populações em maior vulnerabilidade económica enfrentam dificuldades acrescidas no acesso a alimentos nutritivos, frequentemente substituídos por produtos ultraprocessados, mais acessíveis em termos financeiros, mas nutricionalmente desadequados. Nesta mesma linha, Maia et al. (2021) salientam que as restrições económicas limitam a aquisição de frutas e hortícolas, conduzindo a padrões alimentares de elevada densidade energética e baixo valor nutricional, característicos de ambientes obesogénicos. Os autores acrescentam ainda que a localização geográfica e a infraestrutura das zonas residenciais podem potenciar estas desigualdades, originando “desertos alimentares”, onde o acesso a estabelecimentos com alimentos saudáveis a preços acessíveis é limitado, constituindo um entrave significativo à adoção de uma alimentação equilibrada.

Encarnação et al. (2023) salientam que a vulnerabilidade financeira das famílias não se traduz apenas em constrangimentos no acesso a alimentos saudáveis, mas também em barreiras estruturais à atividade física, ao afetar determinantes ambientais como a disponibilidade, a qualidade e a segurança dos espaços para a prática do exercício, elementos centrais na promoção da saúde e na prevenção do excesso de peso e da obesidade. Em particular, o nível socioeconómico estrutura o ambiente construído e, por essa via, a disponibilidade e a qualidade das oportunidades para a prática de atividade física: comunidades de menor rendimento apresentam, com maior probabilidade, infraestruturas insuficientes, menores níveis de segurança e escassez de espaços públicos adequados, condicionantes que dificultam a integração do exercício na rotina diária e se associam a maior sedentarismo e a risco acrescido de obesidade e outras doenças crónicas (Monteiro, Conde & Popkin, 2010). Em complemento, a indisponibilidade de equipamentos desportivos acessíveis agrava a inatividade física e os respetivos impactos na saúde, evidenciando a necessidade de intervenções orientadas para a equidade no planeamento urbano e na oferta de instalações e programas comunitários (Adams, 2020).

A dificuldade de acesso a alimentos saudáveis e à prática regular de atividade física constitui um dos principais fatores que perpetuam estas disparidades (Facina et al., 2023).

Além disso, o excesso de peso e a obesidade tem vindo a ser progressivamente reconhecida como uma problemática social, refletindo desigualdades não apenas no acesso a uma alimentação equilibrada e à prática de atividade física, mas também a tratamentos médicos eficazes e a programas de educação nutricional. Neste contexto, a implementação de políticas públicas que promovam ambientes alimentares e urbanos mais saudáveis é fundamental para mitigar os impactos da desigualdade socioeconómica na saúde da população e na prevenção do excesso de peso e da obesidade (Swinburn et al., 2019).

Para além das barreiras económicas e estruturais que dificultam a adoção de hábitos saudáveis, é essencial reconhecer que o excesso de peso e a obesidade infantil não se limitam a questões nutricionais e metabólicas, mas impacta também o bem-estar global da criança. Neste sentido, Silva & Santos (2021) e Putter et al. (2022) salientam que, para além da dimensão fisiológica, o excesso de peso e a obesidade na infância acarretam repercussões psicossociais relevantes, com potencial impacto no bem-estar, no desenvolvimento e na qualidade de vida. Em complemento, Faienza et al. (2020) e Hertis Petek e Marcun Varda (2024) evidenciam a trajetória de risco ao longo do curso de vida, mostrando que a obesidade infantil tende a perdurar e a aumentar a probabilidade de doença crónica na idade adulta.

Para além dos impactos físicos, as crianças com excesso de peso ou obesidade enfrentam frequentemente exclusão social e um maior risco de desenvolver problemas emocionais, como ansiedade e depressão.

Face às múltiplas consequências físicas, psicológicas e sociais do excesso de peso e da obesidade infantil, torna-se claro que, estratégias isoladas e centradas exclusivamente na criança, são insuficientes para responder a esta complexa problemática. Como destacado por Valente et al. (2024), a eficácia das intervenções depende da compreensão e atuação sobre os fatores externos que moldam os comportamentos alimentares e os estilos de vida, incluindo fatores de natureza socioeconómica, ambiental e cultural, que influenciam diretamente a prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças.

Neste contexto, a globalização alimentar e o marketing dirigido ao público infantil têm-se revelado especialmente influentes, facilitando a disseminação mundial destes alimentos tornando-os mais apelativos, mais acessíveis e frequentemente mais económicos do que alternativas nutricionalmente adequadas. De acordo com Bagnato et al. (2023), estes fenómenos desempenham um papel determinante na formação dos hábitos alimentares das crianças, promovendo o consumo de alimentos ultraprocessados e contribuindo para o

aumento da prevalência do excesso de peso e da obesidade infantil. Esta alteração na disponibilidade alimentar tem vindo a substituir os padrões alimentares tradicionais, por dietas com elevada densidade energética, ricas em açúcares, gorduras e aditivos artificiais. Louzada, da Silva e Monteiro (2023) reforçam esta preocupação, apontando que a elevada ingestão de alimentos ultraprocessados está associada a um risco acrescido de excesso de peso e obesidade e de outras doenças crónicas não transmissíveis em idade pediátrica.

As estratégias de marketing desenvolvidas pelas indústrias alimentares para atrair o público infantil incluem a utilização de publicidade televisiva, personagens animadas, brindes promocionais e, mais recentemente, influenciadores digitais nas redes sociais. Coates et al. (2019) demonstraram que crianças expostas a influenciadores a consumir snacks pouco saudáveis tendem a aumentar significativamente a ingestão desses produtos, o que evidencia o impacto direto da publicidade digital nas escolhas alimentares.

Neste sentido, Neri et al. (2019) alertam que os padrões alimentares inadequados, marcados por um consumo excessivo de açúcares e gorduras e por uma baixa ingestão de frutas e vegetais, têm repercussões significativas e duradouras na saúde das crianças. Para contrariar este cenário, os autores defendem a implementação de políticas públicas robustas e estratégias intersectoriais que promovam ambientes alimentares saudáveis, limitando simultaneamente a exposição das crianças à publicidade de produtos alimentares ultraprocessados.

De forma complementar, é fundamental desenvolver medidas que integrem educação nutricional, promoção do consumo de alimentos menos processados e uma regulação eficaz da publicidade alimentar, com especial atenção às faixas etárias mais vulneráveis. Tal como referem Ueda, Porto e Vasconcelos (2014), diversos países têm adotado políticas públicas abrangentes, combinando medidas reguladoras, estratégias educativas e ações estruturais com vista à criação de contextos promotores de hábitos alimentares saudáveis.

A DGS (2024) reforça esta necessidade, sublinhando o impacto significativo do marketing de alimentos e bebidas com elevado teor de açúcar, sal e gorduras nos padrões de consumo infantil.

Contudo, apesar da importância da regulação do marketing alimentar como ferramenta essencial de saúde pública, esta, por si só, não é suficiente para inverter a tendência crescente do excesso de peso e da obesidade infantil. A sua eficácia depende da articulação com outras estratégias estruturadas, como o envolvimento familiar, a educação para a saúde e a criação de ambientes alimentares positivos e sustentáveis (Figueira, Araújo, & Gregório, 2023; janeiro, Malcata, & Ramos, 2022).

De facto, Figueira et al. (2023) verificaram que, apesar das restrições legislativas, as crianças portuguesas continuam expostas a uma quantidade significativa de publicidade a alimentos não saudáveis, particularmente nos meios digitais, o que sublinha a necessidade de complementar estas políticas com estratégias educativas que promovam a literacia alimentar e a resiliência às mensagens publicitárias. Por outro lado, Janeiro et al. (2022) reforçam que capacitar pais e crianças para compreender a influência do marketing alimentar é fundamental para a criação de ambientes alimentares mais saudáveis e para a adoção sustentada de comportamentos alimentares adequados, desde a infância.

1.4. O papel da família e da Enfermagem de Saúde Familiar

O contexto familiar constitui um elemento central na formação e manutenção de comportamentos saudáveis desde a infância, influenciando de forma decisiva as escolhas alimentares, os padrões de atividade física e o estilo de vida das crianças. Como sublinham Silva et al. (2023), a complexidade inerente ao excesso de peso e à obesidade infantil exige intervenções holísticas, personalizadas e centradas na família, reconhecendo o papel determinante do ambiente familiar e social na adoção de práticas promotoras de saúde sustentáveis.

O ambiente familiar desempenha um papel determinante na modelação dos comportamentos alimentares e de atividade física das crianças. Coelho e Pires (2014) observaram que, em contextos familiares disfuncionais, as crianças tendem a desenvolver uma maior atração pela comida, independentemente do peso dos pais. Piasetzki et al. (2020) acrescentam que, em muitas famílias, o uso excessivo de tecnologia digital tem contribuído para estilos de vida sedentários e hábitos alimentares desajustados, influenciando negativamente o número de refeições diárias, o consumo de frutas e hortícolas, a ingestão de produtos açucarados e a prática de atividade física. Nascimento et al. (2023) reforçam que a influência familiar continua a ser um dos principais fatores na adoção de comportamentos alimentares equilibrados pelas crianças.

Segundo Helfenstein et al. (2024), as relações familiares constituem um pilar essencial na promoção de hábitos de vida saudáveis, especialmente no contexto do excesso de peso e obesidade infantil. Compreender a dinâmica familiar é fundamental para otimizar as intervenções, uma vez que a família representa o primeiro e mais influente ambiente social da criança. Diversos fatores como a coesão familiar, os estilos parentais, os padrões de

comunicação e o suporte emocional exercem um impacto direto na adoção e manutenção de comportamentos promotores de saúde (Gaspar et al., 2024).

Coelho e Pires (2014) identificaram que crianças inseridas em famílias com maior coesão apresentam comportamentos alimentares mais regulados e menor propensão ao desenvolvimento de excesso de peso ou obesidade. Os mesmos autores salientam ainda que o estilo parental autoritário, caracterizado por uma combinação equilibrada de exigência e apoio, está associado a melhores práticas alimentares e a um risco reduzido de alterações ponderais na infância. Para além disso, a existência de padrões de comunicação abertos e positivos no seio familiar revela-se essencial para a promoção de hábitos saudáveis.

Araújo et al. (2024) acrescentam que crianças que se sentem emocionalmente apoiadas e que dispõem de espaço para expressar as suas emoções tendem a fazer escolhas alimentares mais equilibradas.

Lima et al. (2024) referem que o envolvimento ativo dos pais nas intervenções contra o excesso de peso e a obesidade infantil é um fator determinante para o seu sucesso. Programas que integram os cuidadores e os capacitam em práticas alimentares saudáveis demonstram ser mais eficazes na prevenção de situações de peso acima do recomendado para a idade. Contudo, os autores alertam que não basta incluir os pais e cuidadores em programas formais, é crucial compreender as dinâmicas familiares que moldam os comportamentos quotidianos e influenciam diretamente os resultados das intervenções.

Verjans-Janssen et al. (2019) introduzem o conceito de clima nutricional familiar, definido como a qualidade das interações entre os membros da família em torno da alimentação, que influencia diretamente os comportamentos alimentares das crianças. Famílias com dinâmicas disfuncionais, comunicação deficitária ou frágil suporte emocional enfrentam maiores barreiras na implementação de mudanças sustentadas, frequentemente condicionadas por crenças culturais, hábitos enraizados e resistência à mudança, em contrapartida, a presença de suporte familiar ativo, rotinas consistentes e ambientes domésticos promotores de escolhas alimentares saudáveis favorece a adesão e a sustentabilidade das mudanças comportamentais a longo prazo.

Como evidenciam Fernández-Lázaro et al. (2024), a influência familiar é determinante nos comportamentos de saúde da criança, sendo, por isso, fundamental que as intervenções se orientem para a prevenção e gestão de condições crónicas, como é o caso do excesso de peso e da obesidade em idade pediátrica.

Neste enquadramento, importa reconhecer que a mudança de comportamentos não depende exclusivamente do conhecimento ou da vontade individual, mas de um processo

dinâmico e progressivo que envolve todo o sistema familiar. Como sublinham Enright, Allman-Farinelli e Redfern (2020), a mudança comportamental não ocorre de forma linear, exigindo um processo contínuo de adaptação e envolvimento.

Assim, as intervenções dos profissionais de saúde, nomeadamente do EEECAESF, devem considerar o contexto familiar como um elemento central, promovendo abordagens colaborativas que favoreçam a transformação dos hábitos de saúde de forma eficaz e duradoura (Ferreira et al, 2019).

De acordo com Miranda et al. (2020), a intervenção do EEECAESF na obesidade infantil deve assumir uma abordagem proativa, personalizada e interdisciplinar, centrada na família como unidade de cuidados. A eficácia desta atuação depende de uma avaliação rigorosa que considere não apenas os fatores determinantes do estado nutricional da criança, mas também a dinâmica familiar, as crenças, os recursos e os obstáculos que influenciam os comportamentos de saúde. Assim, a avaliação da família constitui um pilar essencial da prática do EEECAESF, ao permitir identificar barreiras e facilitadores da mudança comportamental e orientar estratégias ajustadas ao ciclo de vida da criança.

Como defende Dantas, Figueiredo e Guedes (2022), a família deve ser encarada como uma unidade sistémica, interdependente e em constante adaptação, cuja compreensão é indispensável para a construção de diagnósticos de enfermagem e a definição de planos de cuidados personalizados.

Com base nessa avaliação aprofundada, o EEECAESF pode planejar intervenções mais eficazes e ajustadas à realidade de cada agregado familiar. Após esse processo, deve, em articulação com a família, definir objetivos realistas, adequados às suas possibilidades e motivações, adaptando as estratégias às necessidades identificadas. A promoção de hábitos saudáveis deve ocorrer de forma colaborativa, respeitando os recursos disponíveis e o contexto sociofamiliar. A articulação com o EEECAESF contribui, assim, para um acompanhamento integrado e contínuo, garantindo uma intervenção interdisciplinar eficaz e um suporte adequado à família ao longo de todo o processo de mudança (Miranda et al., 2020).

A abordagem participativa do EEECAESF aumenta a adesão ao plano de cuidados, tornando as mudanças comportamentais mais sustentáveis a longo prazo (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste contexto, o EEECAESF assume um papel crucial ao cuidar da família, mobilizando recursos e implementando estratégias eficazes que promovem hábitos saudáveis, contribuem para a melhoria da qualidade de vida familiar e incentivam a capacitação parental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A natureza complexa das problemáticas associadas ao excesso de peso e obesidade em idade pediátrica requer abordagens interdisciplinares e integradas no âmbito dos CSP, nas quais o EEECAESF desempenha um papel estratégico. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas da Ordem dos Enfermeiros (2010), a sua intervenção deve ser proativa, personalizada e centrada na família, integrando avaliação e diagnóstico rigorosos, bem como estratégias preventivas e interventivas ajustadas ao ciclo de vida.

Conforme referido por Mendonça, da Silva, Alexandre e Haddad (2023), o envolvimento ativo da família é essencial nas estratégias de enfermagem dirigidas à gestão do excesso de peso e da obesidade infantil, sendo a atuação do EEECAESF sustentada por competências específicas como a avaliação familiar, o planeamento de intervenções e a promoção da literacia em saúde. Estes domínios assumem particular relevância na intervenção junto de famílias com crianças em situação de risco ponderal, pela necessidade de promover mudanças comportamentais sustentadas no seio do agregado familiar.

O EEECAESF deve encarar a família como um sistema complexo e interligado, no qual esta problemática reflete as dinâmicas familiares e não apenas uma condição individual. De acordo com Wills-Ibarra et al. (2024), intervenções baseadas na Teoria dos Sistemas Familiares demonstram que os padrões relacionais, comportamentais e comunicacionais no seio da família influenciam significativamente o desenvolvimento e a manutenção do excesso de peso e da obesidade infantil.

Neste contexto, o EEECAESF desempenha um papel central na capacitação da família para identificar padrões alimentares inadequados, rotinas sedentárias e a necessidade de implementar mudanças sustentáveis no estilo de vida. Tal como referem Mendonça et al. (2023), a intervenção do profissional neste domínio, deve assentar numa abordagem colaborativa e centrada na família, valorizando a identificação dos recursos internos e externos do agregado familiar e promovendo a participação ativa dos seus membros. Neste processo, a educação e o aconselhamento emergem como estratégias fundamentais para reforçar a autonomia familiar na adoção consciente e sustentada de comportamentos promotores de saúde.

O excesso de peso e a obesidade infantil deve ser abordada em diferentes fases do ciclo vital da família, desde a prevenção precoce na infância até à adolescência. O EEECAESF intervém em três níveis de prevenção. Na prevenção primária, promove hábitos saudáveis em famílias sem fatores de risco evidentes, através da educação alimentar e do incentivo à prática regular de atividade física. Na prevenção secundária, atua na deteção precoce de crianças com risco acrescido de alteração ponderal, monitorizando o IMC e os padrões alimentares, de modo a

evitar a progressão para excesso de peso ou obesidade. Já na prevenção terciária, dirige-se a famílias de crianças em que o excesso de peso ou a obesidade já se encontram instalados, apoiando a adoção de mudanças sustentáveis no estilo de vida e prevenindo complicações físicas, metabólicas e psicológicas associadas. Desta forma, ao intervir de forma abrangente ao longo do ciclo vital da família, é possível ajustar estratégias às necessidades específicas de cada família (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste enquadramento, torna-se evidente que a eficácia das intervenções do EEECAESF depende não apenas da atuação preventiva em diferentes níveis, mas também da capacidade das famílias compreenderem e integrarem a informação em saúde. Assim, segundo Wills-Ibarra et al. (2024), a promoção da literacia em saúde constitui um pilar fundamental, uma vez que o nível de literacia dos pais e cuidadores influencia diretamente a capacidade de compreender, interpretar e aplicar informação relevante à tomada de decisões em saúde. Assim, a avaliação deve integrar não só a estrutura e dinâmica familiar, mas também este nível de literacia, dado o seu impacto na participação ativa da família no processo de mudança e na adoção de estilos de vida saudáveis que reduzam o impacto destas condições na saúde das crianças e das suas famílias. Holmen et al. (2025) destacam que este domínio constitui um elemento-chave na prevenção e gestão de situações de risco ponderal em crianças, sendo, por isso, indispensável capacitar as famílias para adotarem comportamentos informados, responsáveis e sustentáveis.

De acordo com Rito, Graça e Carvalho (2015), níveis adequados de literacia em saúde estão associados a melhores escolhas alimentares, maior compreensão dos rótulos nutricionais, práticas adequadas de controlo de porções e maior valorização da atividade física.

Neste sentido, o EEECAESF tem a responsabilidade de promover a saúde da família através da disponibilização de informação acessível, clara e baseada na evidência sobre alimentação equilibrada, da educação para a integração da atividade física no quotidiano familiar e do alerta para os riscos associados ao sedentarismo e ao tempo excessivo de ecrã. Como sublinham Wu et al. (2021), intervenções centradas na redução do tempo de ecrã mostram-se eficazes na melhoria da saúde infantil, promovendo estilos de vida mais ativos e saudáveis. Para além disso, a ação do EEECAESF deve apoiar a família na construção de rotinas promotoras de saúde, sustentada numa abordagem de capacitação que fomente a autonomia e a confiança dos cuidadores, num processo colaborativo e ajustado ao seu contexto. Esta lógica de intervenção está intrinsecamente ligada à promoção da literacia em saúde, na medida em que capacita os cuidadores para aceder, compreender e aplicar informação relevante à tomada de decisões conscientes no quotidiano familiar. Michaelson,

Pilato e Davison (2021) reforçam esta perspectiva ao identificarem a família como um espaço privilegiado para a promoção da saúde, através de modelos que valorizam o envolvimento ativo dos cuidadores e a criação de ambientes propícios à adoção de comportamentos saudáveis.

A aplicação de abordagens baseadas na evidência fortalece a capacidade do EEECAESF mobilizar recursos e promover mudanças de comportamento eficazes. Chora e Arosa (2021) destacam que o envolvimento ativo da família, aliado a estratégias educativas cientificamente fundamentadas, contribui para ganhos sustentáveis na saúde infantil. Esta prática, centrada na promoção do conhecimento e na participação informada, está diretamente associada ao desenvolvimento da literacia em saúde, permitindo que as famílias adotem comportamentos benéficos e duradouros para o seu bem-estar. Neste sentido, a ESF assume um papel essencial na capacitação dos cuidadores, facilitando a compreensão da informação em saúde e a sua aplicação no quotidiano.

1.5. Modelos teóricos e abordagens em Enfermagem de Saúde Familiar

Para estruturar e orientar a sua prática, o EEECAESF deve apoiar-se em modelos teóricos que sustentem a avaliação e a intervenção junto das famílias, garantindo uma abordagem sistemática e ajustada às suas dinâmicas e necessidades específicas. A aplicação do MDAIF, desenvolvido por Maria Henriqueta Figueiredo (2012), tem demonstrado utilidade na prática clínica, permitindo compreender a complexidade dos sistemas familiares e delinear estratégias mais eficazes e adaptadas, o que facilita a adesão das famílias às mudanças necessárias para a promoção da saúde infantil (Ribeiro, Melo, Choupina, Pinto, & Figueiredo, 2021).

Neste contexto, este modelo constitui um referencial teórico e operativo que entende a família como um sistema dinâmico, em constante adaptação, cuja interação com o meio envolvente influencia diretamente a sua estrutura e funcionamento. A sua aplicabilidade na ESF pode revelar-se pertinente no acompanhamento de famílias com crianças com excesso de peso e obesidade, ao possibilitar intervenções personalizadas que promovam o empoderamento e a autonomia (Figueiredo et al., 2012).

O referido modelo estrutura-se em três dimensões fundamentais: estrutura, desenvolvimento e funcionalidade familiar, que permitem compreender a família como uma unidade sistémica em interação constante. A sua operacionalização decorre em três vertentes de prática clínica: avaliação familiar, intervenção familiar e dinamismo da

intervenção. Estas assentam em pressupostos como a centralidade da família como unidade de cuidados, a singularidade de cada sistema familiar e a importância da participação ativa da família no processo de cuidados. Entre os seus princípios orientadores destacam-se o respeito pela autonomia familiar, a valorização dos seus recursos e a promoção da sua capacitação para a tomada de decisões informadas. A avaliação familiar, uma das componentes-chave do modelo, permite identificar as necessidades, forças e vulnerabilidades da família, considerando tanto fatores internos, como a estrutura, a dinâmica, os vínculos e a comunicação, quanto fatores externos, nomeadamente o contexto sociocultural e económico (Figueiredo, 2012).

A aplicação do MDAIF constitui uma ferramenta essencial para a prática do EEECAESF, uma vez que possibilita compreender as características particulares de cada família, incluindo hábitos, crenças, valores e comportamentos que influenciam diretamente a adoção de estilos de vida saudáveis. Esta compreensão é fundamental para planear intervenções dirigidas ao excesso de peso e à obesidade infantil, permitindo promover mudanças comportamentais sustentadas (Pinho et al., 2022).

A intervenção deve centrar-se na implementação de estratégias que reforcem a autonomia e a capacidade adaptativa da família, de modo a que esta se torne protagonista no processo de mudança e consiga incorporar, de forma gradual e consistente, novos padrões de saúde (Figueiredo et al., 2012).

Um dos aspetos mais relevantes do MDAIF é o seu dinamismo, que permite ajustar continuamente as intervenções às necessidades emergentes do agregado familiar. Esta flexibilidade é particularmente importante em situações complexas como o excesso de peso e a obesidade infantil, em que os fatores determinantes são múltiplos e variáveis ao longo do tempo. A adequação da informação às realidades específicas de cada família é, assim, crucial para garantir que as estratégias propostas sejam realistas, viáveis e sustentáveis, promovendo mudanças graduais e duradouras (Figueiredo, 2012; Pinho et al., 2022).

A integração do MDAIF na prática clínica potencia a eficácia das intervenções em ESF, ao facilitar a compreensão das dinâmicas relacionais e do impacto destas nos hábitos da criança. Este modelo incentiva o envolvimento ativo da família na gestão da saúde e promove o seu empoderamento, permitindo que os pais se tornem agentes ativos na prevenção do excesso de peso e obesidade, e na adoção de estilos de vida saudáveis. O acompanhamento contínuo, por sua vez, fortalece esta capacidade, assegurando a manutenção das mudanças comportamentais no longo prazo (Amaro et al., 2023; Figueiredo, 2012; Pinho et al., 2022).

Neste enquadramento, o EECAESF desempenha um papel central, não apenas na avaliação da adesão da família às mudanças propostas, mas também na identificação precoce de obstáculos à sua implementação e no reforço dos progressos alcançados. A sua atuação, fundamentada no MDAIF, permite conduzir intervenções personalizadas que respeitam a individualidade de cada agregado, fomentando mudanças sustentáveis e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das crianças e das suas famílias (Amaro et al., 2023; Pinho et al., 2022).

Neste sentido, a adoção de abordagens teóricas que complementem a aplicação do MDAIF é essencial para uma intervenção mais eficaz e adaptada às particularidades de cada família. Entre essas abordagens, destacam-se os modelos de mudança comportamental, que permitem compreender a complexidade do processo de transformação de hábitos e orientar estratégias mais ajustadas.

De acordo com Matthews (2024), a mudança de comportamentos não ocorre de forma linear, sendo um processo gradual que varia consoante a motivação e a prontidão de cada indivíduo ou família para adotar novos hábitos.

Para estruturar e orientar intervenções eficazes nesse domínio, torna-se pertinente integrar modelos que se complementem: por um lado, retomando o referencial anteriormente apresentado, o MDAIF, que permite avaliar a complexidade do sistema familiar; por outro, o MTMC, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1992), que permite ajustar as estratégias de intervenção ao estágio motivacional dos membros da família, promovendo uma abordagem mais direcionada e eficaz.

O MTMC, tem sido amplamente utilizado na área da saúde para compreender e orientar o processo de mudança de comportamento. Este modelo baseia-se na premissa de que a mudança ocorre de forma gradual, ao longo de cinco estágios principais: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção. No contexto do excesso de peso e da obesidade infantil, o MTMC assume particular relevância, uma vez que permite que as intervenções sejam ajustadas ao estágio motivacional da família, facilitando uma abordagem mais eficaz e adaptada às necessidades individuais (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

A fase de pré-contemplanção caracteriza-se pela ausência de intenção de mudança num futuro próximo. No contexto da obesidade infantil, é comum que as famílias e as próprias crianças não reconheçam o excesso de peso ou obesidade como um problema, desvalorizando as suas consequências para a saúde (Prochaska & Velicer, 1997). Durante uma consulta de enfermagem, por exemplo, os pais podem afirmar que a criança "come

bem" e que "não há nada de errado com o seu peso", apesar dos indicadores clínicos apontarem para excesso de peso ou obesidade. Nesta fase, a intervenção do enfermeiro deve centrar-se em estratégias de sensibilização que promovam a consciencialização sobre os riscos associados a esta problemática, sem gerar resistência ou sentimentos de culpa.

Da mesma forma, Aleid et al. (2024) identificaram que intervenções com forte participação parental estão associadas a reduções significativas no IMC infantil e a melhorias na autoeficácia para a adoção de comportamentos alimentares saudáveis.

Neves (2023) reforça que envolver as famílias no processo de mudança pode facilitar a progressão para fases subsequentes, como a contemplação e a ação, promovendo a adoção sustentada de comportamentos mais saudáveis.

Finalmente, Silva et al. (2023) sublinham que estratégias que combinam apoio emocional, educação para a saúde e promoção da autoeficácia são fundamentais para ultrapassar as barreiras típicas da fase de pré-contemplação, criando um ambiente favorável à mudança comportamental.

Prosseguindo nos estágios do MTMC, segue-se a contemplação, onde a família começa a reconhecer a obesidade como um problema, mas mantém ambivalência quanto à necessidade de mudança (McConaughy, Prochaska e Velicer, 1983). Por exemplo, os pais podem expressar preocupações com o peso da criança, mas ao mesmo tempo acreditar que "quando crescer, emagrecerá naturalmente".

Após a fase de contemplação, em que a família reconhece o excesso de peso ou a obesidade infantil como um problema, mas ainda manifesta hesitação quanto à mudança, segue-se a fase de preparação. Nesta etapa, os cuidadores começam a demonstrar uma intenção mais concreta de modificar comportamentos, podendo procurar informação sobre hábitos alimentares saudáveis e atividade física, assim como apoio profissional para orientar esse processo (Prochaska e DiClemente, 1983).

Segundo Velicer et al. (1998), indivíduos nesta fase estão mais predispostos a desenvolver planos de ação, estabelecer metas realistas e experimentar pequenas mudanças comportamentais, como reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados ou incentivar caminhadas em família.

A fase de ação marca o momento em que a família implementa efetivamente as mudanças no estilo de vida da criança, alterando padrões alimentares e aumentando a prática de atividade física. Esta fase é caracterizada por uma transformação visível dos comportamentos e exige um esforço significativo para manter a consistência das novas práticas (Prochaska et al., 1992).

De acordo com Norcross, Krebs e Prochaska (2011), o apoio contínuo por parte dos profissionais de saúde é essencial para reforçar os progressos alcançados e prevenir recaídas. Neste contexto, o EEECAESF desempenha um papel fundamental, adotando estratégias de reforço positivo e fornecendo orientações práticas para ajudar a família a superar desafios e ajustar a intervenção conforme necessário (Meneguetti et al., 2023).

Por fim, a fase de manutenção corresponde ao período em que os novos hábitos saudáveis se consolidam na rotina familiar e o risco de recaída diminui progressivamente. No entanto, esta fase requer um acompanhamento contínuo, pois é comum que algumas famílias enfrentem dificuldades em manter as mudanças a longo prazo, especialmente diante de obstáculos sociais e económicos (Velicer et al., 1998).

Como sugerem Prochaska e Velicer (1997), a fase de manutenção do comportamento saudável requer o reforço contínuo da autoeficácia e a capacidade da família de se adaptar a diferentes contextos e desafios do quotidiano. Neste sentido, a vigilância regular nos CSP assume um papel crucial, permitindo ao EEECAESF monitorizar a sustentabilidade das mudanças, oferecendo apoio individualizado e prevenir potenciais recaídas (Faustino-Silva et al., 2018).

A aplicabilidade do MTMC em contexto de CSP permite personalizar a intervenção de acordo com o nível de prontidão para a mudança de cada família, favorecendo a adesão e a continuidade das estratégias promotoras de saúde. Esta abordagem tem evidenciado resultados positivos, nas mudanças comportamentais que se refletem posteriormente na redução do IMC e na melhoria dos hábitos alimentares e da prática de atividade física (Putter et al., 2022).

Assim, o MTMC pode constituir um referencial teórico essencial para orientar a intervenção em contexto de excesso de peso e de obesidade infantil, assegurando que esta é adaptada às necessidades específicas de cada agregado familiar, como evidenciado por Bibeau, Moore, Caudill e Topp (2008), que demonstraram a eficácia desta abordagem ao personalizar as intervenções com base nos estágios de prontidão para a mudança.

Dado que o MTMC permite compreender os diferentes estágios da mudança e adaptar as intervenções ao nível de prontidão da família, torna-se essencial recorrer a estratégias de intervenção comunicacionais que potenciem esse processo.

1.6. A Entrevista Motivacional

A EM, desenvolvida por Rollnick e Miller (1995), constitui uma abordagem complementar de elevada relevância na promoção da mudança comportamental. Assenta num estilo comunicacional colaborativo, empático e não confrontativo, que privilegia a autonomia do indivíduo e estimula a sua motivação intrínseca, evitando discursos diretivos ou impositivos. Quando aplicada à família enquanto unidade de cuidados, a EM favorece o envolvimento ativo dos seus membros no processo de mudança, sendo particularmente eficaz nas fases iniciais, como a pré-contemplação, ao facilitar o compromisso com a adoção de novos comportamentos.

A sua aplicação permite explorar a ambivalência, reforçar a autoeficácia e facilitar a tomada de consciência sobre a necessidade de alteração de comportamentos (Miller & Rollnick, 2013).

Ao promover a reflexão e reforçar a autonomia da família na adoção de hábitos mais saudáveis, a EM assume um papel central na intervenção do EEECAESF. Esta abordagem permite explorar as barreiras percebidas, sensibilizar para os benefícios de um estilo de vida saudável e apoiar a família na superação de dúvidas e resistências, facilitando a implementação de mudanças sustentáveis no comportamento (Rollnick e Miller, 1995).

A EM tem vindo a afirmar-se como essencial na ESF, ao permitir a criação de um espaço de diálogo colaborativo entre o EEECAESF e a família, facilitando a mudança de comportamentos e promovendo a adoção de hábitos saudáveis (Resnicow et al., 2024).

A EM estrutura-se em quatro processos fundamentais, que guiam a interação entre o profissional que a conduz e a família: **Ligar**, **Focar**, **Evocar** e **Planear** (Rollnick e Miller, 1995). O primeiro processo, **ligar**, refere-se ao estabelecimento de uma relação empática e colaborativa entre o enfermeiro e a família, criando um ambiente seguro para a partilha de preocupações e perceções da problemática. Nesta fase, é essencial que o enfermeiro utilize a escuta ativa, validando as preocupações dos familiares sem julgamento, de modo a promover um espaço de diálogo aberto e construtivo (Rollnick e Miller, 1995).

O segundo processo, **focar**, tem como objetivo ajudar a família a identificar e definir metas específicas para a mudança, assegurando que o foco da intervenção se alinha com os valores e expectativas da família. Esta fase é crucial para garantir que a abordagem adotada pelo profissional seja estruturada e direcionada, evitando que a intervenção se disperse e não produza impacto significativo na modificação dos hábitos da família (Henriques e Santos, 2019).

No terceiro processo, **evocar**, o profissional estimula a família a refletir sobre os benefícios da adoção de comportamentos saudáveis, promovendo a identificação das suas próprias motivações internas. Em vez de impor recomendações, deve facilitar um diálogo orientado para que a mudança parta da própria família, fortalecendo o seu compromisso e aumentando a sustentabilidade do processo ao longo do tempo (Meneguetti et al., 2023).

No quarto processo, **planejar**, os intervenientes definem em conjunto metas realistas e exequíveis para a adoção de hábitos saudáveis, ajustadas ao seu contexto, respeitando a autonomia familiar e promovendo a sua capacidade de tomar decisões informadas. A valorização de pequenos progressos ao longo do processo são cruciais para reforçar a autoeficácia e manter a motivação, prevenindo recaídas (Zanatta et al., 2020).

Para além dos quatro processos centrais, a EM integra um conjunto de técnicas específicas, entre as quais se destacam: a expressão de empatia, através de uma comunicação reflexiva e isenta de juízos de valor; a identificação de discrepâncias, ajudando a família a reconhecer a distância entre os comportamentos atuais e os objetivos que pretende alcançar; a gestão da resistência, validando preocupações e promovendo a reflexão; e a promoção da autoeficácia, reforçando de forma positiva a capacidade da família para concretizar mudanças graduais (Jungerman & Laranjeira, 2018).

Nos CSP, a EM pode ser integrada de forma estruturada nas CESIJ, constituindo uma abordagem personalizada para a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de alterações ponderais em idade pediátrica. O EECAESF desempenha um papel central na facilitação da mudança comportamental, acompanhando as diferentes etapas do desenvolvimento e adaptando a sua intervenção às necessidades específicas de cada família (Eli et al., 2022). Para além deste acompanhamento, é também um elemento facilitador fundamental, ao apoiar as famílias no reconhecimento da necessidade de mudança, na identificação e superação de barreiras e na construção de soluções realistas que favoreçam a adoção de estilos de vida saudáveis (Henriques & Santos, 2019).

A aplicação da EM possibilita a criação de um espaço de comunicação colaborativa, no qual se exploram as perceções dos cuidadores sobre os comportamentos alimentares e a prática de atividade física da criança, promovendo a reflexão sobre a importância de iniciar transformações no estilo de vida através de pequenas mudanças comportamentais sustentáveis (Silva et al., 2022).

A evidência empírica recente, como demonstrado por Lutaud et al. (2023), confirma que a aplicação da EM em intervenções dirigidas a crianças e adolescentes com excesso de peso ou obesidade promove melhorias significativas nos parâmetros comportamentais e

antropométricos, especialmente quando associada ao envolvimento ativo dos pais no processo terapêutico.

Faustino-Silva, Meyer, Toassi e Meyer (2018) referem que a integração da EM nas CESIJ permite um acompanhamento contínuo e ajustado à evolução da motivação e da prontidão para a mudança.

Neste contexto, o EEECAESF pode aplicar técnicas específicas da EM, como o reforço positivo, a definição conjunta de metas realistas e a exploração das barreiras percebidas pelos cuidadores, facilitando a identificação de soluções viáveis que promovam a melhoria dos comportamentos de saúde (Lutaud et al. 2023).

A integração desta abordagem nos CSP fortalece a autonomia e a capacidade de decisão das famílias, reduz a resistência à mudança e promove um compromisso mais sólido com a saúde infantil, permitindo um acompanhamento personalizado e sustentado ao longo do tempo (Henriques & Santos, 2019).

Deste modo, considera-se que a EM pode ser um recurso valioso para o EEECAESF na promoção da mudança de comportamentos não saudáveis para comportamentos saudáveis. Ao centrar a família como unidade essencial de cuidados, esta abordagem contribui para a prevenção e gestão do excesso de peso e da obesidade infantil.

Com este propósito, procura-se contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e sustentáveis na área da saúde familiar. Para alcançar este objetivo, formula-se a seguinte questão de partida: Qual o impacto da EM na mudança de comportamento em famílias com crianças dos 10 aos 13 anos com excesso de peso ou obesidade?

2. Finalidade e objetivos

O principal objetivo deste estudo consistiu em avaliar a EM como estratégia de intervenção na mudança comportamental em famílias com crianças dos 10 aos 13 anos com excesso de peso ou obesidade, no contexto da área de ESF.

De forma complementar, o estudo teve ainda como objetivos:

- Proceder à validação transcultural da 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 da consulta/EM e o tempo de fala dos intervenientes (enfermeiro e familiar), em função da aplicação da CESIJ e da EM;
- Analisar as diferenças na mudança de estágio comportamental entre o momento pré e pós-intervenção em cada grupo e entre o GE e o GC.

A operacionalização dos objetivos permitiu aprofundar o conhecimento acerca do impacto da EM enquanto ferramenta promotora da saúde, fornecendo evidência científica para sustentar a sua implementação sistemática nos CSP. Considera-se que este estudo poderá contribuir para a otimização das práticas de ESF e para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes no combate ao excesso de peso e à obesidade infantil.

3. Metodologia

O presente capítulo descreve detalhadamente a metodologia adotada neste estudo, garantindo a transparência dos procedimentos seguidos e a sua fundamentação científica. A explicitação dos métodos utilizados permite assegurar a validade e fiabilidade dos resultados, garantindo que possam ser reproduzidos em investigações futuras. Para tal, é apresentado o desenho do estudo, no qual se incluem as hipóteses formuladas, a caracterização da população e da amostra, os critérios de inclusão e exclusão, as intervenções aplicadas aos GE e GC, bem como os instrumentos de recolha e tratamento de dados, seguido das considerações éticas. A estrutura metodológica adotada visou assegurar que o estudo fosse conduzido de forma rigorosa, permitindo a obtenção de conclusões baseadas em evidência científica e contribuindo para o avanço do conhecimento na área da ESF e da intervenção na problemática do excesso de peso e obesidade infantil.

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo prospetivo, de natureza quase-experimental, com GC.

Para tal foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1- Existe relação entre a duração da consulta/EM e das falas dos intervenientes (enfermeiro e familiar) em função da aplicação da CESIJ e da EM,

Hipótese 2- Existem diferenças na mudança de estágio comportamental do antes para após em cada grupo e em entre o GE e o GC,

Hipótese 3- A EM correlaciona-se com a mudança de estágio comportamental em famílias com crianças entre os 10 e 13 anos, com sobrepeso ou obesidade.

A população em estudo foi constituída por 102 pai/mãe, díade parental ou outro familiar de crianças/adolescentes com idades entre os 10 e os 13 anos, nascidos entre 01/01/2011 e 31/12/2014, com IMC acima do percentil 85 para a idade e sexo, inscritas numa USF da Região Norte de Portugal.

A amostra do estudo foi composta por 12 participantes: pai, mãe, díade parental ou outro familiar de crianças/adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 13 anos, nascidos entre 01/01/2011 e 31/12/2014, com IMC superior ao percentil 85 para a idade e sexo, inscritas numa USF da Região Norte de Portugal. Os participantes foram distribuídos

equitativamente pelos GE (n = 6) e GC (n = 6), correspondendo a 50% da amostra total em cada grupo. A partir da amostra selecionada foi realizado o emparelhamento dos participantes a integrar o GE e o GC, aleatoriamente para o GE e com o emparelhamento para o GC a partir das variáveis: sexo e status excesso de peso ou obesidade, de forma a homogeneizar os GC e GE, tentando deste modo obter dois grupos homogéneos e reduzir o viés.

Os critérios de inclusão na amostra foram: pai/mãe, díade parental ou outro familiar de crianças/adolescentes entre 10 e 13 anos, com IMC acima do percentil 85 para a idade e sexo, cuja criança não apresente diagnóstico de doença mental ou limitações físicas que afetem a mobilidade. Os critérios de exclusão foram: pai/mãe, díade parental ou outro familiar de crianças/adolescentes inferiores a 10 anos ou superiores a 13 anos, com IMC abaixo do percentil 85, que apresentem doença mental, limitações de mobilidade ou fala, ou que não aceitem participar no estudo, ou que não residam com pelo menos um dos pais da criança/adolescente.

O GC foi sujeito à intervenção que habitualmente é utilizada nos serviços de saúde, isto é a CESIJ, tendo sido permitida a participação de um ou mais elementos da família da criança/adolescente. Neste estudo, a criança/adolescente não esteve presente na consulta, de acordo com as orientações da Comissão de Ética.

De facto, os enfermeiros de família confrontam-se frequentemente com situações de excesso de peso ou obesidade infantil no contexto da CESIJ, nomeadamente nas consultas programadas para as crianças/adolescentes dos 10 anos e para as crianças/adolescentes dos 12 aos 13 anos, em conformidade com as orientações da DGS no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Trata-se de uma consulta estruturada, com parâmetros de avaliação e cuidados antecipatórios definidos para cada uma das idades-chave do referido programa.

Esta intervenção reveste-se de grande complexidade, uma vez que é realizada num período temporal bastante limitado (aproximadamente 20 minutos), o que dificulta o aprofundamento dos diferentes parâmetros de avaliação, podendo comprometer a concretização integral dos cuidados antecipatórios previstos para cada consulta. Neste enquadramento, as consultas encontram-se fortemente reguladas pelas atividades a desenvolver, conduzindo a uma prática centrada na execução técnica e prescritiva das intervenções. Esta organização da consulta reduz, frequentemente, o tempo disponível para que o enfermeiro possa auscultar adequadamente a família quanto às suas necessidades, expetativas e perspetivas em saúde, limitando, assim, a adoção de uma abordagem

verdadeiramente centrada na família, nas suas necessidades e anseios em saúde e perspetivas futuras.

A intervenção aplicada ao GE consistiu na EM uma abordagem colaborativa orientada para fortalecer a pessoa e a família, promovendo o compromisso com a mudança.

Na EM foi também permitida a participação de um ou mais elementos da família da criança/adolescente, mantendo-se, contudo, a ausência da própria criança/adolescente, em conformidade com as orientações da Comissão de Ética, tal como definido para o GC.

A EM caracterizou-se por um estilo de guiar a pessoa/família, de natureza intermédia, que integra elementos dos estilos dirigir e seguir. Focou-se no que a pessoa/família pensa(m) ou verbaliza(m) e a partir do que a pessoa/família transmitem, no sentido de dar suporte, com uma centralidade na pessoa/família, na sua individualidade e não no poder argumentativo, prescritivo e impessoal que se adequa a qualquer pessoa/família. Assim como está preconizado a EM focou-se em quatro processos: 1) Ligar (de que forma se conseguiu estabelecer uma relação significativa com a pessoa/família a partir do interesse profissional pela pessoa/família); 2) Focar (trabalho conjunto para onde se pretende chegar, como se fosse uma dança); 3) Evocar (permitir que a pessoa/família fale das razões para a mudança e da eventual relutância) e 4) Planear (trabalho colaborativo de acompanhamento para a mudança). A EM utilizou como tarefas fundamentais: a) expressar empatia; b) identificar discrepâncias; c) gerir a resistência à mudança; d) evitar confrontos diretos; e) promover a confiança e a capacidade da pessoa/ Família; f) colocar perguntas abertas, f) refletir e sintetizar. Esta ferramenta de promoção da mudança comportamental não foi prescritiva, tendo orientado as intervenções dos profissionais de acordo com as características de cada pessoa/família.

Para a implementação das intervenções foram elaborados dois guiões de consulta/entrevista. O primeiro traduz a CESIJ habitualmente realizada nas USF, adaptada ao pai/mãe, díade parental ou outro familiar de crianças/adolescentes com excesso de peso ou obesidade, sendo destinado ao GC, com o objetivo de uniformizar a intervenção neste grupo (ANEXO I). O segundo corresponde a um guião de EM, desenvolvido para ser aplicado aos participantes do GE (pai/mãe, díade parental ou outro familiar de crianças/adolescentes) garantindo a padronização da intervenção entre os elementos deste grupo (ANEXO II).

Para avaliar a eficácia da EM implementada no GE em comparação com a CESIJ aplicada ao GC, todas as consultas/entrevistas foram gravadas em suporte áudio e vídeo, permitindo a análise do conteúdo informacional, bem como as interações verbais, não verbais e paraverbais. Estes registos serviram posteriormente de base ao preenchimento da grelha de

observação da dinâmica da EM/CESIJ e ao registo das interações. A referida grelha teve como objetivo sistematizar a observação das interações e comportamentos ocorridos durante as sessões, contemplando aspetos essenciais do processo, como a comunicação entre os intervenientes, a utilização das técnicas de EM e a motivação demonstrada pelas famílias. Este instrumento foi concebido para permitir uma compreensão aprofundada da dinâmica entre profissionais e famílias, bem como para avaliar as competências comunicacionais e identificar áreas suscetíveis de melhoria na prática clínica.

A aplicação uniforme deste instrumento em ambos os grupos pretendeu assegurar a validade do estudo e a comparabilidade dos resultados obtidos. Para além disso, possibilitou a recolha de dados que contribuíram para uma análise mais aprofundada da eficácia da intervenção, assegurando a padronização e a fiabilidade do processo de recolha de dados. A quantificação incidiu sobre:

- o tipo de interação: falas do enfermeiro; falas da família; silêncio; confusão (momento em que falaram ao mesmo tempo: enfermeiro e família);
- o tempo de interação por participante nas diferentes categorias (minutos; e % tempo da consulta) (ANEXO III).

Para além da grelha de observação, outro dos instrumentos de recolha de dados foi o questionário de autopreenchimento pela família, intitulado Questionário de Avaliação de Dados Sociodemográficos e de Motivação para a Mudança, constituído por duas partes: a primeira incluía questões relativas aos dados sociodemográficos, nomeadamente a idade da criança, o sexo e as habilitações literárias do pai e da mãe; a segunda parte integrava a EEM, destinada a avaliar a motivação para a mudança comportamental (ANEXO IV).

A EEM desenvolvida por McConaughy et al. (1983) e traduzida e adaptada para Português do Brasil por Yoshida et al. (2003), trata-se de um instrumento, amplamente reconhecido e fundamentado no MTMC, muito utilizado para avaliar os diferentes estágios de motivação para a mudança comportamental. Composta por 32 itens distribuídos por quatro fatores principais, Pré-contemplanção, Contemplanção, Ação e Manutenção, a escala avalia diversos níveis de prontidão e envolvimento no processo de mudança. Os itens que compõem cada estágio da EEM estão distribuídos da seguinte forma: o estágio de Pré-contemplanção inclui os itens 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 e 31; o estágio de Contemplanção é composto pelos itens 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 e 24; o estágio de Ação abrange os itens 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 e 30; e o estágio de Manutenção engloba os itens 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 e 32. Cada conjunto de itens representa os comportamentos e atitudes associados a um determinado estágio de mudança comportamental. As suas qualidades psicométricas têm sido amplamente validadas,

apresentando uma consistência interna robusta, com valores para cada um dos estágios que variam entre 0,88 e 0,89 no Alfa de Cronbach, o que evidencia elevada fiabilidade. A escala adaptada e traduzida para português do Brasil apresentou alfas de Cronbach para os diferentes estágios inferior (Pré-contemplação- 0,56; Contemplação- 0,57; Ação- 0,82; Manutenção- 0,77) aos da escala original (Yoshida et al., 2003). A Escala utiliza um formato de resposta do tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 a 5, sendo que 1 representa o discordo totalmente e o 5 o concordo totalmente e o 3 representa não discordo e nem concordo. A definição do estágio de mudança é determinado pela pontuação mais elevada nos itens de um determinado estágio. A EEM é uma ferramenta versátil e amplamente aplicada em contextos clínicos e de investigação, especialmente na compreensão e intervenção em processos de mudança comportamental. Antes da sua aplicação pretendeu-se realizar a validação transcultural da EEM, com o objetivo de proceder à sua adaptação linguística para português de Portugal. Para tal, foi criado um formulário digital através da plataforma Google Forms, que foi enviado a 20 enfermeiros peritos em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar (EPECAESF), garantindo uma revisão criteriosa e colaborativa. Este trabalho foi realizado em paralelo com outra investigadora, também estudante do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da ESSNorteCVP.

Após a referida validação transcultural da EEM o questionário de avaliação de dados sociodemográficos, de motivação para a mudança, foi enviado por e-mail ou entregue presencialmente ao pai/mãe, díade parental ou outro familiar de crianças/adolescentes, acompanhada do Consentimento Informado (CI) (ANEXO V), antes da realização da CESIJ e da EM, para que fosse preenchida previamente e analisado pelo enfermeiro investigador. Após a entrevista, foi solicitada novamente o seu preenchimento e a sua devolução pelas mesmas vias num prazo máximo de 15 dias, em envelope fechado e devidamente anonimizado. Esta metodologia permitiu a comparação entre os grupos (GE e GC) e no interior de cada grupo, considerando o período pré e pós-intervenção. Os resultados obtidos nesses dois momentos possibilitaram a análise da evolução da motivação para a mudança ao longo do processo.

De seguida apresenta-se esquematicamente as etapas e diferentes intervenções, que foram sendo referidas, a que cada um dos grupos foi sujeito (GC e GE), bem como a calendarização dos meses em que estas decorreram (Tabela 1).

	março 2025	março/maio 2025	junho 2025
GC	- Aplicação do questionário de avaliação de dados sociodemográficos e de motivação para a mudança.	- Realização da CESIJ (com aplicação do guião).	- Aplicação dos instrumentos de colheita de dados: grelha de observação da dinâmica da CESIJ. - Aplicação do questionário de avaliação de dados sociodemográficos e de motivação para a mudança.
GE	- Aplicação do questionário de avaliação de dados sociodemográficos e de motivação para a mudança.	- Realização da EM (com aplicação do guião).	- Aplicação dos instrumentos de colheita de dados: grelha de observação da dinâmica da EM. - Aplicação do questionário de avaliação de dados sociodemográficos e de motivação para a mudança.

Tabela 1: Representação esquemática das atividades a desenvolver no estudo de investigação, segundo o GE e o GC, e o respetivo horizonte temporal.

A análise dos dados foi realizada com recurso à estatística descritiva, através da utilização de medidas de frequência (absoluta e relativa), de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) e estatística inferencial considerando o valor de significância estatística de 0,05. Para a avaliação da normalidade da distribuição da amostra procedeu-se à realização do teste Shapiro-Wilk, (atendendo ao reduzido tamanho da amostra), complementado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, concluindo tratar-se de uma amostra com distribuição normal nos diferentes estágios de mudança da EEM (antes e depois) (Tabela 2). Desta forma, foram realizados os testes estatísticos paramétricos, nomeadamente o teste t de Student para amostras independentes e o teste t de Student para amostras emparelhadas, atendendo à natureza das variáveis. Para o tratamento dos dados será utilizado o SPSS® v.25.

Momento	Variável	Significância estatística (Kolmogorov-Smirnov test)	Significância estatística (Shapiro-Wilk)
Antes	Estágio Pré-contemplação	0,468	0,365
	Estágio Contemplação	0,460	0,800
	Estágio Ação	0,835	0,853
	Estágio Manutenção	0,601	0,986
Depois	Estágio Pré-contemplação	0,765	0,375
	Estágio Contemplação	0,795	0,732
	Estágio Ação	0,988	0,532
	Estágio Manutenção	0,114	0,142

Tabela 2: Resultados do teste de normalidade às dimensões da EEM.

3.2. Considerações éticas

A enfermagem, enquanto profissão autorregulada, orienta-se por princípios éticos e deontológicos consagrados na Deontologia Profissional e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A investigação científica em enfermagem, como salientam Schneider et al. (2020), constitui um eixo central da prática baseada na evidência, permitindo identificar lacunas no conhecimento e desenvolver intervenções inovadoras que visam a melhoria da qualidade dos cuidados, reforçando a relevância da enfermagem no contexto da saúde pública, nomeadamente na prevenção e intervenção em situações de excesso de peso e obesidade infantil.

O presente estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013), com o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018) e com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) (Regulamento [UE] 2016/679, 2016), assegurando elevados padrões éticos e a proteção dos direitos dos participantes. Foram respeitados os princípios de beneficência, promovendo o bem-estar dos utentes e das suas famílias; de não maleficência, prevenindo potenciais danos; de veracidade, garantindo a fidedignidade das informações; e de justiça, assegurando equidade no tratamento de todos os participantes que cumpriram os critérios de inclusão, em consonância com os pressupostos éticos fundamentais da investigação científica em seres humanos.

O consentimento informado (CI) foi previamente solicitado e obtido junto dos pais, da díade parental ou de outro familiar das crianças/adolescentes. Foi-lhes fornecida informação clara, completa e compreensível sobre os objetivos, procedimentos, potenciais benefícios e riscos do estudo, bem como sobre os direitos inerentes à participação, incluindo a possibilidade de desistência em qualquer momento, sem prejuízo para o acompanhamento em saúde (Comissão Nacional de Proteção de Dados, 2015). A participação ficou condicionada à assinatura do termo de CI.

Os dados recolhidos (gravações áudio e vídeo e questionários) foram anonimizados através de um sistema de codificação, garantindo a confidencialidade e a segurança da informação pessoal dos participantes. Os dados foram armazenados em ficheiro eletrónico encriptado, com password de acesso exclusivo ao investigador, enquanto as gravações foram igualmente protegidas após a validação e análise dos dados. Em ambas as situações, prevê-se a sua destruição após o prazo legal de conservação, em conformidade com o RGPD (Regulamento [UE] 2016/679, 2016).

Os riscos potenciais identificados foram mínimos, limitando-se à eventual exposição emocional decorrente das entrevistas, tendo sido implementadas estratégias de mitigação, designadamente a criação de um ambiente de confiança e acolhedor. Não existiram custos financeiros associados à participação no estudo.

No que se refere à utilização da EEM incluída no questionário, foi obtida autorização expressa dos autores para a sua aplicação (Anexo VI), assegurando o cumprimento das normas éticas e deontológicas relativas ao uso de instrumentos científicos.

O trabalho foi aprovado pela unidade de investigação e desenvolvimento (UID) da ESSNorteCVP (Anexo VII), após parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde da Região Norte de Portugal, onde se insere a USF em que decorreu o estudo, ficando registado com o CES nº 08_2025 (Anexo VIII).

De modo a garantir transparência e clareza em todas as etapas do processo, foi elaborado um cronograma detalhado com a descrição das atividades a desenvolver ao longo da investigação (Anexo IX).

Não existem conflitos de interesse a declarar, sendo este estudo realizado de forma independente, o que reforça a sua imparcialidade e integridade científica. As medidas éticas e metodológicas adotadas visam assegurar rigor académico, respeitar os direitos dos participantes e contribuir para a produção de conhecimento que sustente práticas inovadoras em ESF, com impacto positivo na promoção da saúde e no bem-estar das famílias.

4. Resultados

A apresentação dos resultados inicia-se com a descrição do processo de adaptação transcultural da EEM, por se tratar de uma etapa essencial para garantir a validade e a fiabilidade da sua aplicação no contexto português. A adaptação transcultural de instrumentos de avaliação é considerada uma condição necessária para assegurar que estes mantêm a equivalência conceptual, semântica e cultural relativamente à versão original, permitindo a sua utilização em diferentes contextos clínicos e populacionais. Este procedimento assume particular relevância quando se trata de instrumentos baseados em construtos psicológicos e motivacionais, como é o caso da EEM, uma vez que as dimensões culturais podem influenciar a perceção, a expressão e a motivação para a mudança comportamental.

O processo de adaptação seguiu três etapas fundamentais: (1) tradução inicial da escala, assegurando a fidelidade ao conteúdo original; (2) avaliação crítica por um painel de EPECAESF, com recolha sistemática de sugestões de reformulação; e (3) consolidação da versão final, após análise das propostas e validação interna pelos próprios autores. Os critérios de decisão relativamente à manutenção, modificação ou rejeição das sugestões incidiram sobre a clareza linguística, a coerência cultural e a fidelidade conceptual ao MTMC.

A adaptação transcultural da EEM foi, assim, realizada com o intuito de garantir a sua adequação linguística, cultural e conceptual ao contexto clínico português, nomeadamente no âmbito dos CSP e da prática da ESF. Procurou-se preservar a validade semântica, idiomática, experiencial e conceptual da escala original, assegurando simultaneamente a inteligibilidade e a naturalidade linguística para utentes e profissionais de saúde em Portugal.

A Tabela 3 apresenta de forma sistematizada a comparação entre a versão original dos autores, as justificações para a manutenção ou alteração dos itens e as versões finais adotadas.

Versão Original	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 esta 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 peritos os autores 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.	19. Gostaria de ter mais ideias sobre a resolução do meu problema.
21. Talvez aqui possa obter ajuda.	Obtivemos uma sugestão de reformulação que foi declinada.	21. Talvez aqui possa obter ajuda.
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. (1 proposta, optamos pelos autores adaptada por nós).
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 nelas?

Tabela 3: Comparação entre a versão original dos autores da EEM, as justificações para a (não) alteração dos itens e as versões finais adotadas.

Foram integradas reformulações sugeridas pelos EPECAESF nos itens 4, 6, 9, 10 e 16, considerando-se que estas versões introduziam melhorias relevantes ao nível da fluidez, naturalidade e expressividade da linguagem. Por sua vez, os itens 18, 24, 26 e 29 foram reformulados diretamente pelos autores, face à ausência de propostas por parte dos EPECAESF, consideradas adequadas. Já os itens 19 e 21 foram mantidos na sua formulação original, por se revelarem linguisticamente neutros e culturalmente apropriados.

A análise qualitativa das reformulações permite destacar a adequação linguística e cultural das alterações introduzidas. No item 4, a reformulação introduz maior naturalidade e suavidade na linguagem, substituindo o termo “ponderado” por “considero que talvez seja importante”, o que é mais compatível com o modo de expressão dos utentes em contexto clínico português. Esta versão espelha também a ambivalência típica do estágio de contemplação.

No item 6, a alteração de “já mudei” para “já consegui mudar” acrescenta uma dimensão de reconhecimento do esforço individual, valorizando o mérito pessoal e contribuindo para uma maior empatia com o conteúdo do item. O item 9 foi reformulado com o intuito de evitar repetições e de conferir maior formalidade, sendo introduzido o verbo “desenvolvido”, que remete para uma ideia de continuidade. A substituição de “poder manter” por “conseguir manter” reforça ainda o carácter psicológico e reflexivo da dificuldade percebida.

No item 10, a inclusão da expressão “sinto que” confere uma dimensão mais emocional e subjetiva à formulação, aproximando-se do modo como os utentes verbalizam as suas dificuldades. Já os itens 18, 24, 26 e 29 foram reformulados diretamente pelos autores, tendo-se privilegiado a clareza, a naturalidade e a expressividade do português. Nos itens 19 e 21, as versões originais foram mantidas por se considerarem adequadas do ponto de vista linguístico e cultural.

De forma geral, todas as alterações procuraram respeitar a estrutura conceptual da escala, mantendo a sua fidelidade ao MTMC de Prochaska e DiClemente (1983). Simultaneamente, procurou-se garantir que a linguagem utilizada fosse clara, acessível, emocionalmente próxima e culturalmente ajustada à população portuguesa, com o objetivo de maximizar a eficácia e a fiabilidade da escala na prática clínica e na investigação em saúde. Dos resultados apresentados podemos concluir a adequação linguística, cultural e conceptual da EMM ao contexto clínico português.

Após validada a adequação da escala, apresenta-se a caracterização da amostra participante, de forma a contextualizar os resultados obtidos.

Os participantes têm uma idade média de 11,92 anos $\pm$ 1,08 anos. Sendo que participantes do GE apresentaram uma idade média de 12,50 anos $\pm$ 0,55 anos, ligeiramente superior aos do GC. Os participantes do GC apresentaram uma idade média de 11,33 anos $\pm$ 1,21 anos.

Os participantes do GC integraram 4 elementos do sexo masculino (66,7%) e 2 elementos do sexo feminino (33,3%), e os do GE 3 elementos do sexo masculino (50%) e 3 elementos do sexo feminino (50%).

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).

	Escolaridade do Pai			Escolaridade da Mãe		
	GE	GC	Total da Amostra	GE	GC	Total da Amostra
1º CEB	1 (16,7%)	2 (33,3%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2º CEB	2 (33,3%)	1 (16,7%)	3 (25%)	3 (50%)	3 (50%)	6 (50%)
3º CEB	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (16,7%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	3 (25%)
Ensino Secundário	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (16,7%)	0 (0%)	1 (16,7%)	1 (8,3%)
CTESP/Bacharelato	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Licenciatura	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (16,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (16,7%)
Mestrado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Tabela 4: Distribuição absoluta e relativa do nível de escolaridade do Pai e da Mãe segundo o GE, o GC e o total da amostra.

A análise da grelha de auto-registo do enfermeiro, relativa às EM e as CESIJ realizadas, evidencia que todas as sessões foram previamente planeadas, os utentes acolhidos de forma adequada, os objetivos comunicados com clareza e a informação transmitida de modo consistente, num ambiente de escuta ativa e concentração, no qual o enfermeiro demonstrou disponibilidade e empatia.

Nos participantes do GE predominaram as questões abertas, facto que não se verificou no GC. Para o enfermeiro, todos os participantes demonstraram compreensão pelos assuntos tratados em todas as EM e as CESIJ realizadas e aceitaram as propostas acordadas entre os intervenientes. Verifica-se que, nas 6 EM e nas 6 CESIJ realizadas (100%), o ambiente da consulta foi adequadamente preparado, evidenciando a intenção e preocupação do enfermeiro em criar condições propícias à comunicação e à construção de uma relação terapêutica eficaz.

Relativamente à emotividade dos participantes, todos apresentaram manifestações de emotividade positiva, tais como sorrisos, segurança e encorajamento. No entanto, um participante do GE apresentou choro durante a interação. Adicionalmente, seis participantes (50%) demonstraram desconforto verbal, enquanto dez (83,3%) evidenciaram resistência ativa e argumentação.

Importa ainda referir que, em todas as EM e CESIJ, os participantes expressaram alívio por poderem abordar abertamente o tema em questão. Não se verificou, em nenhuma das situações, a necessidade de proceder a adaptações culturais ou sociais.

A Figura 1 apresenta a evolução média do score de cada uma das dimensões dos estágios da EEM no GC e no GE. Observa-se, uma redução dos valores médios no estágio de pré-contemplanção e um aumento nas dimensões de ação e manutenção no GE após a intervenção com EM. Estes resultados sugerem uma maior prontidão e envolvimento das famílias na adoção de comportamentos saudáveis, refletindo o impacto positivo da abordagem motivacional. No GC, os valores mantêm-se semelhantes ao momento inicial, sem evolução significativa nos estágios de mudança, o que reforça a relevância da EM como estratégia promotora de motivação e adesão à mudança comportamental.

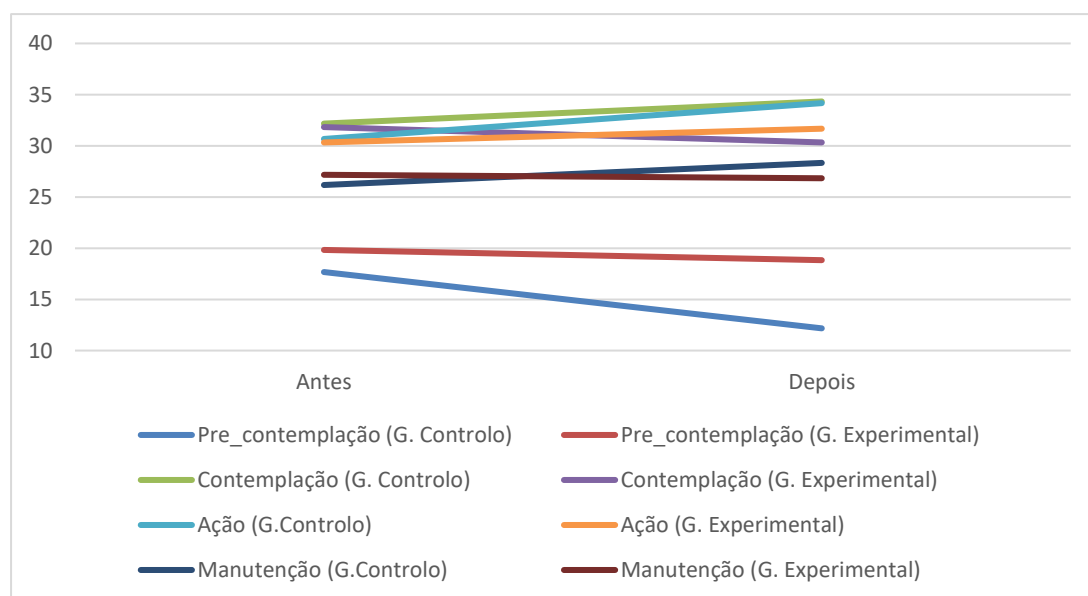


Figura 1: Evolução média dos estágios da EEM (antes e após a implementação) no GC e no GE.

Foi aplicado o Teste t para amostras independentes no sentido de avaliar as relações existentes entre os tempos de duração das consultas total e de cada um dos intervenientes e das dimensões da EEM entre os GC e no GE.

Da análise da Tabela 5 é possível concluir que não existem relações estatisticamente significativas entre os elementos do GE e do GC, no que se refere à duração da entrevista e duração das falas do enfermeiro ou participante. Na CESIJ o tempo das falas do enfermeiro é em média mais longo quando comparado com o tempo das falas do enfermeiro na EM.

Pelos resultados obtidos concluímos que não existe relação entre a duração da consulta/EM e das falas dos intervenientes (enfermeiro e familiar) em função da aplicação da CESIJ e da EM, pelo que se aceita a hipótese nula.

No que se refere aos estágios de mudança comportamental também não se verifica relações estatísticas significativas entre o GE e o GC.

			Média	Desvio-padrão	t	Sig.	Intervalo Confiança 95%	
							Inferior	Superior
Duração da Entrevista/Consulta	GC		32,673	8,581	-0,852	0,414	-19,670	8,787
	GE		27,231	13,078				
Duração das falas do Enfermeiro	GC		32,650	3,131	-1,739	0,113	-6,316	0,779
	GE		9,881	2,323				
Duração das falas do pai, mãe, diáde parental ou outro familiar	GC		19,956	6,168	-0,549	0,595	-14,869	8,989
	GE		17,016	11,573				
Antes	Estágio Pré-contemplação	GC	17,666	3,141	0,910	0,384	-3,139	7,473
		GE	19,833	4,916				
	Estágio Contemplação	GC	32,166	4,579	-0,118	0,908	-6,604	5,938
		GE	31,833	5,154				
	Estágio Ação	GC	30,666	3,932	-0,128	0,901	-6, 153	5,486
		GE	30,333	5,046				
	Estágio Manutenção	GC	26,166	3,816	0,436	0,672	-4,108	6,108
		GE	27,167	4,119				
Após	Estágio Pré-contemplação	GC	12,166	5,671	1,970	0,077	-0,874	14,208
		GE	18,833	6,047				
	Estágio Contemplação	GC	34,333	3,669	-1,728	0,115	-9,156	1,156
		GE	30,333	4,320				
	Estágio Ação	GC	34,166	4,119	-1,056	0,316	-7,775	2,775
		GE	31,666	4,082				
	Estágio Manutenção	GC	28,333	4,546	-0,596	0,565	-7,109	4,109
		GE	26,833	4,167				

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 das entrevistas/consultas e dos intervenientes (enfermeiro, pai, mãe, diáde parental ou outro).

Foi aplicado o Teste t para amostras emparelhadas no sentido de avaliar as relações existentes entre as dimensões da EEM antes e após a intervenção no GC (Tabela 6) no GE (Tabela 7) e no total da amostra (Tabela 8).

Da análise da Tabela 6, podemos concluir que não existem correlações estatisticamente significativas na EEM do antes para o após. Apesar do GC ter reduzido o valor do score Pré-contemplação do antes para o após e de ter aumentado o valor do Score na Contemplação e Ação, este resultado não se correlaciona com significado estatisticamente significativo.

GC

	Média	Desvio Padrão	t	Sig,	Intervalo Confiança 95%	
					Inferior	Superior
Estágio Pré-contemplação (antes-após)	1,000	2,529	0,968	0,377	-1,654	3,654
Estágio Contemplação (antes- após)	1,500	1,516	2,423	0,060	-0,091	3,091
Estágio Ação (antes-após)	-1,333	1,505	-2,169	0,082	-2,913	0,246
Estágio Manutenção (antes- após)	0,333	1,032	0,791	0,465	-0,750	0,417

Tabela 6: Resultados da correlação entre as dimensões da EEM no GC, antes e após a aplicação da manobra de intervenção introduzida no estudo (CESIJ).

Da análise da Tabela 7, podemos concluir que também não existem correlações estatisticamente significativas entre cada uma das dimensões nos momentos antes e depois no GE. Tal como aconteceu no GC, também no GE regista-se uma redução do valor do score Pré-contemplação do antes para o após e de ter aumentado o valor do Score na Contemplação e Ação, este resultado não se correlaciona com significado estatístico.

Pelos resultados obtidos podemos concluir que a EM não se correlaciona com a mudança de estágio comportamental em famílias com crianças entre os 10 e 13 anos, com excesso de peso ou obesidade, pelo que se aceita a hipótese nula.

GE

	Média	Desvio Padrão	t	Sig,	Intervalo Confiança 95%	
					Inferior	Superior
Estágio Pré-contemplação (antes-depois)	5,500	5,787	2,328	0,067	-0,574	11,574
Estágio Contemplação (antes-depois)	-2,166	3,920	-1,354	0,234	-6,280	1,947
Estágio Ação (antes - depois)	-3,500	3,619	-2,369	0,064	-7,298	0,298
Estágio Manutenção (antes - depois)	-2,166	6,585	-0,806	0,457	-9,077	4,744

Tabela 7: Resultados da correlação entre as dimensões da EEM no GE, antes e após a aplicação da manobra de intervenção introduzida no estudo (EM).

Da análise da Tabela 8, podemos concluir que existe uma correlação estatisticamente significativa no estágio de pré-contemplação e Ação, entre o momento inicial e o final da aplicação da manobra de intervenção no GE e da CESIJ no GC (Sig.= 0, 041 t= 2,315; Sig.= 0,014; t= -2,012, respetivamente), sendo que o valor 0 não se encontra dentro do intervalo de confiança de 95%. Verificou-se uma diminuição do valor médio no estágio de Pré-contemplação e um aumento no estágio de Ação, entre o momento inicial e o final da intervenção, o que evidencia ganhos em saúde, traduzidos numa maior adesão a comportamentos salutogénicos.

Com base na análise dos resultados, podemos confirmar a hipótese formulada: tanto a intervenção motivacional (pela aplicação da EM) aplicada ao GE como a intervenção convencional (CESIJ) aplicada ao GC contribuíram para a progressão dos participantes nos EEM.

Total da amostra – GE + GC

	Média	Desvio Padrão	t	Sig,	Intervalo 95% Confiança	
					Inferior	Superior
Estágio Pré-contemplação (antes-depois)	3,250	3,864	2,315	0,041	0,159	6,340
Estágio Contemplação (antes-depois)	-0,333	3,420	-0,338	0,742	-2,506	1,839
Estágio Ação (antes-depois)	-2,4166	2,874	-2,012	0,014	-4,243	-0,590
Estágio Manutenção (antes-depois)	-0,91667	4,679	-0,679	0,511	-3,890	2,056

Tabela 8: Resultados da correlação entre as dimensões da EEM no total da amostra (GE e GC), antes e após a aplicação das manobras de intervenção específicas a cada grupo.

Pelos resultados obtidos podemos concluir que a EM e a CESIJ correlacionam-se com a mudança de estágio comportamental, nomeadamente no estágio de pré-contemplação e estágio de ação, em famílias com crianças entre os 10 e 13 anos, com excesso de peso ou obesidade.

5. Discussão

A discussão constitui uma etapa fundamental de qualquer investigação científica, na medida em que permite interpretar criticamente os resultados obtidos, articulando-os com a evidência científica disponível e com os referenciais teóricos que sustentaram o estudo. Este processo não se limita à descrição dos achados, mas implica a análise das suas implicações, a identificação de convergências e divergências relativamente à literatura existente e a reflexão sobre os contributos e limitações do trabalho realizado.

No presente estudo, a discussão está organizada em diferentes eixos analíticos. Numa primeira parte, são analisados e interpretados os resultados da adaptação transcultural da EEM, instrumento central para a avaliação da prontidão para a mudança comportamental. Seguidamente, apresentam-se a análise estatística e a interpretação dos dados, explorando a robustez metodológica e os pressupostos subjacentes. Posteriormente, os resultados obtidos são confrontados com estudos prévios, permitindo evidenciar a relevância da EM no contexto dos CSP e a sua comparação com a CESIJ. Numa fase seguinte, são discutidas as implicações dos achados para a prática de ESF, sublinhando o papel do EECAESF na promoção da mudança comportamental em famílias com crianças em situação de excesso de peso ou obesidade. Por fim, apresentam-se as limitações do estudo e recomendações para investigação futura, de modo a orientar desenvolvimentos subsequentes nesta área do conhecimento.

5.1. Validação transcultural e adaptação da Escala de Estágios de Mudança

A validação transcultural da EEM para português de Portugal, seguiu um processo estruturado de revisão por um painel de especialistas, conforme descrito nos resultados e sintetizado na Tabela 3, assegurando a fidelidade linguística e cultural do instrumento antes da sua aplicação neste estudo. A validação transcultural da referida escala constituiu um contributo relevante para a enfermagem, não apenas pela disponibilização de um instrumento linguística e culturalmente adequado, mas também pelos impactos que gera na prática clínica, na investigação e na produção de conhecimento científico.

Do ponto de vista da prática clínica, a existência de uma versão adaptada da EEM permite aos enfermeiros avaliar, de forma mais rigorosa, os estágios motivacionais das famílias portuguesas, adequando as intervenções de acordo com o seu nível de prontidão para a mudança. Como referem Vareta et al. (2025), instrumentos devidamente traduzidos e validados aumentam a validade ecológica das intervenções, assegurando que a linguagem e os conceitos utilizados são

compreendidos pelos participantes, o que potencia a adesão e a eficácia das estratégias terapêuticas. Neste sentido, a adaptação da EEM para Portugal reforça a capacidade dos EEECAESF em promover cuidados personalizados e culturalmente sensíveis.

No que respeita à investigação, a disponibilização de uma versão portuguesa da EEM permite a realização de estudos mais robustos, comparáveis com evidência internacional, garantindo consistência metodológica. Gomes et al. (2024), no processo de validação da *Quality of Oncology Nursing Care Scale* para o contexto português, demonstraram a importância de dispor de instrumentos adaptados para avaliar fenómenos específicos em saúde, destacando que a ausência de medidas validadas constitui uma limitação significativa para a investigação em enfermagem. Assim, a validação da EEM representa um avanço na investigação em mudança comportamental aplicada ao excesso de peso e à obesidade infantil, ao fornecer um instrumento fiável e culturalmente adequado para avaliar os estágios de mudança das famílias portuguesas.

Em termos de produção de conhecimento, a adaptação transcultural da EEM contribui para o fortalecimento teórico da enfermagem, permitindo aprofundar a compreensão sobre a mudança comportamental no contexto da saúde familiar. Cruchinho et al. (2024), numa revisão sistemática sobre processos de tradução, adaptação e validação de instrumentos em saúde, sublinham que a utilização de medidas validadas torna-se essencial para consolidar o corpo de conhecimento disciplinar e garantir a comparabilidade dos resultados entre diferentes contextos culturais. Assim, a validação da EEM fortalece a investigação nacional e simultaneamente aproxima Portugal da produção científica internacional na área da mudança comportamental.

5.2. Resultados da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil / Entrevista Motivacional

Torna-se igualmente pertinente discutir os pressupostos estatísticos que sustentaram a análise realizada no presente estudo, nomeadamente a distribuição da amostra. O rigor metodológico associado à utilização de instrumentos validados exige também que os dados recolhidos cumpram critérios estatísticos que assegurem a fiabilidade das comparações entre grupos, o que justifica a análise prévia da normalidade da distribuição.

Os resultados deste estudo indicam que os dados da amostra seguiram uma distribuição normal, conforme evidenciado pelo teste Shapiro-Wilk não significativo para todas as dimensões da escala de estágios de mudança comportamental (Pré-contemplação, Contemplação, Ação, Manutenção), tanto no momento inicial como final. Este resultado permitiu a utilização de testes paramétricos, nomeadamente o teste t de Student, o que reforça a validade estatística das comparações entre os grupos (Yazici & Yolacan, 2007; Razali & Wah, 2011).

No entanto, é importante destacar que a amostra deste estudo foi reduzida ($n=12$), sendo composta por 6 participantes no GE e 6 no GC, o que limita substancialmente o poder estatístico para detetar diferenças significativas, bem como a generalização dos achados (Broccoli et al., 2016; Naar et al., 2019; Lutaud et al., 2023), levando-nos a crer que se tivéssemos uma amostra de maior dimensão poderíamos ter encontrado significado estatístico nos diferentes estágios de mudança comportamental no GE e eventualmente no GC, evidenciando a utilidade das duas intervenções.

Estudos prévios em intervenções similares em contexto de obesidade infantil tendem a incluir amostras consideravelmente maiores, como demonstrado por ensaios controlados randomizados com centenas de participantes (Freira et al., 2018; Lutaud et al., 2023; Broccoli et al., 2016). Essa diferença ressalta que, o número reduzido de participantes do presente estudo pode ter sido insuficiente para demonstrar efeitos estatisticamente significativos que, na população, poderiam ser clinicamente relevantes. A limitação do tamanho da amostra deve, assim, ser tida em conta ao interpretar tanto a significância estatística quanto a sua ausência em determinados comparativos (Kao et al., 2023).

Além disso, a randomização dos participantes e a equiparação inicial entre os grupos constituem aspetos metodológicos fundamentais para assegurar validade interna (Moore et al., 2015). Neste estudo verificou-se o emparelhamento dos participantes, tendo como referência a criança/adolescente, segundo as variáveis sexo e status excesso de peso ou obesidade. Efetivamente no presente estudo, o GE e o GC apresentaram distribuição de género semelhantes. Regista-se ainda o facto de não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações iniciais dos estágios de mudança entre os grupos, indicando uma adequação na comparação entre intervenções (Broccoli et al., 2016; Naar et al., 2019), que se tivessem existido, teriam de ser tidas em conta aquando da comparação com os resultados após intervenção. Esta equivalência inicial é crucial para que quaisquer mudanças observadas possam ser atribuídas à intervenção, embora se mantenha a necessidade de cautela na interpretação das conclusões devido à pequena dimensão da amostra.

Relativamente ao nível de escolaridade dos participantes, verificou-se uma distribuição heterogénea. Entre as mães, metade ($n=6$) possuía escolaridade até ao 1.º ciclo do ensino básico, sendo que apenas uma possuía formação superior. No caso dos pais, três apresentaram igualmente apenas o 1.º ciclo, enquanto dois possuíam habilitações ao nível do ensino superior (licenciatura e mestrado). Esta diversidade ao nível das qualificações académicas, ainda que condicionada pela reduzida dimensão da amostra, levanta questões relevantes quanto ao potencial papel moderador da escolaridade parental na eficácia de intervenções

comportamentais, como a EM. A evidência científica mostra que a escolaridade dos pais, especialmente da mãe, está intimamente relacionada com a literacia em saúde da família, influenciando a capacidade de compreender e aplicar recomendações em saúde, sendo que níveis mais baixos de literacia parental, frequentemente associados a menor escolaridade, estão ligados a piores resultados de saúde em crianças com doenças crónicas (Morrison et al., 2022). Além disso, a literacia materna reduzida está associada a percepções distorcidas sobre o peso infantil, menor adoção de comportamentos saudáveis e uso inadequado dos serviços de saúde (Aygun & Topcu, 2023). Esta evidência tem implicações diretas na eficácia de intervenções comportamentais como a EM, uma vez que a compreensão e adesão às estratégias propostas podem ser influenciadas pelo nível educativo da família. De facto, estudos prévios demonstraram que este tipo de abordagem tende a produzir melhores resultados em famílias com níveis mais elevados de escolaridade. Broccoli et al. (2016), por exemplo, observaram que, em intervenções com crianças com excesso de peso, os ganhos foram mais evidentes quando as mães tinham maior nível educativo. De forma semelhante, Wang et al. (2023), numa meta-análise recente, destacam a escolaridade materna como um moderador significativo da eficácia da EM em contexto de obesidade infantil, confirmando que mães com maior literacia em saúde tendem a aderir mais eficazmente às estratégias motivacionais e a promovê-las de forma mais sustentada no quotidiano familiar.

Tendo em conta o perfil educativo da amostra deste estudo, é plausível que a capacidade de mobilização das famílias para a mudança possa ter sido influenciada por fatores socioculturais associados ao nível de escolaridade. A não realização de análises estratificadas, devido ao número reduzido de participantes, constitui assim uma limitação relevante, que poderá ter condicionado a interpretação da eficácia da intervenção. Em contextos com maior diversidade e tamanho da amostra, seria desejável considerar esta variável como possível moderadora dos resultados, o que permitiria compreender melhor a aplicabilidade da EM em diferentes perfis familiares.

Para além da escolaridade, outras variáveis sociodemográficas, como o género e a idade dos pais, devem ser consideradas na interpretação dos resultados. No presente estudo, verificou-se uma predominância de mães entre os participantes, o que está de acordo com a evidência que mostra que são geralmente as mães que assumem maior responsabilidade na gestão da saúde dos filhos, sobretudo em contextos de obesidade infantil (Koivumäki et al., 2025). Esta realidade pode influenciar a forma como a EM é recebida e aplicada, sendo que algumas investigações sugerem que mães tendem a valorizar mais a comunicação empática e a envolver-se mais ativamente no processo de mudança (Woo Baidal et al., 2013).

Por outro lado, a idade média dos pais participantes, que rondava os 43 anos, pode também ter implicações relevantes. Cuidados parentais mais tardios têm sido associados a maior maturidade na tomada de decisões, mas também a possíveis resistências na adoção de tecnologias digitais ou de novas abordagens comunicacionais (Fidjeland & Øen, 2023).

Ao comparar o GE (que recebeu a intervenção baseada na EM) com o GC (cuja intervenção seguiu a CESIJ preconizada pela DGS), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na maioria dos desfechos quantitativos medidos. Este resultado é consistente com estudos recentes que sugerem que, em intervenções de curta duração ou com baixa intensidade, a EM pode não apresentar vantagens estatísticas claras sobre abordagens convencionais, tipo a CESIJ, especialmente quando ambas envolvem contacto empático e acompanhamento profissional (Kao et al., 2023; Lutaud et al., 2023).

Além disso, revisões sistemáticas recentes sugerem que os efeitos da EM tendem a manifestar-se mais claramente em indicadores qualitativos, como o aumento da motivação, autorreflexão e prontidão para a mudança, do que em medidas quantitativas imediatas, como indicadores antropométricos ou pontuações dos estágios de mudança, especialmente em estudos com amostras pequenas ou de curta duração (Lundahl et al., 2013).

Também é relatado que o tempo de fala do profissional e o estilo da consulta (mais diretivo vs. mais colaborativo) influenciam a percepção de eficácia da intervenção, mas nem sempre se traduzem em diferenças significativas nos resultados quantitativos (Pollak et al., 2015).

Observou-se neste estudo, uma tendência distinta no estilo de interação entre os grupos: na intervenção do GE, o enfermeiro teve um tempo médio de fala substancialmente menor ($\approx 9,9$ minutos), ao passo que no GC o tempo de fala médio foi significativamente mais elevado ($\approx 32,6$ minutos). Embora essa diferença não tenha atingido significância estatística, possivelmente devido à variabilidade e ao reduzido tamanho amostral, os dados alinham-se com o que é esperado numa intervenção baseada na EM, onde se privilegia a comunicação colaborativa, com menor diretividade por parte do profissional (Budhwani & Naar, 2022; Reinauer et al., 2021).

Estudos recentes demonstram que a EM favorece um estilo de comunicação em que o profissional de saúde reduz o tempo de fala, escuta de forma ativa e recorre frequentemente a perguntas abertas, reflexões e afirmações empáticas, com o objetivo de fomentar a autonomia e a motivação intrínseca do utente (Magill et al., 2018; Mercado et al., 2023; Lord et al., 2015). Esta abordagem contrasta com modelos comunicacionais mais diretivos, centrados na transmissão unilateral de informações e conselhos, onde predomina a fala do profissional (Budhwani & Naar, 2022; Miller & Rollnick, 2013; Reinauer et al., 2021).

Esta diminuição do tempo de fala do profissional é apontada como uma característica central da EM e está associada ao aumento da participação ativa do utente ou da família na consulta, especialmente em contextos pediátricos (Reinauer et al., 2021; Budhwani & Naar, 2022).

Além disso, a literatura reforça que a EM é caracterizada por um estilo comunicacional centrado na autonomia, em que se cria um espaço seguro e empático para que o utente ou família explore a ambivalência e desenvolva motivação para a mudança, sem imposição externa (Lutaud et al., 2023; Carcone et al., 2020). Esta abordagem facilita o surgimento do chamado “talk de mudança”, ou seja, expressões espontâneas do próprio utente ou família em favor da mudança, que têm sido associadas a melhores desfechos comportamentais e clínicos (Carcone et al., 2020; Magill et al., 2014).

Mesmo quando as diferenças quantitativas entre grupos não atingem significância estatística, como neste estudo, revisões sistemáticas recentes indicam que a EM tende a produzir efeitos mais evidentes em dimensões qualitativas da interação clínica, tais como o aumento da empatia percebida, do envolvimento familiar e da prontidão para a mudança, mesmo na ausência de mudanças antropométricas significativas (Kao et al., 2023; Lutaud et al., 2023).

Assim, a diferença qualitativa observada neste estudo, é coerente com os mecanismos reconhecidos da EM e com evidência recente em contexto de intervenção com famílias de crianças com excesso de peso e obesidade (Epstein et al., 2023; Raynor et al., 2023).

A ausência de diferenças quantitativas claras entre os grupos pode indicar que, no curto prazo e com uma intensidade limitada de intervenção, tanto a EM quanto a CESIJ produziram melhorias modestas e comparáveis nos participantes. Este achado está em consonância com os resultados do ensaio clínico aleatorizado conduzido por Ellis et al. (2010), o qual não encontrou diferenças estatisticamente significativas na percentagem de perda de peso entre diferentes modalidades de aconselhamento motivacional. Todos os grupos do estudo apresentaram uma redução média de aproximadamente 3% no peso corporal, sugerindo que intervenções breves podem produzir efeitos semelhantes, independentemente da técnica específica utilizada.

De forma semelhante, uma meta-análise recente (Kao et al., 2023) sobre a EM na obesidade infantil encontrou efeitos médios pequenos e estatisticamente não significativos em alguns comportamentos, como aumento de consumo de frutas e vegetais. É possível que intervenções convencionais estruturadas, quando bem executadas e em contexto de acompanhamento profissional, também gerem algum grau de sensibilização e motivação nas famílias, levando a mudanças iniciais, especialmente considerando que ambos os grupos do presente estudo receberam um número semelhante de sessões de acompanhamento.

Adicionalmente, o facto de o mesmo enfermeiro ter conduzido ambas as intervenções, garantindo um ambiente acolhedor em 100% das consultas e demonstrando empatia em todos os casos, poderá ter proporcionado uma experiência de cuidado relativamente positiva, mesmo no GC. Este “efeito terapêutico comum” poderá ter atenuado as diferenças entre as abordagens, dado que elementos não específicos da EM, como o vínculo relacional e a escuta ativa, também estiveram presentes, ainda que em menor grau, nas CESIJ. De acordo com Zilcha Mano e Webb (2020), a aliança terapêutica constitui um dos mais robustos preditores de eficácia clínica, podendo atuar como moderadora dos efeitos das intervenções, independentemente da sua natureza técnica. Por sua vez, Paucar Alva, Huamán Tapia, Ramos Peña e Suyo Vega (2021) salientam que a empatia pode emergir de fatores contextuais e relacionais, como a escuta ativa e a qualidade do contacto interpessoal, contribuindo para experiências de cuidado mais positivas, mesmo na ausência de estratégias formais estruturadas.

De acordo com a revisão sistemática de Kao et al. (2023), este fenómeno é reconhecido: o GC que recebeu aconselhamento convencional com algum nível de acompanhamento estruturado tende também a apresentar melhorias significativas em comportamentos de saúde, o que dificulta a atribuição das diferenças observadas exclusivamente à EM. Por outro lado, diversos estudos controlados têm demonstrado vantagens da EM sobre os cuidados usuais em intervenções pediátricas para o excesso de peso e obesidade, particularmente ao nível dos desfechos comportamentais. Uma revisão sistemática e meta-análise recente, que incluiu 26 ensaios clínicos randomizados, concluiu que 81% dos estudos apresentaram pelo menos um resultado estatisticamente significativo a favor da EM, especialmente em indicadores como aumento da atividade física, melhoria dos hábitos alimentares e reforço da motivação para a mudança (Lutaud et al., 2023). Este corpo de evidência reforça a pertinência da EM como estratégia eficaz na promoção de estilos de vida saudáveis em crianças e adolescentes, mesmo quando as mudanças antropométricas não são imediatamente evidentes. Por exemplo, no estudo de Freira et al. (2018), um ensaio controlado em cluster com adolescentes, o grupo que recebeu sessões baseadas em EM apresentou reduções estatisticamente significativas no IMC padronizado (IMC-z), no perímetro da cintura e na massa gorda. Em contrapartida, os participantes submetidos à intervenção convencional demonstraram piora nestes mesmos indicadores. De forma semelhante, no ensaio controlado randomizado conduzido por Broccoli et al. (2016), a aplicação da EM resultou num incremento significativamente menor do IMC após um ano de acompanhamento, quando comparado ao cuidado usual. No entanto, este efeito positivo deixou de ser observado após dois anos, na ausência de reforço adicional da intervenção. Estas evidências sustentam que a EM pode produzir ganhos adicionais relevantes, embora a magnitude e

durabilidade desses efeitos dependam frequentemente da intensidade e continuidade da intervenção.

No presente estudo, a intervenção baseada na EM consistiu unicamente numa sessão de curta duração (aproximadamente 30 minutos), o que poderá ter condicionado a eficácia da mesma. De acordo com as mais recentes orientações da American Academy of Pediatrics (AAP), a intervenção comportamental considerada mais eficaz no tratamento da obesidade infantil é aquela que apresenta elevada intensidade, recomendando-se, para tal, um mínimo de 26 horas de contacto presencial com a criança e respetiva família, distribuídas ao longo de um período entre 3 e 12 meses (Hampl et al., 2023).

Neste enquadramento, a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre a EM e a abordagem convencional (CESIJ) poderá, plausivelmente, ser atribuída à limitada intensidade e duração da intervenção implementada no presente estudo, constituindo uma limitação relevante na interpretação dos resultados obtidos.

Apesar desta limitação, foi possível proceder à análise do principal objetivo do estudo, centrado na avaliação da progressão dos participantes ao longo dos estágios de prontidão para a mudança, tal como conceptualizados no MTMC de Prochaska e DiClemente. Na fase pré-intervenção, verificou-se uma distribuição heterogénea dos participantes pelos quatro estágios, Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção, sem diferenças estatisticamente significativas entre o GE e o GC nas pontuações médias de cada domínio, o que reflete uma homogeneidade inicial adequada para comparação (Prochaska & Velicer, 1997; Moore et al., 2015).

Após a intervenção, e considerando a amostra total, observou-se uma redução estatisticamente significativa nas pontuações do estágio de Pré-contemplação e um aumento igualmente significativo nas pontuações relativas ao estágio de Ação. Estes resultados sugerem uma evolução positiva no sentido de maior prontidão para a mudança e envolvimento ativo em comportamentos promotores de saúde. Tal tendência é amplamente corroborada pela literatura recente, que demonstra que a EM, mesmo em intervenções de curta duração, promove a transição dos indivíduos de estágios iniciais como a Pré-contemplação para estágios mais avançados, como a Ação, refletindo um maior grau de compromisso com a mudança (Bean et al., 2019; Broccoli et al., 2016; Naar et al., 2019).

De acordo com Bean et al. (2019), a EM aplicada em contexto pediátrico está associada a melhorias significativas na prontidão para a mudança, particularmente quando envolve o cuidador na abordagem motivacional. Esta constatação é sustentada por Broccoli et al. (2016), que demonstraram que estratégias motivacionais adequadas à fase de desenvolvimento das crianças e adolescentes aumentam a probabilidade de progressão para estágios de ação.

Adicionalmente, Naar et al. (2019) evidenciaram que intervenções baseadas na EM são eficazes em promover o avanço nos estágios de mudança comportamental, mesmo em populações jovens com obesidade, reforçando que os ganhos comportamentais podem anteceder alterações antropométricas.

Estes dados, em consonância com os resultados do presente estudo, reforçam o valor da EM como estratégia promotora de saúde em famílias com crianças com excesso de peso ou obesidade, nomeadamente ao favorecer um maior envolvimento ativo no processo de mudança e a transição para comportamentos salutogénicos.

A evidência científica apoia esta leitura, diversos estudos demonstram que a EM, ao promover um estilo relacional colaborativo e centrado na autonomia, facilita a transição de estágios mais passivos, como a Pré-contemplação, para estágios mais ativos, como a Ação. Tal efeito ocorre através da evocação do “talk de mudança”, da redução da resistência e do reforço da autoeficácia dos indivíduos (Resnicow et al. 2006; DiClemente, 2023; Kao et al., 2023; Magill et al., 2014). Assim, os resultados observados no presente estudo encontram respaldo na literatura e reforçam o potencial da EM enquanto ferramenta promotora de mudanças comportamentais significativas em famílias com crianças em situação de excesso de peso ou obesidade.

Adicionalmente, uma revisão narrativa sobre a EM em contexto pediátrico reporta que estas abordagens são eficazes na promoção da prontidão para a mudança, mesmo em intervenções breves, através da utilização de estratégias de comunicação centradas na escuta ativa e no empowerment dos participantes (Resnicow et al. 2015; DiClemente, 2023).

Os resultados obtidos que demonstram melhorias nos estágios de prontidão para a mudança em ambos os grupos (GE vs GC), embora sem significância estatística individual, e ganhos significativos quando considerada a amostra total, encontram eco em diversos estudos. Por um lado, há evidências de que intervenções baseadas na EM promovem progressão nos estágios de mudança. Por exemplo, Santirso et al. (2020) relataram que a inclusão de componentes motivacionais num programa de intervenção resultou em maior avanço nos estágios de mudança comparativamente a um programa padrão. Este achado corrobora a tendência favorável observada no GE (redução da Pré-contemplação e aumento da Contemplação/Ação), ainda que estatisticamente não significativa. De forma semelhante, outros autores de renome têm associado a EM à mobilização para a mudança comportamental, Miller e Rollnick (2013), pioneiros da EM, defendem que a aliança empática e a exploração da ambivalência impulsionam a motivação intrínseca para mudar. Considerando o conjunto da literatura, a EM tende a facilitar a transição de estágios menos avançados de mudança comportamental, como a pré-contemplação, para estágios mais ativos, o

que está em consonância com o padrão de progressão favorável observado no grupo intervencionado.

Por outro lado, a melhoria modesta observada no GC, que também apresentou decréscimo na Pré-contemplação e aumentos em Contemplação/Ação, sugere a influência de fatores inespecíficos e é coerente com estudos prévios. Importa notar que o GC, no contexto em análise, recebeu aconselhamento básico/standard sobre estilos de vida saudáveis; esse contacto mínimo pode ter tido, por si só, um efeito positivo. A literatura aponta que participar em qualquer forma de intervenção estruturada ou mesmo em avaliações periódicas pode desencadear melhorias comportamentais. Por exemplo, num ensaio controlado aleatorizado sobre prevenção da obesidade infantil, Resnicow et al. (2016) não encontraram diferenças significativas na atividade física moderada vigorosa entre o grupo sujeito à EM e o GC, indicando que ambos os grupos tiveram evoluções similares.

De modo análogo, Nyberg et al. (2016) observaram que uma intervenção motivacional junto de pais de crianças em idade escolar não produziu mudanças significativamente distintas dos cuidados habituais em indicadores como tempo de ecrã ou atividade física, sugerindo benefícios modestos generalizados. Estes dados apoiam a constatação de que ambas as abordagens, apesar de distintas, podem exercer um efeito mobilizador. Ou seja, o simples envolvimento das famílias em sessões de aconselhamento estruturado parece fomentar alguma reflexão e ação em direção à mudança, mesmo na ausência dos componentes específicos da EM.

É especialmente relevante o facto de, na amostra combinada (n=12), se verificarem melhorias estatisticamente significativas nos estágios de Pré-contemplação e Ação. Este resultado aponta para um efeito global positivo da intervenção, independentemente do grupo, alinhando-se com a ideia de que a participação ativa num programa de aconselhamento em si já tem potencial transformador. Autores portugueses também defendem este ponto de vista, Freitas et al. (2023), ao descreverem uma consulta de modificação de estilos de vida em cuidados de saúde primários, sublinham que intervenções realizadas por profissionais treinados, com recurso a técnicas de EM, potenciam a adoção de comportamentos saudáveis, aumentando a taxa de sucesso da mudança comportamental.

Os achados do presente estudo sugerem que a participação em intervenções estruturadas de aconselhamento orientadas para a promoção de estilos de vida saudáveis poderá ter contribuído para os avanços observados nos estágios de mudança comportamental, corroborando a evidência descrita por Lönnberg (2022) e Orhan & Yağmur (2025), que destaca o impacto positivo deste tipo de intervenções no encorajamento de mudanças comportamentais em contextos de CSP.

Importa ainda contextualizar estes resultados no quadro teórico do MTMC. A DGS (2018) reconhece que a adequação das intervenções ao estágio motivacional do indivíduo é crucial, dado que a utilização deste modelo tem demonstrado vantagem na mudança de comportamentos de saúde, inclusive em populações com excesso de peso e obesidade. Prochaska e DiClemente postulam que intervenções bem-sucedidas devem “encontrar” a pessoa no seu estágio atual e ajudá-la a avançar para o seguinte, algo que a EM procura ativamente fazer ao evocar a mudança e reforçar a autoeficácia. Assim, o avanço conjunto observado na amostra, evidenciado pela diminuição de resistências iniciais (fase de Pré-contemplação) e pelo aumento de comportamentos efetivos de mudança, está em consonância com os princípios teóricos e com a evidência empírica reportada por Berkel et al. (2021), que demonstram que o envolvimento das famílias em processos de aconselhamento colaborativo e motivacional favorece, ainda que de forma gradual, a progressão ao longo do continuum de mudança comportamental.

Os resultados obtidos neste estudo são sustentados pela literatura recente, tanto na confirmação de tendências positivas associadas à EM, como na evidência de que intervenções estruturadas de aconselhamento podem, por si só, induzir melhorias modestas na prontidão para a mudança. Santirso et al. (2020), destacam os benefícios específicos da EM no fortalecimento da motivação e do compromisso com o processo de mudança. Paralelamente, Resnicow et al. (2015) evidenciam que abordagens estruturadas de aconselhamento, mesmo quando não baseadas especificamente em EM, podem gerar efeitos positivos quando comparadas à ausência de intervenção. Esta convergência de evidências corrobora e complementa os achados do presente estudo, reforçando a sua validade e pertinência.

Do ponto de vista prático, os presentes achados reforçam a importância de envolver as famílias em programas de aconselhamento sobre estilos de vida, recorrendo quer a estratégias motivacionais, como a EM, quer a abordagens educativas estruturadas, como a CESIJ, no sentido de promover progressos significativos, ainda que graduais, nos estágios de prontidão para a mudança e, potencialmente, nos comportamentos de saúde alvo da intervenção, em consonância com a evidência apresentada por Laroche et al. (2024), que sublinham a eficácia da abordagem motivacional no envolvimento familiar e na facilitação da mudança comportamental sustentada. Os resultados do presente estudo alinham-se ainda com os pressupostos do MTMC, o qual defende que muitos indivíduos em processos de mudança comportamental iniciam-se em estágios precoces, como a Pré-contemplação ou Contemplação, caracterizados por ambivalência ou resistência à mudança (Prochaska et al., 2002; Norcross et al., 2011; Woo & Park, 2020). A progressão eficaz exige intervenções ajustadas ao estágio motivacional do indivíduo, promovendo gradualmente o avanço para os estágios de Preparação e Ação.

A EM, enquanto abordagem fundamentada no MTMC, tem demonstrado utilidade na facilitação desta transição, ao focar-se na resolução da ambivalência e na amplificação da motivação intrínseca (Miller & Rollnick, 2013; Resnicow et al., 2006). Através de estratégias como perguntas abertas, escuta empática e reforço da autoeficácia, a EM promove o chamado “discurso de mudança”, incentivando o próprio indivíduo a expressar razões pessoais para modificar comportamentos (Mental Health & Wellness, n.d.). Assim, os dados deste estudo são coerentes com o corpo teórico que sustenta a EM como catalisadora de progressos nos estágios de prontidão.

Este enquadramento teórico explica porque, no presente estudo, as famílias acompanhadas, especialmente aquelas sujeitas à EM, apresentaram diminuição das pontuações de Pré-contemplação (indicando menor negação/resistência) e aumento em Ação (maior implementação de comportamentos saudáveis), resultados coerentes com o efeito esperado da EM de fomentar um discurso e uma postura pró-mudança.

Importa notar que não se observaram diferenças intergrupos marcantes entre a EM e a CESIJ nos desfechos de estágio, possivelmente devido ao curto intervalo de follow-up considerado. Esta ausência de diferença pronunciada não é totalmente inesperada, pois estudos prévios e meta-análises sugerem que a EM, quando isolada, pode apresentar eficácia semelhante a outras abordagens comportamentais intensivas no curto prazo (Freitas et al., 2023; Burke et al., 2003). Por exemplo, Burke et al. (2003) e Santos (2009), reportaram que a EM tende a ser mais eficaz do que a ausência de intervenção e apresenta níveis de eficácia comparáveis aos de intervenções tradicionais de maior intensidade, em diversos comportamentos de saúde. Além disso, no presente estudo ambos os grupos receberam acompanhamento e apoio, o que por si só pode ter promovido avanços nos estágios de mudança.

De facto, tanto o grupo que participou na intervenção baseada na EM como o grupo submetido à intervenção educativa convencional (CESIJ) evidenciaram progressos, tendo ambos, em média, avançado nos estágios de prontidão para a mudança. Este achado sugere que o acompanhamento em geral teve impacto positivo na motivação das famílias, ainda que a EM não tenha superado significativamente a CESIJ dentro do período avaliado. Estudos com seguimento mais prolongado poderiam revelar diferenças mais claras, dado que a literatura indica que os efeitos da EM tendem a consolidar-se a médio prazo, sobretudo em participantes inicialmente menos preparados para mudar (Miller & Rollnick, 2002; Resnicow et al., 2006; Santos 2009).

Embora Beckman et al. (2006) tenham identificado, na sua revisão sistemática, uma escassez de intervenções que aplicassem explicitamente o MTMC na prevenção e tratamento do excesso de peso e da obesidade infantil, a evidência disponível nas últimas décadas tem vindo a contrariar

essa limitação. De facto, diversos estudos recentes demonstram uma crescente aplicação dos construtos deste modelo em programas dirigidos a crianças e adolescentes, com resultados promissores ao nível da modificação de comportamentos relacionados com a alimentação e a atividade física (Xie et al., 2025).

Adicionalmente, intervenções baseadas em abordagens motivacionais como a EM frequentemente integradas em modelos teóricos de mudança comportamental, têm vindo a ganhar relevância no tratamento do excesso de peso e obesidade pediátrica, evidenciando melhorias nos IMC e nos hábitos de vida saudável (Silva et al., 2023; Zhang et al., 2022). Estes dados sugerem uma evolução significativa no campo, indicando que a aplicação do MTMC e de estratégias motivacionais é atualmente uma tendência em expansão na promoção da saúde infantil.

Segundo Woo & Park, (2020), considerar os estágios motivacionais no tratamento da obesidade pediátrica é inovador e valioso, pois permite adequar as estratégias de intervenção à disposição real da família para alterar comportamentos, o que, segundo o MTMC, é crucial para o sucesso. Assim, o presente estudo contribui para fomentar a literatura, oferecendo evidências iniciais de que intervenções motivacionais podem impactar positivamente os estágios de mudança em contexto de excesso de peso e obesidade infantil.

Evidências recentes indicam que intervenções que reforçam a autoeficácia parental e o suporte social contribuem significativamente para um maior envolvimento das famílias em hábitos de vida saudáveis. Por exemplo, Kieslinger et al. (2021), num estudo com pré-escolares, demonstraram que a autoeficácia parental é um preditor robusto de comportamentos ativos nas crianças e de uma redução do tempo de exposição a ecrãs.

Neste sentido, os relatos espontâneos recolhidos no presente estudo, nos quais os pais expressaram preocupação com o tempo excessivo que os filhos passam em frente aos ecrãs, revelam uma consciência emergente relativamente aos comportamentos sedentários, alinhando-se com os resultados da literatura. Mesmo sem uma monitorização direta, estas perceções parentais sugerem uma predisposição para a mudança e reforçam a relevância de intervenções que promovam o empowerment familiar no processo de adoção de estilos de vida mais saudáveis. Embora o presente estudo tenha incluído apenas uma sessão de intervenção e não tenha incluído monitorização sistemática das práticas parentais, os relatos espontâneos dos cuidadores permitem identificar indícios relevantes de sensibilização em relação à alimentação saudável e à importância da atividade física. Diversos participantes referiram alterações intencionais nos padrões alimentares das crianças, como a introdução de fruta, legumes ou redução de alimentos considerados menos saudáveis, bem como o reconhecimento da necessidade de promover maior

envolvimento em atividades físicas. No entanto, esses mesmos relatos revelam também uma oscilação entre a consciência das recomendações e a sua implementação efetiva, evidenciando barreiras que persistem no quotidiano familiar.

Apesar das limitações metodológicas inerentes a uma intervenção única e à ausência de avaliação comportamental direta, estes dados qualitativos são congruentes com a literatura recente, que aponta para melhorias na autoeficácia parental e alterações positivas nos comportamentos de saúde das crianças após intervenções centradas na família (Albanese et al., 2023).

Neste contexto, os resultados obtidos poderão ser interpretados como indicadores preliminares de mudança cognitiva e motivacional por parte dos pais, sugerindo que mesmo uma exposição breve a estratégias de aconselhamento motivacional pode despertar reflexão crítica e mobilizar predisposição para a adoção de práticas mais saudáveis, ainda que estas não se traduzam de imediato em comportamentos consolidados.

Importa salientar, contudo, que a mobilização da motivação individual e familiar tende a ser mais eficaz quando acompanhada de um contexto relacional e ambiental facilitador. Assim, o envolvimento dos pais observado neste estudo deverá ser compreendido à luz de um quadro mais alargado, no qual o suporte social assume um papel determinante na consolidação das mudanças iniciadas. De facto, revisões sistemáticas indicam que, o apoio proveniente de membros da família, profissionais de saúde e da comunidade escolar está consistentemente associado a melhorias sustentadas nas mudanças comportamentais, nos comportamentos alimentares e de atividade física em contexto familiar (Albanese et al., 2023), reforçando a importância de uma abordagem ecológica e intersectorial no apoio à mudança.

Paralelamente, a influência destes fatores contextuais alinha-se com os pressupostos do MTMC, nomeadamente com os processos envolvidos na transição para os estágios de ação e manutenção. À medida que as famílias progridem ao longo do continuum motivacional, observa-se um fortalecimento da autoeficácia e da perceção dos benefícios da mudança, aspetos que são fundamentais para a consolidação e sustentabilidade dos novos comportamentos (Bandura, 1997; Prochaska et al., 2011).

No presente estudo, observámos melhorias na autoeficácia parental e na adesão a comportamentos saudáveis em ambos os grupos ao longo do acompanhamento. Ainda que não tenham emergido diferenças estatisticamente significativas entre EM e a CESIJ nestes indicadores, a evolução positiva verificada sugere que a abordagem motivacional empregada contribuiu para criar condições psicológicas favoráveis à mudança. Isto alinha-se com o postulado de Teixeira et al. (2012) de que, quando os indivíduos internalizam os objetivos de mudança e se sentem

competentes e autônomos para alcançá-los, é mais provável obter-se uma alteração de comportamento efetiva e duradoura.

A melhoria da autoeficácia, da motivação intrínseca e do apoio percebido observada indica que a intervenção, especialmente com a EM, atuou no sentido de fortalecer os alicerces motivacionais necessários para que as famílias implementem e mantenham hábitos mais saudáveis.

De forma geral, embora as diferenças entre os grupos de intervenção tenham sido modestas, ambos evidenciaram ganhos significativos no que respeita à prontidão para a mudança e à adoção de comportamentos saudáveis. Esta progressão nos estágios de mudança está em consonância com o principal objetivo da EM: promover a mudança comportamental através do reforço da motivação para mudar (Mental Health & Wellness, n.d.).

Os dados sugerem que, no final do processo, as famílias, independentemente de terem participado em sessões de EM ou CESIJ, evidenciavam níveis superiores de motivação e compromisso com estilos de vida saudáveis, em comparação com o momento inicial. Esta evolução positiva pode ser interpretada como um indicador da eficácia da intervenção na ativação do processo motivacional descrito pelo MTMC, que pressupõe uma progressão através de estágios de prontidão para a mudança (Prochaska et al., 2011).

Intervenções de curta duração, quando devidamente estruturadas e orientadas pelas necessidades específicas dos participantes, revelam potencial significativo para promover melhorias na motivação e na autoeficácia, fatores amplamente reconhecidos como determinantes na adoção e manutenção de comportamentos saudáveis (Bandura, 1997; Albanese et al., 2023). Estes componentes motivacionais desempenham um papel central na capacidade das famílias para iniciar e sustentar alterações nos estilos de vida, mesmo no contexto de abordagens breves.

5.3. Implicações para a prática de Enfermagem de Saúde Familiar

Os resultados alcançados sustentam implicações diretas para a prática do EEECAESF, destacando-se a relevância de incorporar estratégias de EM e referenciais de avaliação familiar como o MDAIF, visando uma abordagem mais eficaz na prevenção e controlo do excesso de peso e da obesidade infantil.

Neste enquadramento, os resultados obtidos reforçam a relevância de integrar metodologias centradas na motivação e nos estágios de mudança em programas de prevenção e controlo do excesso de peso e da obesidade infantil. A inclusão de estratégias ajustadas ao nível de prontidão

para a mudança dos participantes parece potenciar efeitos mais consistentes e duradouros, como sustentado pela evidência empírica recente (Kieslinger et al., 2021; Glatz et al., 2023).

Embora os resultados quantitativos do presente estudo não evidenciem uma superioridade estatisticamente significativa da EM face à CESIJ, a análise qualitativa e o enquadramento teórico reforçam a sua relevância enquanto estratégia de intervenção dirigida a famílias com crianças com excesso de peso ou obesidade. A EM demonstrou potencial para promover uma experiência de cuidado mais centrada na família, alicerçada numa relação terapêutica colaborativa. Os registos das consultas no GE revelaram a utilização consistente, por parte do enfermeiro, de estratégias congruentes com os princípios da EM, tais como o planeamento estruturado das sessões, a definição conjunta de objetivos, a escuta ativa, a criação de um ambiente relacional empático e o uso frequente de perguntas abertas e reflexões. Esta abordagem contrastou com a adotada no GC, onde prevaleceu um estilo comunicacional diretivo e informativo, centrado no discurso do profissional.

A evidência empírica observada está em consonância com o contributo teórico de Woo e Park (2020), que salientam que a distinção entre uma abordagem motivacional e um modelo comunicacional diretivo não é meramente técnica ou superficial. De acordo com os autores, a EM favorece níveis mais elevados de satisfação dos utentes e maior adesão às recomendações, precisamente por fomentar o envolvimento ativo na tomada de decisão e por mitigar a perceção de julgamento ou imposição. Assim, os achados qualitativos deste estudo não apenas sustentam os pressupostos teóricos subjacentes à EM, como também ilustram o impacto que a qualidade da interação terapêutica pode ter nos processos de mudança comportamental em saúde.

Dando continuidade a esta linha de análise, importa considerar que a relevância da EM se torna ainda mais evidente quando situada no contexto específico do excesso de peso e da obesidade infantil, condição frequentemente marcada por estigma social, experiências de fracasso prévio e emoções negativas como culpa e vergonha. Neste cenário, a qualidade da interação terapêutica ganha especial importância, reforçando a necessidade de abordagens que privilegiem a escuta empática, a aceitação incondicional e a promoção da autonomia (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2025).

A evidência qualitativa proveniente de estudos recentes, como o de Smith et al. (2023), corrobora esta perspetiva ao demonstrar que os pais valorizam profundamente a experiência de “serem ouvidos sem julgamentos” e “sentirem-se parceiros do profissional de saúde” como elementos facilitadores do seu envolvimento em processos de mudança relacionados com os comportamentos dos filhos. Assim, ao incorporar de forma estruturada estes princípios, a EM assume-se não apenas como uma técnica de intervenção, mas como uma filosofia relacional

promotora de compromisso, continuidade e esperança, particularmente útil em populações vulneráveis que frequentemente se afastam de programas convencionais devido à carga emocional associada ao tema do excesso de peso e da obesidade (Smith et al., 2023; Woo & Park, 2020).

A EM tem vindo a afirmar-se como uma abordagem eficaz na gestão do excesso de peso e da obesidade em crianças e adolescentes, sobretudo quando integrada numa intervenção familiar e multiprofissional. Lutaud et al. (2023), numa revisão sistemática recente, evidenciam que esta intervenção contribui significativamente para a melhoria dos comportamentos de saúde e, em muitos casos, para alterações antropométricas positivas. Resultados semelhantes foram obtidos por Kao et al. (2023), que demonstraram que a EM está associada à redução do consumo de gorduras e de alimentos hipercalóricos, ao aumento da atividade física e à diminuição de comportamentos sedentários.

Estes achados científicos encontram eco nos resultados obtidos no presente estudo, onde se verificou uma evolução favorável dos estágios de mudança comportamental nos participantes que integraram o GE submetido à EM. Ainda que não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões avaliadas, a análise global da amostra revelou uma diminuição significativa no estágio de pré-contemplanção e um aumento significativo no estágio de ação, após a intervenção. Estes dados apontam para um maior envolvimento dos participantes em comportamentos de saúde positivos, em linha com a evidência de que os efeitos comportamentais da EM tendem a surgir em fases precoces da intervenção (Lutaud et al., 2023; Kao et al., 2023).

Para além dos resultados quantitativos, importa destacar diferenças qualitativas na dinâmica comunicacional entre os grupos. No GE, observou-se maior uso de perguntas abertas, escuta ativa e menor tempo de fala do enfermeiro, características alinhadas com os princípios da EM e indicativas de maior fidelidade ao modelo (Miller & Rollnick, 2013). Estas diferenças contrastaram com o GC, onde predominou uma abordagem mais diretiva.

Estes dados sugerem que a qualidade da interação, mais centrada na pessoa e promotora de autonomia, poderá ter contribuído para os avanços observados nos estágios de mudança, nomeadamente a redução da Pré-contemplanção e o aumento do estágio de Ação. A literatura sustenta que uma maior fidelidade à EM e uma aliança terapêutica sólida estão associadas a melhores resultados comportamentais (Madson et al., 2021; Tudela-Valls et al., 2024), reforçando a importância de considerar a dimensão relacional como fator influente na eficácia da intervenção.

Embora o GE se tenha destacado nos resultados globais, a discussão carece de uma análise mais aprofundada sobre as diferenças concretas na dinâmica das sessões entre os dois grupos, um aspeto central para compreender os processos subjacentes à eficácia da EM.

Os resultados indicam que, no GE, predominou o uso de perguntas abertas, a escuta ativa e um menor tempo de fala por parte do enfermeiro, aspetos que facilitam um espaço terapêutico empático e centrado na pessoa. Por contraste, o GC utilizou uma abordagem mais diretiva e monopolizada pelo profissional, o que pode ter limitado a exploração emocional e a participação ativa das famílias.

A literatura recente confirma que estas diferenças qualitativas têm impacto direto nos desfechos das intervenções. A revisão de Moizé et al. (2025) salienta que a adoção de uma comunicação não estigmatizante e centrada no utente fortalece a aliança terapêutica, elemento frequentemente associado à maior adesão e melhores resultados em saúde comportamental. Além disso, uma meta-análise recente demonstrou que intervenções baseadas na EM com verificações de fidelidade, incluindo avaliação dos estilos de comunicação, mostraram efeitos superiores em medidas comportamentais (como redução de consumo de snacks e aumento da atividade física) comparadas a intervenções padrão sem esse controlo (Kao et al., 2023).

Assim, a maior qualidade da interação no GE caracterizada por uma abordagem mais participativa, empática e centrada na pessoa, poderá justificar, em parte, a eficácia observada. Essa distinção não só reforça o valor da EM como método de modulação relacional, mas também evidencia a importância de incluir medidas de fidelidade e análise da aliança terapêutica em estudos futuros, com o objetivo de clarificar os mecanismos que sustentam a mudança comportamental.

Tal como descrito na literatura, também neste estudo se verificou que os efeitos mais marcantes da EM se traduzem, numa fase inicial, em ganhos comportamentais, como maior consciencialização para a mudança, aceitação da intervenção e envolvimento ativo durante a intervenção. A melhoria dos scores nas fases de contemplação e ação entre os participantes do GE reforça a utilidade da EM como catalisadora da mudança, mesmo que os efeitos sobre indicadores antropométricos possam requerer um acompanhamento mais prolongado.

Assim, os resultados desta investigação, embora limitados pelo número reduzido de participantes, alinham-se com a literatura atual, confirmando o potencial da EM como ferramenta promotora de ganhos em saúde e de adesão a comportamentos salutogénicos em contexto familiar e de CSP. As orientações clínicas mais recentes reforçam a pertinência da EM na abordagem do excesso de peso e da obesidade infantil. De acordo com a *guideline* da American Academy of Pediatrics (AAP), publicada em 2023, recomenda-se a utilização da EM como estratégia central para envolver de forma ativa crianças e respetivas famílias no processo terapêutico, promovendo uma adesão

contínua e informada ao tratamento (Nestle, 2023). Esta diretriz assenta numa base científica robusta, demonstrando que a EM contribui para melhorar a qualidade da comunicação clínica e para construir planos terapêuticos alinhados com os valores, objetivos e grau de prontidão da família, fatores reconhecidamente críticos para o sucesso das intervenções nesta área (American Academy of Pediatrics, 2023). Neste enquadramento, a EM é valorizada não apenas como técnica comunicacional, mas como instrumento estruturante do envolvimento familiar e da mudança comportamental sustentada.

No presente estudo, embora não tenham sido identificadas diferenças estatisticamente significativas nos resultados clínicos de curto prazo entre os participantes submetidos à EM e aqueles acompanhados segundo a CESIJ, emergem dados qualitativos relevantes que sustentam a efetividade da EM. Destaca-se, por exemplo, que apenas no grupo intervencionado com EM se registou uma manifestação emocional profunda, choro de um participante, o que poderá refletir o acesso a motivações subjacentes e questões sensíveis relacionadas com o comportamento alimentar. Adicionalmente, todos os participantes deste grupo referiram sentir-se aliviados por poderem abordar abertamente o tema num ambiente caracterizado por aceitação, empatia e escuta ativa.

Estes resultados qualitativos são consistentes com a literatura internacional. Lutaud et al. (2023), numa revisão sistemática, sublinham que a EM cria um espaço terapêutico seguro, facilitador da exploração de ambivalências, da expressão emocional e da ativação de processos internos de mudança. Nesse sentido, os benefícios da EM transcendem os resultados mensuráveis imediatos (como o peso ou o IMC), integrando uma dimensão humanística fundamental: a validação da experiência da família, a redução da culpa e o reforço da sua perceção de autonomia e competência para a mudança.

Neste contexto, torna-se evidente que a EM adquire particular relevância em intervenções em contexto de ESF, onde o propósito não se limita à modificação de indicadores biométricos, mas centra-se no empoderamento das famílias para a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis a longo prazo, sustentados por motivação intrínseca e envolvimento consciente no processo terapêutico (Piwowarczyk et al., 2024; Miller & Rollnick, 2004). Esta perspetiva holística e centrada na família requer que os profissionais de enfermagem reconheçam a complexidade dos contextos familiares e utilizem modelos de intervenção que lhes permitam atuar de forma sensível, estruturada e adaptada às necessidades específicas de cada agregado.

Neste sentido, os resultados obtidos no presente estudo, que evidenciam progressão nos estágios motivacionais das famílias expostas à EM, bem como um maior envolvimento na adoção de comportamentos promotores de saúde podem ser analisados à luz do MDAIF. Este modelo,

proposto por Figueiredo (2012), entende a família como uma unidade dinâmica, sistêmica e em constante adaptação, sendo particularmente eficaz na orientação de intervenções centradas nas necessidades específicas de cada agregado.

Assim, a essência do MDAIF pode ser sintetizada na sua estrutura triádica: avaliação familiar, intervenção familiar e dinamismo da intervenção, a qual permite ao enfermeiro compreender as vulnerabilidades e os recursos familiares, adequando as estratégias à realidade vivida por cada família. Esta organização metodológica, conforme salientado por Figueiredo (2012), constitui o núcleo central do modelo e sustenta a prática clínica em ESF.

Neste estudo, a utilização da EM enquanto abordagem centrada na motivação e na autonomia familiar revelou-se plenamente compatível com os princípios orientadores do MDAIF, promovendo a capacitação parental e facilitando a emergência de mudanças sustentadas no quotidiano. A observação da evolução positiva no GE sugere que intervenções ajustadas ao contexto familiar, respeitando o ritmo e os recursos da família, tal como preconizado por este modelo, potenciam ganhos em saúde significativos. Tal como referem Pinho et al. (2022), a aplicação do MDAIF facilita a identificação de padrões relacionais e comunicacionais que influenciam os comportamentos e o estilo de vida, permitindo ao enfermeiro intervir de forma mais direcionada e eficaz. Assim, os dados do presente estudo reforçam a importância de articular modelos teóricos como o MDAIF à prática clínica, garantindo intervenções mais sensíveis à complexidade familiar e mais propícias à mudança comportamental desejada.

5.4. Limitações do estudo e recomendações para investigação futura

Ao interpretar os achados deste estudo, é fundamental reconhecer diversas limitações metodológicas que podem ter condicionado os resultados obtidos. A principal limitação prende-se com a reduzida dimensão da amostra ($n = 12$), o que implica que cada grupo contou apenas com seis participantes. Este número restrito comprometeu o poder estatístico do estudo, dificultando a deteção de diferenças entre grupos que, em amostras mais alargadas, poderiam alcançar significância estatística. De acordo com Smith et al. (2023), a ausência de cálculos prévios do tamanho amostral pode resultar em estudos subdimensionados, com elevado risco de erro do Tipo II, isto é, a probabilidade de não se detetarem efeitos que, na realidade, existem.

Como referem Kao et al. (2023), estudos com amostras pequenas e curta duração de seguimento são frequentes nesta área, mas comprometem a robustez e a transferibilidade das conclusões. Também Martins et al. (2025) salientam que tamanhos amostrais reduzidos podem explicar a ausência de significância estatística em diversos desfechos relevantes.

Neste sentido, recomenda-se que investigações futuras sejam sustentadas por cálculos rigorosos de tamanho amostral a priori, garantindo um número suficiente de participantes para detectar efeitos clínicos relevantes com poder estatístico adequado ($\geq 80\%$). Tal abordagem permitirá não só validar os padrões observados neste estudo, como também aumentar substancialmente a fiabilidade e a aplicabilidade dos resultados.

Outra limitação importante foi a duração relativamente curta da intervenção e do período de follow-up. A intervenção ocorreu em apenas uma sessão de entrevista e o pós-teste foi realizado até um máximo de 15 dias após a conclusão dessas sessões, sem acompanhamento a longo prazo. Esse delineamento pode não capturar os efeitos plenos de uma intervenção motivacional.

Mudanças de comportamento complexas, levam tempo para se consolidar, assim, um intervalo curto entre pré e pós-avaliação pode subestimar as mudanças efetivas que ocorreriam posteriormente. Além disso, alguns efeitos da EM não são imediatos, por exemplo, pode aumentar a intenção e planeamento da mudança, que só se traduzem em ação concreta semanas ou meses depois.

A evidência disponível reforça que o tempo de acompanhamento é um fator determinante na obtenção de resultados em intervenções dirigidas ao excesso de peso e obesidade infantil. De acordo com Lutaud et al. (2023), intervenções com a EM que incluíram seguimento entre 6 a 12 meses demonstraram melhorias mais evidentes em parâmetros antropométricos, enquanto os efeitos observados a curto prazo se manifestam sobretudo ao nível de comportamentos de saúde. Esta distinção é particularmente relevante para o presente estudo, cujo objetivo primordial não consistia em alcançar uma redução imediata do IMC, mas sim estimular mudanças comportamentais sustentadas que sirvam de base a ganhos clínicos futuros. Assim, os resultados obtidos devem ser interpretados à luz desta intencionalidade, a EM visou mobilizar a motivação intrínseca, aumentar a consciência dos participantes e promover a adesão a estilos de vida mais saudáveis, mudanças que, segundo a literatura, constituem o primeiro passo essencial para posteriores melhorias antropométricas, quando mantidas ao longo do tempo (Lutaud et al., 2023). No estudo de Broccoli et al. (2016), por exemplo, os efeitos da EM ao nível dos comportamentos de saúde tornaram-se mais evidentes apenas após 12 meses de acompanhamento contínuo, o que exigiu múltiplas sessões distribuídas ao longo do tempo. Em contraste, a intervenção aplicada no presente estudo foi de curta duração e sem seguimento prolongado, o que poderá não ter proporcionado tempo suficiente para que as mudanças comportamentais emergentes se consolidassem e se traduzissem em efeitos sustentáveis. Assim, a brevidade da intervenção e a ausência de avaliação a médio prazo constituem limitações importantes, que podem ter condicionado a visibilidade do potencial da EM. Futuras investigações deverão, idealmente, incluir

momentos de avaliação intercalados, por exemplo, aos 6 e 12 meses, de modo a aferir não apenas a iniciação da mudança, mas também a sua manutenção ou progressão ao longo do tempo.

Outra possível limitação do presente estudo relaciona-se com a fidelidade e padronização da intervenção. Embora as sessões tenham sido gravadas e o enfermeiro tenha seguido rigorosamente os guiões para a EM e para a CESIJ, conforme comprovado nos registos qualitativos das consultas, não foi efetuada nenhuma avaliação externa formal dessa fidelidade. Ou seja, apesar de existirem gravações, estas não foram avaliadas por avaliadores independentes com recurso a instrumentos específicos, como a escala *Motivational Interviewing Treatment Integrity* (MITI). Esta ferramenta permite um código estruturado e confiável da aplicação da EM mas, sem a sua utilização, não é possível confirmar objetivamente se os princípios centrais da abordagem foram rigorosamente seguidos por quem conduziu as sessões.

Na literatura, o uso da MITI tem-se revelado essencial para assegurar a validade e a consistência nas intervenções baseadas na EM, mostrando excelentes níveis de fiabilidade inter-avaliador e constituindo-se como padrão metodológico (Kramer Schmidt et al., 2019; Moyers et al., 2016). A ausência dessa metodologia de avaliação formal representa, assim, uma limitação relevante, diminuindo a fiabilidade interna do estudo e inviabilizando a replicabilidade precisa da intervenção.

Nos estudos que recorrem à EM a avaliação da fidelidade da intervenção assume particular importância, na medida em que permite assegurar que o GE beneficiou efetivamente das competências e do espírito próprios da abordagem motivacional, e que o GC não foi inadvertidamente exposto a esses mesmos elementos.

No presente estudo, as intervenções foram conduzidas por um enfermeiro com formação recente em EM, mas ainda sem prática consolidada na sua aplicação. O mesmo profissional foi responsável por realizar tanto as consultas baseadas na EM como as CESIJ, o que poderá constituir uma fonte potencial de contaminação entre grupos, influenciando a distinção entre as abordagens.

Apesar do esforço consciente em manter a distinção entre os dois modelos, seguindo os guiões construídos para o efeito, existe a possibilidade de que, mesmo nas CESIJ, tenham sido empregadas, de forma involuntária, estratégias comunicacionais típicas da EM, como a escuta ativa, a aceitação incondicional ou o reforço da autonomia do utente. Esta sobreposição metodológica pode atenuar as diferenças entre as intervenções, comprometendo a validade interna do estudo.

Esta preocupação metodológica é sustentada pelo estudo de Lutaud et al. (2023), que analisou dois ensaios clínicos com características semelhantes e identificou a necessidade de avaliar sistematicamente as sessões do GC. Através dessa análise, foi possível comprovar que as

intervenções motivacionais apresentavam diferenças significativas de estilo e estrutura em relação às consultas convencionais, assegurando, assim, uma distinção clara e válida entre as intervenções. Este exemplo reforça a importância de implementar mecanismos formais de monitorização da fidelidade, nomeadamente através de avaliação externa independente com recurso a escalas específicas como a MITI, de forma a garantir o rigor e a integridade do desenho metodológico.

No presente estudo, não foi utilizada uma medida objetiva de verificação da fidelidade à intervenção, o que impossibilita assegurar, de forma inequívoca, que os elementos específicos da EM não tenham sido, inadvertidamente, incorporados nas consultas do GC (CESIJ), reduzindo potencialmente as diferenças entre as intervenções.

Dado que todas as sessões foram conduzidas pelo mesmo enfermeiro, é importante considerar a possibilidade de que certas competências comunicacionais, como a escuta ativa, a empatia e a valorização da autonomia, tenham influenciado, ainda que inadvertidamente, o estilo de comunicação adotado em ambas as abordagens. Neste sentido, torna-se plausível que elementos característicos da EM tenham permeado as consultas do GC, comprometendo parcialmente a distinção metodológica entre os dois modelos de intervenção. A realização de ambas as modalidades, pelo mesmo profissional implica, assim, um risco potencial de contaminação entre grupos, sobretudo no que se refere à utilização espontânea de estratégias alinhadas com os princípios da EM, o que poderá ter atenuado as diferenças esperadas nos resultados.

Por outro lado, importa reconhecer que o grau de experiência prática do enfermeiro na aplicação da EM, não estando claramente estabelecido, poderá ter influenciado, positiva ou negativamente, o impacto da intervenção no GE.

A evidência científica demonstra que o desenvolvimento de competências em EM requer treino continuado, prática supervisionada e feedback estruturado (Miller & Rollnick, 2013; Moyers et al., 2016). Assim, é plausível que, durante o período de intervenção, a técnica ainda se encontrasse em fase de consolidação, o que poderá ter limitado a profundidade, consistência e eficácia da abordagem implementada, não permitindo que o GE beneficiasse plenamente do potencial terapêutico atribuído à EM na literatura.

Neste sentido, diversos autores recomendam que as intervenções baseadas em EM sejam realizadas por profissionais com competência validada e sujeitos a processos regulares de supervisão, de forma a garantir a fidelidade ao modelo e a integridade da intervenção (Moyers et al., 2016; Schwalbe et al., 2014). Esta exigência metodológica é particularmente relevante em contextos investigativos, nos quais a consistência da aplicação do modelo é determinante para a validade dos resultados obtidos.

Outro dos aspetos a considerar diz respeito à utilização de medidas de autorrelato na avaliação dos estágios de mudança. Embora estas permitam captar percepções dos pais sobre os comportamentos da família, estão sujeitas a enviesamentos, como o viés de desejabilidade social e a interpretação subjetiva das questões, o que pode comprometer a validade dos dados. É possível que algumas famílias tenham reportado maior prontidão para a mudança no final da intervenção por acreditarem que era o comportamento esperado ou como forma de expressar gratidão, sem que tal refletisse alterações concretas no quotidiano familiar. Esta tendência pode estar associada ao denominado efeito *hello-goodbye*, descrito por Elliott (2002), que consiste na amplificação dos sintomas no início da intervenção e na sobrevalorização das melhorias no final, independentemente da existência de mudanças reais. Embora este fenómeno não tenha sido estudado especificamente no contexto do excesso de peso e da obesidade infantil, estudos recentes apontam para discrepâncias entre os resultados autorrelatados e os dados objetivos em intervenções com intervenção motivacional, sugerindo a presença de enviesamentos de resposta. Borrello et al. (2015), numa revisão sobre o uso da EM no tratamento da obesidade infantil, identificaram casos em que os participantes relataram melhorias que não se refletiram em indicadores clínicos mensuráveis. De forma semelhante, Ramsamy et al. (2024) assinalam, num estudo sobre programas educativos centrados no estigma do peso, que os participantes tendem a relatar mudanças desejadas nas crenças e atitudes, mesmo na ausência de evidência concreta de transformação comportamental.

Apesar do ambiente de empatia, aceitação e escuta ativa promovido pela EM, o viés de resposta inerente ao autorrelato pode, assim, persistir, comprometendo parcialmente a validade dos dados obtidos por esta via (Silva André, 2022).

Face a estas limitações, seria pertinente que investigações futuras recorressem a métodos complementares de avaliação da mudança comportamental que não dependam exclusivamente do autorrelato. Estratégias como a observação direta de comportamentos em contexto familiar, entrevistas semiestruturadas com a família ou a utilização de diários reflexivos preenchidos ao longo da intervenção podem proporcionar uma visão mais aprofundada, autêntica e triangulada das mudanças ocorridas.

Adicionalmente, abordagens participativas como o *photovoice*, em que os participantes registam visualmente aspetos do seu quotidiano relacionados com a saúde, têm demonstrado utilidade na avaliação de intervenções em promoção da saúde (Findholt et al., 2011). Estas abordagens qualitativas, como *photovoice*, diários reflexivos e observação, captam a dimensão subjetiva e relacional do processo de mudança de forma autêntica e contextualizada. O *photovoice*, por

exemplo, incentiva reflexão ativa e produz resultados promissores em adolescentes obesos, evidenciando ligação entre a escolha fotográfica e a motivação para mudança de comportamento.

Revisões longitudinais demonstram que este método permite a obtenção simultânea de dados visuais objetivos e narrativas subjetivas densas e contextualizadas, proporcionando uma compreensão aprofundada dos fenômenos estudados, uma qualidade frequentemente inacessível através de abordagens exclusivamente quantitativas (Woolford et al., 2012).

De igual modo, os diários reflexivos são uma ferramenta relevante para recolher dados em tempo real sobre as experiências dos participantes, permitindo registrar pensamentos e comportamentos de forma contextualizada, com menor influência de viés de memória ou desejabilidade social. De acordo com Akinreni et al. (2024), estes instrumentos geram dados qualitativos ricos, comparáveis aos obtidos por observação direta, sendo especialmente úteis em estudos sobre mudança comportamental, como o presente, por valorizarem a narrativa pessoal e o contexto vivido.

Em suma, as limitações metodológicas identificadas, nomeadamente o reduzido tamanho amostral, a curta duração da intervenção, a ausência de medidas objetivas de avaliação e a possibilidade de variações na fidelidade da implementação, exigiram uma interpretação cautelosa dos resultados obtidos.

A inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos não deve ser entendida, de forma automática, como evidência de equivalência entre as abordagens comparadas. Antes, poderá refletir a insuficiência de evidência empírica gerada no âmbito deste estudo para sustentar conclusões robustas quanto à superioridade ou efetividade relativa das intervenções avaliadas, considerando as limitações inerentes ao desenho e contexto da investigação.

Apesar das limitações identificadas, o presente estudo oferece contributos pertinentes para a prática clínica na abordagem a famílias com crianças em situação de excesso de peso ou obesidade. Os resultados obtidos sublinham a relevância de considerar o nível motivacional e o estágio de prontidão para a mudança no momento da intervenção. A identificação do estágio em que a família se encontra, seja Pré-contemplação (ausência de reconhecimento do problema), Contemplação (ambivalência), Preparação/Ação (início da mudança de comportamentos) ou Manutenção, possibilita ao profissional de saúde ajustar a sua intervenção de forma mais eficaz e centrada na realidade vivida pela família. Por exemplo, famílias em Pré-contemplação poderão beneficiar de estratégias focadas no desenvolvimento da consciência para a mudança, enquanto que famílias em fase de Ação requerem reforço positivo e apoio na superação de barreiras práticas à manutenção de hábitos saudáveis (Woo & Park, 2020).

No presente estudo, a aplicação da EEM constituiu um elemento central na caracterização do estágio motivacional das famílias no momento da intervenção. Esta ferramenta, amplamente reconhecida no âmbito da EM (Resnicow et al., 2006), permitiu identificar com precisão que a maioria dos participantes se encontrava em estágios iniciais do processo de mudança, como a pré-contemplação e a contemplação, o que reforça a pertinência da abordagem utilizada e a necessidade de intervenções ajustadas ao grau de prontidão das famílias.

Na prática clínica, é fundamental que os profissionais de saúde adequem a intervenção ao estágio motivacional da família, em vez de adotarem abordagens uniformes. A auscultação do grau de prontidão para a mudança permite aplicar estratégias motivacionais ajustadas: desde a transmissão de informação nos estágios iniciais, à exploração de ambivalências na fase de Contemplação, até ao apoio comportamental e planeamento nas fases de Preparação e Ação. Esta abordagem centrada no estágio promove maior envolvimento da família e previne sentimentos de frustração ou resistência, frequentemente observados quando as intervenções não correspondem à disposição para a mudança (Lutaud et al., 2023).

Os resultados deste estudo, em consonância com a literatura, evidenciam o valor da EM como componente relevante da prática clínica. Mesmo em contextos com tempo limitado, a integração de estratégias breves, como escuta empática, valorização das preocupações da família e formulação de perguntas abertas, pode fortalecer a aliança terapêutica e facilitar o envolvimento na mudança. A experiência relatada pelas famílias do GE, sujeito à EM sugere que esta abordagem favorece a expressão emocional e reduz a resistência, fatores particularmente relevantes face às elevadas taxas de desistência em programas de tratamento da obesidade infantil, muitas vezes associadas à perceção de julgamento por parte dos profissionais (Woo & Park, 2020).

Para além dos indicadores quantitativos, as manifestações emocionais observadas durante as entrevistas, como o choro, o desconforto verbal e a resistência ativa, oferecem pistas relevantes sobre a vivência subjetiva das famílias perante esta problemática. A presença de emotividade, expressa, por exemplo, pelo choro de um dos participantes do GE, bem como o sentimento de alívio manifestado após abordar a questão, evidenciam a carga emocional frequentemente associada ao tema do peso corporal infantil.

Estudos recentes indicam que a abordagem de tópicos sensíveis, como o excesso de peso e a obesidade em crianças, pode desencadear reações emocionais intensas nos cuidadores, especialmente quando estes experienciam sentimentos de culpa, julgamento social ou insegurança parental (Koivumäki et al., 2025).

A resistência verbal, presente em mais de 80% dos participantes, poderá ser interpretada, à luz do modelo motivacional, como expressão de ambivalência ou defesa, especialmente em fases

iniciais da mudança (Miller & Rollnick, 2013; Xie et al., 2025). Este tipo de resistência não deve ser encarado como oposição, mas como oportunidade relacional para aprofundar a escuta e promover uma comunicação empática.

A evidência sugere que intervenções como a EM, ao adotarem uma postura não julgadora e centrada na pessoa/família, são particularmente eficazes na gestão destas manifestações emocionais, promovendo segurança relacional e abertura (Alsubhi et al., 2022; Bischof, Rumpf, & Meyer, 2021). O facto de todos os participantes referirem alívio por poderem falar abertamente sobre o tema reforça a importância de um enquadramento comunicacional sensível, especialmente quando se abordam questões potencialmente estigmatizantes.

A integração e interpretação sistemática destas expressões emocionais e verbais na análise qualitativa permite aprofundar a compreensão do impacto da intervenção e sustenta a relevância de abordagens que valorizem não apenas os resultados comportamentais, mas também a experiência emocional das famílias.

A formação das equipas de saúde, nomeadamente dos EEECAESF, em EM constitui uma recomendação prática fundamentada na evidência. Diversos estudos têm demonstrado que a sua aplicação estruturada contribui para melhorias significativas nos comportamentos de saúde, na adesão aos programas e nos indicadores clínicos de crianças com excesso de peso ou obesidade (Suire et al., 2020; Kao et al., 2023).

Paralelamente, as orientações clínicas internacionais reconhecem a EM como componente central de intervenções multifacetadas centradas na família (HAMPL et al., 2023), reforçando a necessidade de investir na capacitação e supervisão contínua dos profissionais de saúde nesta abordagem.

Para além dos resultados imediatos, torna-se evidente a necessidade de garantir um acompanhamento contínuo e estruturado, de modo a sustentar os ganhos iniciais promovidos pelas intervenções motivacionais. Estudos recentes demonstram que, na ausência de reforços sistemáticos, os progressos obtidos tendem a regredir ao longo do tempo (Hall et al., 2020; Miller & Rollnick, 2013). Mesmo nos grupos submetidos à EM a manutenção de comportamentos saudáveis requer estímulos regulares, sob pena de ocorrer uma recaída para estágios anteriores de motivação.

Neste sentido, os serviços de saúde devem organizar estratégias de seguimento periódico que combinem diferentes modalidades de contacto, como consultas presenciais, consultas telefónicas e o uso de tecnologias digitais, incluindo serviço de mensagens curtas (SMS) e aplicações móveis, para manter a adesão e a motivação das famílias ao longo do tempo (Fjeldsoe et al., 2021; Partridge et al. 2020).

Sawaengsri et al. (2023) demonstraram, com evidência robusta, que intervenções telefónicas baseadas na EM não só promovem a adesão ao tratamento, como também podem alcançar níveis de eficácia comparáveis às intervenções presenciais.

Adicionalmente, o envio de mensagens motivacionais por SMS, embora isoladamente possa não induzir reduções significativas no IMC, tem-se revelado um recurso útil na promoção da adesão a comportamentos saudáveis, funcionando como reforço positivo e suporte ao processo de mudança (Patrick et al., 2009; Bahreynian et al., 2020).

Para além das intervenções individuais, torna-se igualmente relevante considerar o papel das políticas de saúde e da organização dos cuidados. Neste sentido, os dados reforçam a importância de abordagens familiares e não estigmatizantes na abordagem do excesso de peso e da obesidade infantil (Kaufman, Lynch & Wilkinson, 2020). O envolvimento dos pais ou cuidadores revela-se essencial, tendo sido promovido no presente estudo através da sua inclusão ativa nas consultas e na tomada de decisões. Esta estratégia encontra suporte na revisão sistemática de Aleid et al. (2024), que evidenciam que intervenções familiares conduzem a melhorias significativas no z-score do IMC, na atividade física, na alimentação e na redução do tempo de ecrã em crianças entre os 2 e os 18 anos. Adicionalmente, Kelleher et al. (2023) destacam que, enquanto nas crianças mais novas a presença ativa dos pais durante as sessões é determinante para os resultados, nos adolescentes é mais eficaz uma abordagem que combine suporte parental com promoção da autonomia individual.

Em termos de organização do cuidado, os resultados sublinham a importância das abordagens familiares e livres de estigma, reconhecendo o papel central da família no processo de mudança. O envolvimento dos pais enquanto unidade de intervenção revela-se fundamental, tal como defendido por Herschbach et al. (2025), que constataram que a participação ativa dos cuidadores durante as sessões conduz a melhorias substanciais nos resultados das crianças. Nos adolescentes, por sua vez, o suporte parental em segundo plano mostrou-se igualmente eficaz. Neste enquadramento, a EM surge como uma estratégia particularmente eficaz, ao permitir operacionalizar este envolvimento familiar através de uma comunicação empática, colaborativa e centrada na pessoa, potenciando a adesão e a mudança sustentada.

As limitações e constatações do presente estudo apontam direções relevantes para investigações futuras. Em primeiro lugar, recomenda-se a realização de ensaios clínicos aleatorizados de maior escala, multicêntricos e com amostras representativas de diferentes contextos socioeconómicos, com o objetivo de avaliar de forma mais robusta a eficácia da EM comparativamente à intervenção convencional (CESIJ) em famílias com crianças em situação de excesso de peso ou obesidade. Estudos com tamanho amostral adequado permitirão não só detetar diferenças estatisticamente

significativas em indicadores como o IMC z-score, mas também realizar análises de subgrupos, nomeadamente o impacto da EM em famílias nos estágios iniciais do MTMC, como a Pré-contemplação ou Contemplação (Kao et al., 2023; Tudela-Valls et al. 2024).

Hipotetiza-se que a EM seja particularmente eficaz em indivíduos com baixa prontidão para a mudança, dado que nestes casos as abordagens tradicionais têm demonstrado eficácia limitada. Esta hipótese poderá ser testada através da estratificação por estágio de mudança no momento basal. Além disso, destaca-se a necessidade de estudos com seguimento a longo prazo (6, 12 e idealmente 24 meses), de modo a avaliar a sustentabilidade das mudanças comportamentais. A literatura sugere que, na ausência de reforço, os efeitos iniciais podem não se manter ao longo do tempo (Broccoli et al., 2016). Assim, a inclusão de sessões de reforço após a intervenção inicial poderá constituir uma estratégia promissora para consolidar ganhos e prevenir recaídas.

Adicionalmente, recomenda-se a inclusão de desfechos multidimensionais na avaliação da eficácia da EM indo além das tradicionais medidas antropométricas e dos estágios de mudança. Devem ser contemplados indicadores clínicos e psicossociais, como a qualidade de vida relacionada com a saúde, os níveis de atividade física (preferencialmente medidos objetivamente), a adesão alimentar e parâmetros metabólicos, como a glicemia, o perfil lipídico e a resistência à insulina.

De acordo com Kao et al. (2023), a EM demonstrou efeitos positivos consistentes em comportamentos de estilo de vida, nomeadamente na alimentação e atividade física, mesmo na ausência de alterações significativas no IMC z-score. Fernández-Lázaro et al. (2024) identificaram melhorias na qualidade de vida percebida e em indicadores clínicos, reforçando o valor das intervenções motivacionais mesmo quando os efeitos antropométricos são reduzidos.

Do ponto de vista metodológico, estudos futuros devem assegurar a fidelidade à intervenção da EM, garantindo formação estruturada dos profissionais, utilização de manuais normalizados e avaliação independente das sessões. A evidência demonstra que a verificação da fidelidade, com recurso a instrumentos validados, está associada a melhores resultados comportamentais (Kao et al., 2023; Turner et al., 2022).

Adicionalmente, a combinação da EM com programas educativos ou outras estratégias estruturadas revela potencial para ampliar os efeitos da intervenção, promovendo não só melhorias no IMC z-score, mas também nos hábitos de vida das crianças (Tudela-Valls et al., 2024). A integração de tecnologia, como aplicações móveis, mensagens motivacionais automatizadas ou coaching telefónico, também merece investigação, dado o seu potencial para reforçar a motivação e facilitar a continuidade da intervenção (Johansson et al. 2020; Hagman et al. 2022).

Adicionalmente, há necessidade de explorar intervenções adaptadas ao estágio de mudança das famílias, testando a eficácia de abordagens diferenciadas conforme o grau de prontidão, tal como preconizado pelo MTMC, cuja aplicação em situações de excesso de peso e obesidade infantil ainda é limitada (Xie et al. 2025).

Por fim, a realização de estudos qualitativos revela-se fundamental para aprofundar a compreensão dos mecanismos subjacentes à eficácia da EM. Através de entrevistas com famílias e profissionais de saúde, é possível identificar os componentes mais valorizados da intervenção, bem como as barreiras e facilitadores contextuais à sua implementação.

Ziser et al. (2021) salientam que obstáculos como a falta de tempo, o stress parental e a influência do meio envolvente condicionam a adesão às intervenções, destacando a importância de estratégias que considerem essas dinâmicas familiares. Do ponto de vista dos profissionais, Argelich et al. (2021) referem que a eficácia da EM está fortemente associada à qualidade da relação terapêutica, ao diálogo empático e à formação específica na abordagem motivacional, elementos essenciais para operacionalizar a EM de forma contextualizada e eficaz.

Em síntese, o aprofundamento da investigação nesta área deverá privilegiar a validação da eficácia da EM em contextos diversos, a sua integração com outras estratégias terapêuticas, e a análise dos mecanismos através dos quais promove a mudança. Estes contributos são essenciais para fundamentar a implementação de práticas clínicas baseadas na evidência no combate ao excesso de peso e à obesidade infantil, assegurando intervenções mais eficazes, sustentadas e centradas na família.

6. Conclusão

A investigação desenvolvida possibilitou a validação transcultural da EEM, assegurando a sua adaptação linguística e cultural ao contexto português. Este processo representa, por si só, um contributo relevante, ao disponibilizar à comunidade científica e profissional um instrumento validado para a avaliação da EM em ESF.

A presente investigação contribuiu de forma significativa para o aprofundamento do conhecimento científico sobre a utilização da EM no contexto da ESF, particularmente na abordagem ao excesso de peso e obesidade infantil. Ao aplicar os princípios da EM junto de famílias com crianças/adolescentes, este estudo evidenciou ganhos relevantes em termos de progressão nos estágios de mudança, reforço da motivação intrínseca e maior envolvimento parental no processo de mudança comportamental.

No plano da prática clínica, os resultados obtidos oferecem contributos importantes para a tomada de decisão do EEECAESF, sugerindo que a EM, enquanto estratégia comunicacional centrada na pessoa/família, pode representar um instrumento eficaz e humanizado na promoção da saúde e prevenção do excesso de peso e da obesidade infantil. A sua aplicação permite uma abordagem individualizada e não confrontativa, que respeita o ritmo e as dificuldades de cada família, promovendo a criação de uma aliança terapêutica sustentada e facilitadora do processo de mudança.

Importa, contudo, salientar que, apesar de se terem verificado melhorias ao nível dos indicadores descritivos, nomeadamente nas médias dos estágios de mudança comportamental, evidenciando evolução de estágios de menor para maior prontidão para a mudança, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas que possam ser atribuídas à intervenção em EM.

Para além das implicações na prática clínica, os resultados alcançados têm igualmente relevância a nível organizacional e das políticas de saúde. Este estudo revela-se particularmente pertinente para a formulação de políticas públicas de saúde, ao reforçar a necessidade de integrar intervenções motivacionais nos programas de prevenção do excesso de peso e obesidade infantil implementados nos CSP. Recomenda-se que tais programas considerem a EM como abordagem de primeira linha, nomeadamente em situações em que se verifique baixa prontidão para a mudança, evitando estratégias estigmatizantes e ineficazes que tendem a comprometer a adesão das famílias.

Do ponto de vista metodológico e científico, este trabalho abre espaço para novas linhas de investigação. A complexidade do fenómeno do excesso de peso e obesidade infantil e a diversidade de fatores contextuais que o influenciam justificam a realização de estudos com amostras maiores e mais heterogéneas, que permitam testar a eficácia da EM em diferentes perfis familiares e contextos socioeconómicos. Adicionalmente, impõe-se a necessidade de desenhar ensaios clínicos controlados, multicêntricos e de longa duração, que incluam seguimento prolongado e incorporem sessões de continuidade e de reforço, de modo a avaliar a sustentabilidade dos efeitos da intervenção ao longo do tempo.

Sugere-se ainda a combinação da EM com outras estratégias estruturadas, como programas educativos e tecnologias digitais, bem como a adaptação das intervenções ao estágio de mudança da família, de acordo com o MTMC. A integração de métodos qualitativos será igualmente fundamental para compreender os mecanismos de ação da EM, os fatores que influenciam a adesão e a perceção das famílias e dos profissionais quanto à aplicabilidade desta abordagem no quotidiano dos CSP.

Em suma, os resultados deste estudo sustentam que a EM, quando utilizada de forma sistemática, ética e contextualizada, pode constituir um contributo relevante para práticas de enfermagem mais eficazes, centradas na pessoa e na família, e orientadas para a promoção de ganhos em saúde. Contudo, são necessários mais estudos para consolidar a evidência, garantir a robustez das recomendações e apoiar a implementação alargada de práticas baseadas em evidência no combate ao excesso de peso e à obesidade infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(Artigo Científico)

- Adams, J. (2020). Addressing socioeconomic inequalities in obesity: Democratising access to resources for achieving and maintaining a healthy weight. *PLOS Medicine*, 17(7), e1003243. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003243>
- 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. *Nutrición Hospitalaria*, 40(4), 711–716. <https://doi.org/10.20960/nh.04463>
- Akinreni, T., Reñosa, M. D., Putri, A. Z., Scott, K., & McMahon, S. A. (2024). A methodological review of solicited diaries as a qualitative tool in health research in low- and middle-income countries. *SSM - Qualitative Research in Health*, 6(1), 100492. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100492>
- Albanese, A. M., Russo, G. R., & Geller, P. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child: Care, Health and Development*, 45(3), 333–363. <https://doi.org/10.1111/cch.12661>
- 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), 739. <https://doi.org/10.3390/children11060739>
- Alsubhi, O. et al. (2022): Parental roles in childhood obesity management: A review. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.02.001>
- Amaro, G., Oliveira, G. S., Matias, M. L. C., Magalhães, R. G., Silva, V. V., Scorzoni, L., & Dias, E. N. (2023). Obesidade infantil: Abordagens e desafios na enfermagem. *Ciências da Saúde*, 27(127). <https://doi.org/10.5281/zenodo.8423659>
- American Academy of Pediatrics. (2023). Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 151(2), e2022060640. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640>
- Araújo, A. L. S., Rosatto, F. M. P., Alves, R. C., Pinto, M. F. O., Quintão, B. R., Barbosa, A. L. C., Almeida, G. R., Nascimento, L. F. L., Braz, R. R. D., Braz Júnior, A. L., Araujo, G. S., & Martins, L. A. (2024). O impacto nutricional das práticas parentais na primeira infância. *Nutrição*, 29(140), e102412131949. <https://doi.org/10.69849/revistaft/th102412131949>
- Argelich, G., Prat, M., Rebagliato, M., & Bolumar, F. (2021). Qualitative study on the perspectives of healthcare professionals regarding strategies to prevent childhood obesity in primary care settings. STOP Project Report (Science and Technology in

- childhood Obesity Policy). <https://www.stopchildobesity.eu/wp-content/uploads/2021/09/AN-PED-English-version.pdf>
- Aygun, O., & Topcu, M. (2023). The relationship between parental health literacy levels and anthropometric measurements of children in Turkey. *BMC Pediatrics*, 23, Article 559. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04385-4>
- Bagnato, M., Roy-Gagnon, M.-H., Vanderlee, L., White, C., & Hammond, D. (2023). The impact of fast food marketing on brand preferences and fast food intake of youth aged 10–17 across six countries. *BMC Public Health*, 23, 16158. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16158-w>
- Bahreynian, M., Salehi, M., Khoshhali, M., & Kelishadi, R. (2020). Impact of text message–based intervention for weight control and health-promoting lifestyle behaviors of overweight and obese children. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 108. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_707_19
- Barbosa Filho, V. C., Quadros, T. M. B., Souza, E. A., Gordia, A. P., & Campos, W. (2010). A utilização do critério da Organização Mundial de Saúde para classificação do estado nutricional em crianças. *Motriz: Revista de Educação Física*, 16(4), 811–819. <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p811>
- Bean, M. K., Thornton, L. M., Jeffers, A. J., Gow, R. W., & Mazzeo, S. E. (2019). -exclusive paediatric obesity intervention: randomised controlled trial of NOURISH+MI. *Pediatric Obesity*, 14(4), e12484. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12484>
- Beckman, H., Hawley, S. R., & Bishop, T. (2006). Application of theory-based health behavior change techniques to the prevention of obesity in children. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(4), 266–275. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2006.02.012>
- Berkel, C., Mauricio, A. M., Rudo-Stern, J., Dishion, T. J., & Smith, J. D. (2021). Motivational interviewing and caregiver engagement in the Family Check-Up 4 Health. *Prevention Science*, 22(6), 737–746. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01112-8>
- Bibeau, W. S., Moore, J. B., Caudill, P., & Topp, R. (2008). Case study of a transtheoretical case-management approach to addressing childhood obesity. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(2), 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2007.08.006>
- Bischof, G., Rumpf, H.-J., & Meyer, C. (2021). Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>
- Borrello, M., Pietrabissa, G., Ceccarini, M., Manzoni, G. M., & Castelnovo, G. (2015). Motivational interviewing in childhood obesity treatment: A mini review. *Frontiers in Psychology*, 6, 1732. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01732>
- 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>

- Broccoli, S., Davoli, A. M., Bonvicini, L., Fabbri, A., Ferrari, E., Montagna, D., ...& Caranci, N. (2016). Motivational interviewing to treat overweight children: 2-year follow-up of a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 137(1), e20151979. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1979>
- Budhwani, H., & Naar, S. (2022). Training providers in motivational interviewing to promote behavior change. *Pediatric Clinics of North America*, 69(4), 779–794. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2022.04.008>
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–861. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.843>
- Carcone, A. I., Foster, T. S., & Ellis, D. A. (2020). Towards an integrated model of motivational interviewing in medical care. *Patient Education and Counseling*, 103(3), 597–606. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.015>
- Carvalho, N., Sousa, T. V., Mizdrak, A., Jones, A., Wilson, N., & Blakely, T. (2022). Comparing health gains, costs and cost-effectiveness of 100s of interventions in Australia and New Zealand: An online interactive league table. *Population Health Metrics*, 20, 17. <https://doi.org/10.1186/s12963-022-00294-3>
- Castro, M. A. V. de, Lima, G. C. de, & Belfort, G. P. (2021). Educação alimentar e nutricional no combate à obesidade infantil: Visões do Brasil e do mundo. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição*, 12(2), 167–183. <https://doi.org/10.47320/rasbran.2021.1891>
- Castro, M. M. L. D., & Passos, S. R. L. (2005). Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32(6), 285–295. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000600004>
- Coates, A. E., Hardman, C. A., Halford, J. C. G., Christiansen, P., & Boyland, E. J. (2019). Social media influencer marketing and children's food intake: A randomized trial. *Pediatrics*, 143(4), e20182554. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2554>
- Coelho, H. M., & Pires, A. P. (2014). Relações familiares e comportamento alimentar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 45–52. <https://doi.org/10.1590/S0102-37222014000100006>
- Condessa, L. A., Chaves, O. C., Silva, F. M., Malta, D. C., & Caiaffa, W. T. (2019). Sociocultural factors related to the physical activity in boys and girls: PeNSE 2012. *Revista de Saúde Pública*, 53, Article 25. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000516>
- Cruchinho, C., Coelho, T., Sousa, M., & Mendes, F. (2024). Translation, cross-cultural adaptation, and validation of measurement instruments: A practical guideline for novice researchers. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 2701–2728. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714>
- Dana, L. M., Jongenelis, M., Sapountsis, N., & Pettigrew, S. (2019). Implementation of classroom fruit and vegetable breaks in Western Australian primary schools. WA Cancer Prevention Research Unit (WACPRU), Curtin University.

https://www.crunchandsip.com.au/assets/evaluation/crunchsip-report_final.pdf

Dantas, M. J. P., Figueiredo, M. H. de J., & Guedes, V. (2022). *Intervenções do enfermeiro de família na consulta de vigilância da diabetes*. Revista de Enfermagem Referência, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV21084>

Direção-Geral da Saúde. (2018). Orientações para intervenções no excesso de peso: Recomendações práticas Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, 12(3), 123–135. Disponível em <https://www.dgs.pt/>

Eli, K., Neovius, C., Nordin, K., Erlandsson, L., Nowicka, P., & Ek, A. (2022). Parents' experiences following conversations about their young child's weight in the primary health care setting: A study within the STOP project. BMC Public Health, 22, 1540. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13803-8>

Elliott, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. Psychotherapy Research, 12(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/713869614>

Ellis, D. A., Janisse, H., Naar-King, S., Kolmodin, K., Jen, K.-L. C., Cunningham, P., & Marshall, S. (2010). The effects of multisystemic therapy on family support for weight loss among obese African-American adolescents: Findings from a randomized controlled trial. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 31(6), 461–468. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181e35337>

Encarnação, S., Rodrigues, F., Monteiro, A. M., Gouili, H., Hattabi, S., Sortwell, A., Branquinho, L., Teixeira, J. E., Ferraz, R., Flores, P., Silva-Santos, S., Ribeiro, J., Batista, A., & Forte, P. M. (2023). Obesity status and physical fitness levels in male and female Portuguese adolescents: A two-way multivariate analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(12), 6115. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126115>

Enright, G., Allman-Farinelli, M., & Redfern, J. (2020). Effectiveness of family-based behavior change interventions on obesity-related behavior change in children: A realist synthesis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(11), 4099. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114099>

Epstein, L. H., Wilfley, D. E., Kilanowski, C., Quattrin, T., Cook, S. R., Eneli, I. U., Geller, N., Lew, D., Wallendorf, M., Dore, P., Paluch, R. A., & Schechtman, K. B. (2023). Family-based behavioral treatment for childhood obesity implemented in pediatric primary care: A randomized clinical trial. JAMA, 329(22), 1947–1956. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.8061>

Facina, V. B., Rodriguez, L. M., Blanco, D. C., ... Santos, R. V. (2023). Association between socioeconomic factors, food insecurity and dietary patterns in adolescents. *Nutrients*, 15(20), 4344. <https://doi.org/10.3390/nu15204344>

Faienza, M. F., Chiarito, M., Molina-Molina, E., Shanmugam, H., Lammert, F., Krawczyk, M., D'Amato, G., & Portincasa, P. (2020). Childhood obesity, cardiovascular and liver health: A growing epidemic with age. World Journal of Pediatrics, 16(4), 438–445. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00341-9>

- Faustino-Silva, D. D., Meyer, G. L., Toassi, R. F. C., & Meyer, E. (2018). Entrevista motivacional como uma ferramenta no processo de trabalho do agente comunitário de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 42(4), 579–596. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n4.a2822>
- Fernández-Lázaro, D., Celorrio San Miguel, A. M., Garrosa, E., Fernández-Araque, A. M., Mielgo-Ayuso, J., Roche, E., & Arribalzaga, S. (2024). Evaluation of family-based interventions as a therapeutic tool in the modulation of childhood obesity: A systematic review. *Children*, 11(8), 930. <https://doi.org/10.3390/children11080930>
- Ferreira, A. S., Moraes, J. R. M. M., Góes, F. G. B., Silva, L. F., Broca, P. V., & Duarte, S. C. M. (2019). Ações de enfermagem às crianças com sobrepeso e obesidade na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 20, e33892. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192033892>
- Ferreira, M. M., Oliveira, A. M., Coelho, L., Cotrim, H., Guedes, V., & Figueiredo, M. H. (2021). Ganhos na qualidade alimentar dos lanches escolares das crianças do ensino primário. *Pensar Enfermagem*, 25(1), 4155. https://www.researchgate.net/publication/367594770_Ganhos_na_qualidade_alimentar_dos_lanches_escolares_das_crianças_do_ensino_primario
- Fidjeland, T. G., & Øen, K. G. (2023). Parents' experiences using digital health technologies in paediatric overweight and obesity support: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 410. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010410>
- Figueira, M., Araújo, J., & Gregório, M. J. (2023). Monitoring food marketing directed to Portuguese children broadcasted on television. *Nutrients*, 15(17), 3800. <https://doi.org/10.3390/nu15173800>
- Figueiredo, D. S., Heidemann, I. T. S. B., Fernandes, G. C. M., Arawaka, A. M., Oliveira, L. S. D., & Magagnin, A. B. (2019). Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. *Revista de Enfermagem UFPE On-line*, 13(4), 943–951. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a239123p943-951-2019>
- Filipe, J., Godinho, C. A., & Graça, P. (2016). Intervenções comportamentais de prevenção da obesidade infantil: Estado da arte em Portugal. *Psychology, Community & Health*, 5(2), 170–184. <https://doi.org/10.5964/pch.v5i2.175>
- Findholt, N. E., Michael, Y. L., & Davis, M. M. (2011). Photovoice engages rural youth in childhood obesity prevention. *Public Health Nursing*, 28(2), 186–192. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2010.00895.x>
- Fjeldsoe, B. S., Marshall, A. L., Miller, Y. D., & Duncan, M. J. (2021). Behavior change interventions delivered by mobile telephone short-message service: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(2), e1–e11. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.018>
- Freira, S., Lemos, M. S., Fonseca, H., Williams, G., Ribeiro, M., Pena, F., & Machado, M. do C. (2018). Anthropometric outcomes of a motivational interviewing school-based

- randomized trial involving adolescents with overweight. *European Journal of Pediatrics*, 177(7), 1121–1130. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3158-2>
- Freitas, M., Marinho, J., Nogueira, G., Mendes, F., & Marquês, M. (2023). Consulta de modificação de estilos de vida nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 39(5), 478–487. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i5.13476>
- Gaspar, T., Santo, R., Cerqueira, A., Guedes, F. B., & Cabrita, T. (2024). 5 Cs do funcionamento familiar e sua relação com os estilos parentais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 40, Artigo e40304. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e40304.pt>
- Genovesi, S., Vania, A., Caroli, M., Orlando, A., Lieti, G., Parati, G., & Giussani, M. (2024). *Non-Pharmacological Treatment for Cardiovascular Risk Prevention in Children and Adolescents with Obesity. Nutrients*, 16(15), 2497. <https://doi.org/10.3390/nu16152497>
- Glatz, T., Lippold, M., Chung, G., & Jensen, T. M. (2023). A systematic review of parental self-efficacy among parents of school-age children and adolescents. *Adolescent Research Review*, 9(1), 75–91. <https://doi.org/10.1007/s40894-023-00216-w>
- Gomes, A., Silva, L., Ferreira, M., & Costa, P. (2024). Validation of the Portuguese version of the Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS-PT). *Cancers*, 16(5), 859. <https://doi.org/10.3390/cancers16050859>
- Graça, P., & Gregório, M. J. (2013). A construção do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável–Aspectos conceptuais, linhas estratégicas e desafios iniciais. *Revista Nutricias*, 18, 6–9. Recuperado de https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444936409AConstrucaoDoProgramaNacionalparaaPromocaoDaAlimentacaoSaudavelAspectosConceptuaisLinhasEstrategicaseDesafiosIniciais.RevistaNutricias18_69.pdf
- Hagman, E., Johansson, L., Kollin, C., Marcus, E., Drangel, A., Marcus, L., & Danielsson, P. (2022). Effect of an interactive mobile health support system and daily weight measurements for paediatric obesity treatment: A 1-year pragmatical clinical trial. *International Journal of Obesity*, 46(8), 1527–1533. <https://doi.org/10.1038/s41366-022-01146-8>
- Hall, K. L., Staiano, A. E., & Broyles, S. T. (2020). Strategies for long-term maintenance of weight loss in children and adolescents. *Obesity Reviews*, 21(10), e13041. <https://doi.org/10.1111/obr.13041>
- Hampl, S. E., Hassink, S. G., Skinner, A. C., Armstrong, S. C., Barlow, S. E., Bolling, C. F., Avila Edwards, K. C., Eneli, I., Hamre, R., Joseph, M. M., Lunsford, D., Mendonca, E., Michalsky, M. P., Mirza, N., Ochoa, E. R., Sharifi, M., Staiano, A. E., Weedn, A. E., Flinn, S. K., Lindros, J., & Okechukwu, K. (2023). Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 151(2), e2022060640. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640>

- Helfenstein, F. A., da Hora, L. T., Gonzatto, L. B. P., Gonçalves, E., & Luckmann, L. F. (2024). A influência do comportamento familiar na obesidade infantil. *Revista Contemporânea*, 4(5), 1-30. <https://doi.org/10.56083/RCV4N5-194>
- Henriques, C. M. G., & Santos, E. J. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Herschbach, A., Wels, A., Dieckmann, P., Erschens, R., Junne, F., Eehalt, S., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2025). The role of motivation in weight reduction programs for children and adolescents with overweight or obesity: a systematic review. *Eating and Weight Disorders*, 30, 53. <https://doi.org/10.1007/s40519-025-01763-y>
- Hertis Petek, T., & Marcun Varda, N. (2024). Childhood cardiovascular health, obesity, and some related disorders: Insights into chronic inflammation and oxidative stress. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(17), 9706. <https://doi.org/10.3390/ijms25179706>
- Holmen, H., Flølo, T. N., Tørris, C., Torbjørnsen, A., Almendingen, K., & Riiser, K. (2025). *The role of health literacy in intervention studies targeting children living with overweight or obesity and their parents—a systematic mixed methods review. Frontiers in Pediatrics*. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1507379>
- Janeiro, A. I. C., Malcata, M. M. L. T. C. B., & Ramos, A. L. C. (2022). A influência do marketing alimentar na obesidade infantil: Uma realidade? [https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(2\).563.184-202](https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(2).563.184-202)
- Johansson, L., Hagman, E., & Danielsson, P. (2020). A novel interactive mobile health support system for paediatric obesity treatment: A randomised controlled feasibility trial. *BMC Pediatrics*, 20, Article 447. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02338-9>
- Kao, C. M., Ford, C. A., Flynn, P. M., McCarty, C. A., & Lichtenstein, P. E. (2023). Motivational interviewing for pediatric obesity: A systematic review and meta-analysis. *Childhood Obesity*, 19(2), 101–112. <https://doi.org/10.1089/chi.2022.0112>
- Kao, T. S. A., Ling, J., Hawn, R., Vu, C., & Hawn, R. (2023). Motivational interviewing in pediatric obesity: A meta-analysis of the effects on behavioral outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*. <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. *Children*, 11(9), 1048. <https://doi.org/10.3390/children11091048>
- Kaufman, T. K., Lynch, B. A., & Wilkinson, J. M. (2020). Obesidade infantil: uma abordagem baseada em evidências para aconselhamento e apoio centrados na família. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 1–6. <https://doi.org/10.1177/2150132720926279>
- Kelleher, E., Davoren, M. P., Harrington, J. M., Shiely, F., Perry, I. J., & McHugh, S. M. (2023). Parental involvement in childhood obesity interventions: A realist synthesis. *BMC Public Health*, 23, 451. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15359-7>

- Kieslinger, D., Züchner, L., Krammer, S., & Juen, B. (2021). Parental self-efficacy—A predictor of children's health behaviors? Its impact on children's physical activity and screen media use within a health promotion program. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 712796. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.712796>
- Koivumäki, T., Kääriäinen, M., Tuomikoski, A. M., & Kaunonen, M. (2025). Parent and carer experiences of health care professionals' communications about a child's higher weight: A qualitative systematic review. *JB I Evidence Synthesis*, 23(4), 576–637. <https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00056>
- Kramer Schmidt, L., Andersen, K., Nielsen, A. S., & Moyers, T. B. (2019). Lessons learned from measuring fidelity with the Motivational Interviewing Treatment Integrity code (MITI 4). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 97, 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.11.004>
- Kuwahara, M., & Eum, W. (2022). Effects of childhood nutrition education from school and family on eating habits of Japanese adults. *Nutrients*, 14(12), 2517. <https://doi.org/10.3390/nu14122517>
- Laroche, H. H., Andino, J., O'Shea, A. M. J., Engebretsen, B., Rice, S., & Snetselaar, L. et al. (2024). Family-based motivational interviewing and resource mobilization to prevent obesity: Living Well Together Trial. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 56(9), 631–642. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2024.05.227>
- Lima, D. C., Eskinazi, G. T., & Berger, H. D. G. da S. (2024). Prevenção da obesidade infantil: Uma revisão integrativa das abordagens e seus resultados. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(12), 2508-2520. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n12p2508-2520>
- Lord, S. P., Sheng, E., Imel, Z. E., Baer, J., & Atkins, D. C. (2015). More than reflections: Empathy in motivational interviewing includes language style synchrony between therapist and client. *Behavior Therapy*, 46(3), 296–303. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.11.002>
- Louzada, M. L. C., da Silva, R. M., & Monteiro, C. A. (2023). Consumo de alimentos ultraprocessados e seus efeitos na saúde de crianças: Evidências de um estudo longitudinal. *Jornal de Pediatria*, 99(5), 678–685. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2023.09.006>
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 157–168. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>
- 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), bvag109. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2022.0145>

- Madson, M. B., Schumacher, J. A., & Norwood, C. (2021). Motivational interviewing process and practice fidelity: Advances in theory and measurement. *Current Opinion in Psychology*, 44, 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.015>
- Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A. H., Gordon, R. E., Tonigan, J. S., & Moyers, T. B. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 140–157. <https://doi.org/10.1037/ccp0000250>
- Magill, M., Gaume, J., Apodaca, T. R., Walthers, J., Mastroleo, N. R., Borsari, B., & Longabaugh, R. (2014). The technical hypothesis of motivational interviewing: A meta-analysis of MI's key causal model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 973–983. <https://doi.org/10.1037/a0036833>
- Maia, E. G., Passos, C. M., Granado, F. S., Levy, R. B., & Claro, R. M. (2021). Substituir alimentos ultraprocessados por alimentos frescos para atender as recomendações alimentares: uma questão de custo? *Cadernos de Saúde Pública*, 37(Sup 1), e00107220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00107220>
- Martins, L., Silva, T., & Gouveia, P. (2025). Effectiveness of maternal-centered motivational interviewing in childhood obesity: A pilot study. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2025.06.23.25330164>
- Matthews, J. A., Matthews, S., Faries, M. D., & Wolever, R. Q. (2024). Supporting sustainable health behaviour change: The whole is greater than the sum of its parts. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 8(3), 263–275. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2023.10.002>
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 368–375. <https://doi.org/10.1037/h0090198>
- Mendonça, F. S. S., Silva, J., Alexandre, J., & Haddad, M. C. F. L. (2023). Ações de enfermagem no enfrentamento da obesidade infantil: revisão integrativa. *Revista Científica Saúde Global*, 1(2), e008. <https://doi.org/10.33872/saudeglobal.v1n2.e008>
- Meneguetti, N. F., Poggiali, L. F., Braga, M. C., Amorim, I. A., & Ferreira, A. M. (2023). Revisão integrativa das intervenções para prevenção da obesidade infantil: Perspectivas de sucesso e limitações. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 969–979. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p969-979>
- Mercado, J., Espinosa-Curiel, I. E., & Martínez-Miranda, J. (2023). Embodied conversational agents providing motivational interviewing to improve health-related behaviors: A scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, Article e52097. <https://doi.org/10.2196/52097>
- Michaelson, V., Pilato, K. A., & Davison, C. M. (2021). Family as a health promotion setting: A scoping review of conceptual models of the health-promoting family. *PLoS ONE*, 16(4), e0249707. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249707>

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 299–308. <https://doi.org/10.1891/jcop.18.4.299.64003>
- Miranda, L. S. M. V., Vieira, C. E. N. K., Teixeira, G. A., Silva, M. P. M., Araújo, A. K. C., & Enders, B. C. (2020). Modelo teórico de cuidado do enfermeiro à criança com obesidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20180881. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0881>
- Moizé, V., Graham, Y., Salas, X. R., & Balcells, M. (2025). Motivational interviewing (MI) in obesity care: Cultivating person-centered and supportive clinical conversations to reduce stigma: A narrative review. *Obesity Science & Practice*, 11(1), e70057. <https://doi.org/10.1002/osp4.70057>
- Monteiro, C. A., Conde, W. L., & Popkin, B. M. (2010). Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl 1), 219-226. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700053>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., ... & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Morrison, A. K., Schapira, M. M., Gorelick, M. H., & Hoffmann, R. G. (2022). Impact of parental health literacy on the health outcomes of children with chronic disease: A systematic review. *Academic Pediatrics*, 22(2), 195–203. <https://doi.org/10.1111/jpc.16297>
- Moyers, T. B., Rowell, L. N., Manuel, J. K., Ernst, D., & Houck, J. M. (2016). The Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI 4): Rationale, preliminary reliability and validity. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.001>
- Naar, S., Ellis, D. A., Wayne, M. L., & Templin, T. (2019). Multisystemic therapy improves weight loss and dietary functioning in African-American adolescents with obesity: A randomized controlled trial. *Pediatric Obesity*, 14(1), e12450. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12450>
- Nascimento, E. R. do, Pinheiro, D. F., Kosak, J. M., Rosa, P. A. da, & Schmitt, V. (2023). Hábitos alimentares de crianças: análise da influência parental. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 17(111), 675–686. Recuperado de <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2309>
- Neri, D., Martinez-Steele, E., Monteiro, C. A., Levy, R. B., & Claro, R. M. (2019). Consumption of ultra-processed foods and its association with added sugar content in the diets of US children, NHANES 2009-2014. *Pediatric Obesity*, 14(1), e12563. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12563>
- Neves, A. P. F. (2023). Promoção da literacia em saúde e obesidade infantil: Experiência pedagógica através da entrevista motivacional. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/40361>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- Nutrients, 14(12), 2517. <https://doi.org/10.3390/nu14122517>

- Nyberg, G., Norman, Å., Sundblom, E., Zeebari, Z., & Elinder, L. S. (2016). Effectiveness of a universal parental support programme to promote health behaviours and prevent overweight and obesity in 6-year-old children in disadvantaged areas, the Healthy School Start Study II, a cluster-randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13, 4. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0327-4>
- Oliveira, B. N. C. de, Campos e Vasconcelos, L. de P. N., Machado, N. C. de A. O. P., Araripe, A. L. de A. O., & Oliveira, V. C. de C. A. (2023). Obesidade infantil: Um desafio global em ascensão. *Ciências da Saúde*, 27(126). <https://doi.org/10.5281/zenodo.8370740>
- Oliveira, F. G., & Souza, M. C. (2022). Avaliação da implementação da Estratégia Proteja na prevenção da obesidade infantil no Brasil: Desafios e resultados. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 56, e20221123. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711421>
- Oliveira, R. K. G., Domingos Júnior, I. R., Leal, V. S., Oliveira, J. S., Lira, P. I. C., & Souza, N. P. (2024). Consumo de alimentos in natura e ultraprocessados em adultos: uma análise dos determinantes sociais, metabólicos e de estilo de vida. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 27, e240018. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240018.2>
- Orhan, İ., & Yağmur, Y. (2025). The effect of motivational interviewing on healthy lifestyle behaviors and quality of life in menopausal women: A pilot randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 25, Article 306. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03807-y>
- Partridge, S. R., Raeside, R., Singleton, A., Hyun, K., & Redfern, J. (2020). Effectiveness of text message interventions for weight management in adolescents: systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(5), e15849. <https://doi.org/10.2196/15849>
- Patrick, K., Hekler, E. B., Estrin, D., Mohr, D. C., Riper, H., Crane, D., ... & Riley, W. T. (2016). The pace of technological change: Implications for digital health behavior intervention research. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(2), 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.05.001>
- Patrick, K., Raab, F., Adams, M. A., Dillon, L., Zabinski, M., Rock, C. L., Griswold, W. G., & Norman, G. J. (2009). A text message-based intervention for weight loss: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11(1), e1. <https://doi.org/10.2196/jmir.1100>
- Paucar-Alva, D., Huamán-Tapia, E., Ramos-Peña, C., & Suyo-Vega, J. (2021). Empathy levels in students of a Peruvian public university: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 20, 162. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00773-2>
- Piasetzki, C. T. da R., Boff, E. T. de O., & Battisti, I. D. E. (2020). Influência da família na formação dos hábitos alimentares e estilos de vida na infância. *Revista Contexto & Saúde*, 20(41), 13–24. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.41.13-24>
- Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., & Vilar, A. (2022). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 9–19. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.182>

- Piwowarczyk, A., Nowak, M., Wojciechowska, J., & Duda-Zalewska, A. (2024). The effectiveness of motivational interviewing conducted by nurses in the treatment of overweight and obesity: A systematic review. *Healthcare*, 12(17), Article 1700. <https://doi.org/10.3390/healthcare12171700>
- Pollak, K. I., Nagy, P., Bigger, J. T., Bilheimer, A., Gao, X., Lyna, P., Bodner, M. E., & Østbye, T. (2015). Effect of teaching motivational interviewing via communication coaching on clinician and patient satisfaction in primary care and pediatric obesity-focused offices. *Patient Education and Counseling*, 98(12), 1520–1525. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.013>
- 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>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2011). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 97–121). Jossey-Bass. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284801009_The_transtheoretical_model_and_stage_of_change_In_Health_behavior_and_health_education
- Putter, K. C., Jackson, B., Thornton, A. L., Willis, C. E., Goh, K. M. B., Beauchamp, M. R., Benjanuvatra, N., Dimmock, J. A., & Budden, T. (2022). Perceptions of a family-based lifestyle intervention for children with overweight and obesity: A qualitative study on sustainability, self-regulation, and program optimization. *BMC Public Health*, 22(1), 1534. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13956-6>
- Quilis, A. B., Chagas, D. M., Abaker Bertipaglia, L. M., & Peruca de Melo, G. M. (2024). Análise da obesidade infantil: Cenário atual, políticas públicas, tratamentos e controle. In *Challenges and Research in Health Sciences: A Multidisciplinary Approach*. <https://doi.org/10.56238/sevened2024.012-057>
- Ramsamy, G., Esnard, C., Mosbah, H., Soussi Berjonval, D., Faure, J. P., & Albouy, M. (2024). Effect of a patient education program focused on weight stigma on quality of life and self-efficacy in people living with obesity: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychology*, 12, 734. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02274-8>
- Raynor, H. A., Epstein, L. H., Paluch, R. A., & Temple, J. L. (2023). Family-based behavioral treatment of childhood obesity: Evidence for effective intervention components from randomized controlled trials. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(sup1), S128–S143. <https://doi.org/10.1080/15374416.2023.2251164>

- Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 13(2), 21–33. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/267205556_Power_Comparisons_of_Shapiro-Wilk_Kolmogorov-Smirnov_Lilliefors_and_Anderson-Darling_Tests
- Reinauer, C., Platzbecker, A. L., Viernann, R., Domhardt, M., Baumeister, M., ... Meißner, T. (2021). Efficacy of motivational interviewing to improve utilization of mental health services among youths with chronic medical conditions: A cluster randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 4(10), e2127622. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.27622>
- Resnicow, K., Davis, R., & Rollnick, S. (2006). Motivational interviewing for pediatric obesity: Conceptual issues and evidence review. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(12), 2024–2033. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.09.015>
- Resnicow, K., Delacroix, E., Sonnevile, K. R., Lebow, J., Stevens, M. W., & Ozer, E. M. (2024). Outcome of BMI²¹: Motivational interviewing to reduce BMI through primary care AAP PROS practices. *Pediatrics*, 153(2), e2023062462. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-062462>
- Resnicow, K., McMaster, F., Bocian, A., Lewin, L., Jones, L., Sikkema, K. J., Bauck, A., Campbell, M., Wang, T., & Dumitru, A. (2015). Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: An RCT. *Pediatrics*, 135(5), 649–657. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1880>
- Ribeiro, D., Melo, A., Choupina, A. R., Pinto, M., & Figueiredo, M. H. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade: estudo de caso. *Pensar Enfermagem*, 25(1), 19–30. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i1.178>
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325–334. <https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>
- Santirso, F. A., Gilchrist, G., Lila, M., & Gracia, E. (2020). Motivational strategies in interventions for intimate partner violence offenders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosocial Intervention*, 29(3), 175–190. <https://doi.org/10.5093/pi2020a13>
- Santos, O. (2009, maio–junho). Entrevista motivacional na prevenção e tratamento da obesidade. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 3(3), 109–115. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/258225768_Entrevista_motivacional_na_prevencao_e_tratamento_da_obesidade
- Santos, R. de A. (2023). Fatores associados à obesidade infantil no Brasil e no mundo: Uma revisão sistemática. *Ciências da Saúde, Nutrição*, 27(125). <https://doi.org/10.5281/zenodo.8206310>

- Sawaengsri, N., Maneesriwongul, W., Schorr, E. N., & Wangpitipanit, S. (2023). Effects of telephone-based brief motivational interviewing on self-management, medication adherence, and glycemic control in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus in a rural community in Thailand. *Patient Preference and Adherence*, 17, 2085–2096. <https://doi.org/10.2147/PPA.S418514>
- Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2020). Prática baseada em evidências e a análise sociocultural na atenção primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2), e300232. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300232>
- Schwalbe, C. S., Oh, H. Y., & Zweben, A. (2014). Sustaining motivational interviewing: A meta-analysis of training studies. *Addiction*, 109(8), 1287–1294. <https://doi.org/10.1111/add.12558>
- Silva André, W. D. S. (2022). Validação do instrumento de autorrelato para avaliação do estigma relacionado ao excesso de peso e à obesidade em adolescentes brasileirosUFJF. <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/13468/1/wedsleydossantossilvaandre.pdf>
- Silva, A. S., Ferreira, N. G., Jardimino, D. S., Nascimento, L. A., & Sabino, L. M. M. (2022). Aplicação de entrevista motivacional no âmbito da saúde: Revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(40), e-021317. <https://doi.org/10.31011/read-2022-v.96-n.40-art.1452>
- Silva, C. O., et al. (2023). Intervenções não farmacológicas no manejo da obesidade infantil: uma overview. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 27(1), 50-56. <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/download/9394/4576>
- Silva, J. R., & Santos, M. T. (2021). Os fatores de risco envolvidos na obesidade no adolescente: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(Supl. 3), 4871–4884. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.30852019>
- Silva, L. P., Moura-Ferreira, M. C., Silva, L. R., Silva, L. P., Junqueira, M. A. B., Arruda, P. S. M., & Barbosa, R. M. (2023). Gerenciamento da obesidade infantil pela equipe de saúde da família: Uma revisão narrativa. *Ciências da Saúde, Saúde Coletiva*, 27(126). <https://doi.org/10.5281/zenodo.8317543>
- Smith, J. A., Thomas, K., & O'Brien, R. (2023). Sample size and power issues in obesity prevention trials: A meta-methodological review. *Obesity Reviews*, 24(5), e13736. <https://doi.org/10.1111/obr.13736>
- Suire, K. B., Kavookjian, J., & Wadsworth, D. D. (2020). Motivational interviewing for overweight children: A systematic review. *Pediatrics*, 146(5), e20200193. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0193>
- Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C., Herrero, M., Hovmand, P. S., Howden, M., ... Dietz, W. H. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The

- Lancet Commission report. *The Lancet*, 393(10173), 791-846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
- Tudela-Valls, C., Alcazar, M., Escribano, J., & Obemat2.0 Study Group. (2024). Impact of motivational interviewing for childhood obesity treatment: The Obemat2. 0 randomized clinical trial. *Pediatric Obesity*, 19, e13125. <https://doi.org/10.1111/ijpo.13125>
- Turner, K. M., Tappin, D. M., & O'Carroll, R. E. (2022). Fidelity of motivational interviewing in health behaviour change interventions: A systematic review and meta-analysis using the MITI. *Patient Education and Counseling*, 105(1), 10–22. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.06.015>
- Ueda, M. H., Porto, R. B., & Vasconcelos, L. A. (2014). Publicidade de alimentos e escolhas alimentares de crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 67–74. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100007>
- Valente, N., Forte, P., Teixeira, J. E., Afonso, P., Ferreira, S., Marinho, D. A., Duarte Mendes, P., Ferraz, R., & Branquinho, L. (2024). Tracking the prevalence of obesity in Portuguese school-aged children: What future to expect? *Children*, 11(8), 976. <https://doi.org/10.3390/children11080976>
- Vareta, D., Barbosa, R., & Brito, T. (2025). Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese Person-Centered Practice Inventory – Care (PCPI-C). *PLOS ONE*, 20(1), e0324286. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324286>
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis in Health and Disease*, 38(5–6), 216–233. Recuperado de <https://web.uri.edu/cprc/transtheoretical-model/detailed-overview/>
- Verjans-Janssen, S., Van Kann, D., Kremers, S., Vos, S., Jansen, M., & Gerards, S. (2019). A cross-sectional study on the relationship between family nutrition climate and children's nutritional behavior. *Nutrients*, 11(10), 2344. <https://doi.org/10.3390/nu11102344>
- Wang, Y., Borrello, M., et al. (2023). Motivational interviewing in paediatric obesity: A meta-analysis of effects moderated by maternal education. *Obesity Reviews*, 24(3), e13450. <https://doi.org/10.1111/obr.13450>
- Warwick, S. (2023). Health promotion in primary care. *Journal of Primary Health Care*, 15(1), 10–15. <https://doi.org/10.1177/17557380221133858>
- Wills-Ibarra, N., Chemtob, K., Hart, H., Frati, F., Pratt, K. J., Ball, G. D. C., & Van Hulst, A. (2024). Family systems approaches in pediatric obesity management: A scoping review. *BMC Pediatrics*, 24, 235. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04646-w>
- Woo Baidal, J. A., Price, S. N., Gonzalez-Suarez, E., Gillman, M. W., Mitchell, K., Rifas-Shiman, S. L., Horan, C. M., Gortmaker, S. L., & Taveras, E. M. (2013). Parental perceptions of a motivational interviewing-based pediatric obesity prevention intervention. *Clinical Pediatrics*, 52(6), 540–548. <https://doi.org/10.1177/0009922813483170>

- Woo, S., & Park, K. H. (2020). Motivating children and adolescents in obesity treatment. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 29(4), 260–269. <https://doi.org/10.7570/jomes20026>
- Woolford, S. J., Khan, S., Barr, K. L., Clark, S. J., Strecher, V. J., & Resnicow, K. (2012). Uma imagem pode valer mais que mil textos: Perspectivas de adolescentes obesos sobre uma atividade modificada dephotovoiceChildhood Obesity, 8(3), 230–236. <https://doi.org/10.1089/chi.2011.0095>
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wu, L., Sun, S., He, Y., Jiang, B., & Wang, J. (2021). The effectiveness of screen time reduction interventions on children's health: A systematic review and meta-analysis. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01189-6>
- Xie, C., Zhang, Z., Zhang, X., Li, Y., Shi, P., & Wang, S. (2025). Effects of interventions on physical activity behavior change in children and adolescents based on a trans-theoretical model: A systematic review. *BMC Public Health*, 25(1), 657. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21336-z>
- Yazici, B., & Yolacan, S. (2007). A comparison of various tests of normality. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 77(2), 175–183. <https://doi.org/10.1080/10629360600678310>
- Yoshida, E. M. P., Primi, R., & Pace, R. (2003). Validade da escala de estágios de mudança. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 20(3), 7–21. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/jbFpN8rC86qQD7BmCBRqyMR/>
- Zanatta, L. B., Heinzmann-Filho, J. P., Vendrusculo, F. M., Campos, N. E., Oliveira, M. S., Feoli, A. M., Gustavo, A. S., & Donadio, M. V. F. (2020). Efeito de intervenção interdisciplinar com abordagem motivacional na capacidade de exercício em adolescentes obesos: ensaio clínico controlado randomizado. *einstein (São Paulo)*, 18, eAO5268. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5268
- Zhang, L., Wu, Q., & Liu, H. (2022). Digital behavior change interventions based on motivational interviewing for adolescents with obesity: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 47(5), 412–428. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac034>
- Zhang, X., Liu, J., Ni, Y., Yi, C., Fang, Y., ... Li, Z. (2024). Global prevalence of overweight and obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 178(8), 800–813. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.1576>
- Zilcha-Mano, S., & Webb, C. A. (2020). Therapeutic alliance as a predictor and moderator of outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 57(4), 496–507. <https://doi.org/10.1037/pst0000286>
- Ziser, K., Waldherr, K., Haider, D., Karwautz, A., & Wabitsch, M. (2021). “We don’t have time for that”: Barriers to parental involvement in childhood obesity prevention from the

parent's perspective. *Frontiers in Psychology*, 12, 631678.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.631678>

(Capítulo de livro)

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.

Chora, M. A. F. C., & Arosa, C. (2021). Obesidade infantil: Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. In A. K. S. Barbosa (Ed.), *Alimentação, nutrição e cultura* (pp. xx–xx). Atena Editora.
<https://doi.org/10.22533/at.ed.1162118112>

DiClemente, C. C. (2023). *Substance use disorders and stages of change: Readiness and motivation for treatment* (3rd ed.). Guilford Press.

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2002). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed., pp. 99–120). Jossey-Bass.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

(Comunicação em conferência)

Organização Mundial da Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Recuperado de <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

(Teses, dissertações e outras provas académicas)

Jungerman, F. S., & Laranjeira, R. (2013). Entrevista motivacional: Bases teóricas e práticas. UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas, UNIFESP.
<https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Entrevista-motivacional.pdf>

Lönnberg, L. (2022). Lifestyle counselling in primary health care for patients with high cardiovascular risk: Aspects of a 1-year structured lifestyle programme promoting healthier lifestyle habits to reduce future risk of cardiovascular disease <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1657438/FULLTEXT01.pdf>

Teixeira, S. R. L., & Borba, T. K. F. (2022). Causas e consequências da obesidade infantil: uma revisão da literatura <https://www.grupounibra.com/repositorio/NUTRI/2022/causas-e-consequencias-da-obesidade-infantil-uma-revisao-da-literatura54.pdf>

(Documentos legislativos e judiciais)

- Assembleia da República. (2019, 23 de abril). *Lei n.º 30/2019: Introduz restrições à publicidade dirigida a menores de 16 anos de géneros alimentícios e bebidas que contenham elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e transformados*. Diário da República, 1.ª série — n.º 79, 2257–2258. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/30-2019-122151046>
- Comissão Nacional de Proteção de Dados. (2015). Deliberação n.º 1704/2015: Autorização genérica para o tratamento de dados pessoais no âmbito da investigação clínica. https://www.cnpd.pt/media/grhpa2y4/del_1704_2015_investclinica.pdf
- Commonwealth of Australia. (2022). National Obesity Strategy 2022–2032. Health Ministers' Meeting. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-obesity-strategy-2022-2032>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Relatório do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2020. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2020/11/Relato%CC%81rio-PNPAS-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde sustentável de tod@s para tod@s. Direção-Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2024, 5 de julho). Avaliação das restrições à publicidade de alimentos não saudáveis. Nutrimento. <https://nutrimento.pt/noticias/avaliacao-restricoes-publicidade-alimentos/>
- Freitas, M. G., Quitério, M. F., Garcia, A. C., & Felício, M. M. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde sustentável – de todos para todos. Direção-Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. *Shei*Diário da República, Série II, n.º 135, 19354-19359. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunitaria-e-de-saude-publica.pdf>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2025). Contributos dos psicólogos e psicólogas para a prevenção e gestão da obesidade clínica e pré-clínica. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Recuperado de https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/cc__prevencao_gestao_obesidade_clinica_e_preclinica_-3.pdf
- Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. (2016). Regulamento (UE) 2016/791 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de maio de 2016, que altera os Regulamentos (UE) n.º 1308/2013 e (UE) n.º 1306/2013 no que respeita ao regime de ajuda à distribuição de fruta e produtos hortícolas, bananas e leite nos estabelecimentos de ensino. Jornal Oficial da União Europeia, L 135, 1–8. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0791>

- Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. (2016). Regulamento (UE) 2016/679 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). Jornal Oficial da União Europeia, L 119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>
- República Portuguesa. (2019). Lei n.º 30/2019, de 29 de agosto. Diário da República, I Série, n.º 209, 1–30. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/04/07900/0225702258.pdf>
- Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M. C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T. S., Dinis, A., & Rascôa, C. L. (2023). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/9772>
- World Health Organization. (2016). Ending childhood obesity: Implementation of the Commission on Ending Childhood Obesity. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204176>
- World Obesity Federation. (2024). World Obesity Atlas 2024. World Obesity Federation. WOF-Obesity-Atlas-v7.pdf. <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-v7.pdf>
- (Site web)
- Mental Health & Wellness. (n.d.). Using motivational interviewing to boost client confidence and self-efficacy. Mental Health & Wellness. <https://www.mentalhealthwellnessmhw.com/blog/using-motivational-interviewing-to-boost-client-confidence-and-self-efficacy>
- Nestle, M. (2023, fevereiro). Do we need drugs and surgery to treat childhood obesity? Surely intensive health behavior and lifestyle treatment is more effective with greater contact hours. Food Politics. Recuperado de <https://www.foodpolitics.com/2023/02/25809/>
- World Health Organization. (2025, May 7). *Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity>

ANEXOS

ANEXO I: GUIÃO DA CESIJ

Guião da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

Aplicação: Ao pai/mãe, díade parental ou outro familiar, doravante designada por familiares de criança/adolescentes participantes do grupo de controlo.

Contexto: Intervenção com familiares de criança/adolescentes com excesso de peso ou obesidade. A consulta é agendada conforme a disponibilidade da família, sendo que a criança/adolescente não estará presente na consulta.

Os objetivos são:

- Informar e capacitar os familiares para apoiar estilos de vida saudáveis;
- Promover comportamentos e ambientes familiares saudáveis;
- Apoiar os familiares na promoção da saúde e bem-estar dos seus filhos.

Guião da Consulta dos 10 anos

Etapa	Descrição	Questões sugeridas
Introdução: Manter abordagem acolhedora e explicativa	- Cumprimento/acolhimento dos familiares. - Explicação do objetivo da consulta com foco no acompanhamento da saúde do filho e esclarecimento de dúvidas.	- "Bom dia, como têm estado? O que têm observado sobre a saúde e bem-estar do(a) [nome da criança/adolescente]?" - "Hoje vamos conversar sobre a saúde e o desenvolvimento do(a) [nome da criança/adolescente], e vou ajudá-los a compreender como podem contribuir para o crescimento saudável dele(a)."
Avaliação geral	- Recolha de história clínica e familiar (<i>antecedentes pessoais e familiares</i>): Doenças agudas/crónicas, alergias, internamentos.	- "Existem doenças agudas ou crónicas na vossa família que sejam relevantes mencionar?" - "Há alguma preocupação de saúde que tenham notado recentemente no(a) [nome da criança/adolescente]?"
	- Explorar hábitos alimentares com perguntas sobre o padrão alimentar e preferências. - Avaliar a qualidade da alimentação: Ingestão de pequeno-almoço diário; -	- "Como tem sido a alimentação do(a) [nome da criança/adolescente]?" - "Ela/ele tem um padrão alimentar equilibrado?"

Etapa	Descrição	Questões sugeridas
	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).	- "Há ingestão suficiente de frutas, vegetais e alimentos ricos em cálcio?" - "Qual a frequência de consumo de alimentos processados ou bebidas açucaradas?"
	- Verificação do estado vacinal (vacinação dos 10 anos).	-----
	- Higiene do sono (Horário de deitar e acordar (garantir 9 a 11 horas de sono); Qualidade do sono (problemas em adormecer, despertares noturnos, sonolência diurna).	- "O(a) [nome da criança/adolescente] tem tido uma boa rotina de sono? Dorme entre 9 a 11 horas por noite?" - "Há problemas para adormecer ou acorda durante a noite?"
	- Higiene corporal e higiene oral	- "O(a) [nome da criança/adolescente] tem seguido uma rotina regular de higiene pessoal?" - "Ele/ela lava os dentes frequentemente? Com que tipo de pasta de dentes?" - Com que regularidade vai ao dentista?"
	- Avaliação de hábitos e rotinas (atividade física). - Incentivar atividades ao ar livre.	- "A criança/adolescente realiza atividades físicas regularmente? Quais? Qual a frequência?" - "Incentiva-a a praticar atividades ao ar livre?"

Etapa	Descrição	Questões sugeridas
	- Uso de dispositivos eletrónicos.	- "Qual é o tempo médio diário de exposição a ecrãs (televisão, tablet, telemóvel)?"
	- Avaliar o desempenho escolar; - Identificar dificuldades de aprendizagem ou comportamentais; - Avaliar a relação com colegas e professores despistando sinais de stress e ansiedade;	- "Como tem sido o desempenho escolar do(a) [nome da criança/adolescente]?" - "Há alguma dificuldade de aprendizagem ou comportamento que tenha notado?"
	- Explorar a interação familiar: questionar sobre o ambiente familiar e a relação com os membros da família.	- "Como está a dinâmica familiar? Há alguma situação que deva ser discutida para melhorar a interação familiar?"
	- Abordar questões básicas de segurança: casa; rodoviária (atravessar a rua, uso de cinto de segurança) e na comunidade.	"Quais as práticas de segurança que o(a) [nome da criança/adolescente] segue em casa e fora de casa?" "Há alguma preocupação sobre a segurança do(a) [nome da criança/adolescente], em casa ou na escola?"
Educação e Orientação	- Promoção de hábitos saudáveis com forte envolvimento dos familiares (alimentação equilibrada, atividade física, gestão do tempo de ecrã). - Orientações básicas sobre higiene do sono e rotinas consistentes.	"Como podem promover uma alimentação mais equilibrada em casa?" - Quais estratégias podem adotar para garantir que o(a) [nome da criança/adolescente] se mantenha ativo(a) fisicamente?" - "Que medidas podem ser tomadas para garantir que o(a) [nome da criança/adolescente] tenha uma boa qualidade de sono, como ajustar a rotina de

Etapa	Descrição	Questões sugeridas
		desligar dispositivos antes de dormir?" "Como podem apoiar o desempenho escolar e o bem-estar emocional do(a) [nome da criança/adolescente]?" - Existem questões de ansiedade ou stress relacionados com a escola?"
Encerramento	- Reforço positivo aos familiares da criança/adolescente sobre os progressos observados. - Esclarecer de dúvidas. - Apresentar orientações ou recomendações específicas. - Planear a próxima consulta. - Despedir com incentivo à continuidade do acompanhamento.	"Alguma dúvida ou questão que gostariam de discutir mais detalhadamente sobre a saúde do(a) [nome da criança/adolescente]?" "Agradeço pela vossa presença e disponibilidade. Recomendo que continuem a acompanhar de perto o desenvolvimento de [nome da criança/adolescente] e a aplicar as orientações discutidas e encontro-me disponível para o que considerarem estar ao meu alcance."

Guião de consulta dos 12 – 13 anos

Etapas	Descrição	Questões sugeridas
Introdução: Manter abordagem acolhedora e explicativa	- Cumprimento/acolhimento dos pais. - Explicação do objetivo da consulta com foco no desenvolvimento pubertário.	- "Bom dia, como têm estado? Como têm observado o desenvolvimento do(a) [nome da criança/adolescente]?" - "Hoje vamos conversar sobre a saúde e o desenvolvimento do(a) [nome da criança/adolescente], abordando os aspetos físicos, emocionais e comportamentais."
Avaliação geral	- Recolha de história clínica e familiar (<i>antecedentes pessoais e familiares</i>): Doenças agudas/crónicas, alergias, internamentos.	- "Existem doenças agudas ou crónicas na vossa família que sejam relevantes mencionar?" - "Notaram algum desconforto ou alteração recente na saúde de [nome da criança/adolescente/adolescente]?"
	- Explorar hábitos alimentares com perguntas sobre o padrão alimentar e preferências. Avaliar a qualidade da alimentação. - Promover hábitos saudáveis com foco na autonomia do adolescente (alimentação equilibrada). - Explorar a relação do adolescente com a alimentação e a imagem corporal. - Consumo de alimentos processados, com açúcares adicionados e refrigerantes; Hidratação adequada (água).	- "Como tem sido a alimentação do(a) [nome da criança/adolescente]? Ele/ela está a manter uma alimentação equilibrada?" - "Há ingestão suficiente de frutas, vegetais, alimentos ricos em cálcio?" - "Como é o consumo de alimentos processados e bebidas açucaradas em casa?"

Etapa	Descrição	Questões sugeridas
	- Verificação do cumprimento do estado vacinal.	-----
	- Higiene do sono (Horário de deitar e acordar (garantir 9 a 11 horas de sono); qualidade do sono (problemas em adormecer, despertares noturnos, sonolência diurna).	- "O(a) [nome da criança/adolescente] tem mantido uma rotina adequada de sono, entre 9 a 11 horas por noite?" - "Há dificuldades para adormecer ou acorda durante a noite?"
	- Higiene corporal e higiene oral	- "O(a) [nome da criança/adolescente] tem seguido uma rotina regular de higiene pessoal e cuidados orais?" - "Ele/ela tem escovado os dentes com a frequência necessária? Utiliza pasta de dentes apropriada?"
	- Avaliação de hábitos e rotinas (atividade física). - Incentivar atividades ao ar livre.	- "O(a) [nome da criança/adolescente] pratica regularmente atividades físicas? Quais atividades?" - "Estão a incentivar a prática de desporto ou outras atividades ao ar livre?"
	- Uso de dispositivos eletrónicos/ uso de redes sociais.	- "Qual é o tempo médio diário que [nome da criança/adolescente] passa em dispositivos eletrónicos? Tem usado redes sociais?" - "Há controlo sobre o tempo gasto com dispositivos eletrónicos em casa?"
	- Avaliar o desempenho escolar; - Identificar dificuldades de aprendizagem ou comportamentais; - Avaliar a relação com colegas e professores despistando sinais de stress e ansiedade;	- "Como tem sido o desempenho escolar de [nome da criança/adolescente]?" - "Ele/ela está a enfrentar alguma dificuldade?" - "Existem sinais de stress ou ansiedade relacionados com a escola?"

Etapa	Descrição	Questões sugeridas
	- Discussão ativa sobre prevenção de comportamentos de risco (tabaco, álcool, substâncias psicoativas, saúde sexual). Introduzir perguntas sobre a exposição a tabaco, álcool ou outras substâncias, ajustando a abordagem para ser não julgadora. - Explorar de forma aberta e não invasiva questões sobre puberdade e sexualidade. - Abordar temas de segurança online e física.	• Tabaco e Álcool: - "Já conversaram com [nome da criança/adolescente] sobre os riscos associados ao consumo de tabaco; álcool e substâncias psicoativas?" - "Como têm abordado este tema em casa? Sentem que ele/ela está exposto(a) a essas substâncias em outros contextos, como na escola ou entre amigos?" - "Como sentem que [nome da criança/adolescente] lida com a pressão de grupo em relação ao consumo de substâncias?" - "Já tiveram uma conversa aberta sobre sexualidade e os riscos relacionados com práticas sexuais não seguras?" - "Sentem que [nome da criança/adolescente] tem confiança para discutir essas questões convosco?" - "Como têm acompanhado as mudanças físicas e emocionais que [nome da criança/adolescente] está a viver durante a puberdade?" - "Acha que [nome da criança/adolescente] tem as informações necessárias sobre a puberdade e as mudanças no corpo?" - "Há alguma dúvida ou preocupação que [nome da criança/adolescente] tenha manifestado sobre a sua saúde sexual ou a puberdade?" - "Sentem que [nome da criança/adolescente] tem um ambiente seguro para fazer perguntas sobre sexualidade e puberdade?" - "Como têm gerido o uso de dispositivos eletrónicos e redes sociais por parte de [nome da criança/adolescente]?"

Etapa	Descrição	Questões sugeridas
		- "Estão a monitorizar as interações online de [nome da criança/adolescente]? Sentem que ele/ela está exposto(a) a conteúdos perigosos ou prejudiciais na internet?" - "Já conversaram sobre os perigos das redes sociais, como o cyberbullying ou a partilha de informações pessoais online?" - "Quais as medidas de segurança que têm adotado para garantir que [nome da criança/adolescente] está seguro(a) em casa, na escola e durante atividades fora de casa?" "Como incentivam [nome da criança/adolescente] a tomar decisões seguras em situações de risco, como ao atravessar a rua ou em situações sociais com amigos?"
	- Orientações sobre gestão emocional, social e resolução de conflitos sociais.	- "Como têm observado o comportamento emocional de [nome da criança/adolescente]? Ele/ela tem dificuldades em gerir emoções como raiva, tristeza ou ansiedade? Como lidam com essas situações em casa?" - "Como [nome da criança/adolescente] tem lidado com conflitos sociais, seja na escola ou com amigos? Já conversaram sobre estratégias para resolver desacordos de forma saudável e respeitosa?"
	- Explorar a interação familiar: questionar sobre o ambiente familiar e a relação com os membros da família.	- "Como descreveriam o ambiente familiar em casa? Existem áreas onde sentem que a comunicação ou a dinâmica familiar poderiam ser melhoradas?" - "Como [nome da criança/adolescente] se relaciona com os outros membros da família? Há algum conflito ou preocupação que deva ser abordado para melhorar essas relações?"

Etapa	Descrição	Questões sugeridas
Educação e Orientação	- Promoção de hábitos saudáveis com forte envolvimento dos pais/cuidadores (alimentação equilibrada, atividade física, gestão do tempo de ecrã, comportamentos de risco; desempenho escolar). - Orientações básicas sobre higiene do sono e rotinas consistentes.	- "Como podem promover uma alimentação mais saudável em casa e garantir que [nome da criança/adolescente] se mantenha fisicamente ativo(a)?" - "Que práticas podem ser adotadas para garantir que ele/ela tenha um sono de boa qualidade?" "Como podem apoiar o desempenho escolar e a saúde emocional de [nome da criança/adolescente]?" "Existe alguma preocupação relacionada com a adaptação à escola ou relações interpessoais?"
Encerramento	- Reforço positivo aos pais/familiares sobre os progressos observados. - Esclarecer de dúvidas. - Apresentar orientações ou recomendações específicas. - Planear a próxima consulta. - Despedir com incentivo à continuidade do acompanhamento.	"Tem alguma dúvida ou questão que gostariam de discutir mais detalhadamente sobre a saúde do(a) [nome da criança/adolescente]?" "Agradeço pela vossa presença e disponibilidade. Recomendo que continuem a acompanhar de perto o desenvolvimento de [nome da criança/adolescente] e a aplicar as orientações discutidas e encontro-me disponível para o que considerarem estar ao meu alcance."

ANEXO II: GUIÃO DA EM

GUIÃO ENTREVISTA MOTIVACIONAL Aplicação: Aos participantes do grupo experimental (pai/mãe, díade parental ou outro familiar de crianças com excesso de peso ou obesidade, dos 10 aos 13 anos).
Preparação: Intervenção do pai/mãe, díade parental ou outro familiar com filho (a) que apresenta excesso de peso ou obesidade cuja entrevista foi planeada de acordo com a sua disponibilidade. A criança não participa diretamente nesta entrevista, sendo que não estará presente na mesma. Os objetivos são: - Explorar a perceção do problema por parte do pai/mãe, díade parental ou outro familiar, doravante designados de familiares; - Avaliar a fase do modelo de mudança comportamental em que os familiares se encontram face ao problema de sobrepeso/ obesidade; -Reforçar a motivação para a mudança; - Explorar estratégias práticas com os familiares, adaptadas às suas necessidades para a mudança comportamental.
PRÉ CONTEMPLAÇÃO
1. LIGAR (Estabelecer Relação empática e colaborativa Enfermeiro Família vs Família)
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.
2. FOCAR (Avaliação – exploração e identificação do problema) - Como descrevem os hábitos alimentares da vossa família? - Consideram que há comportamentos que possam ser melhorados? Quais? - Quando pensam na saúde e peso do/a vosso/a filho/a, acham que existe um problema? Em que medida? - Que sentimentos têm relativamente à situação atual? - Como percecionam o vosso papel enquanto familiares no apoio à mudança?
CONTEMPLAÇÃO (Passaram da fase de pré-contemplação para contemplação? Se sim, vamos planear a mudança. Se não, vamos motivar para a mudança).
3. EVOCAR (Intervenção - Núcleo de trabalho contínuo com as famílias)
Dado que reconhecem o excesso de peso ou obesidade 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?

- Num dia típico, como descrevem as refeições feitas em casa? Que alimentos são mais comuns ao pequeno-almoço, almoço, jantar e lanches?
- Em forma de reflexão, o que consideram estar a fazer bem e o que poderia ser melhorado? Porquê?
- Com base na roda dos alimentos (se disponível), que aspetos da variedade e das porções acham que poderiam ser ajustados?
- 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.
- Quais são, na vossa perceção, os alimentos que a criança/adolescente aprecia mais? E há frutas ou vegetais que sabem que ele/ela aceita melhor?
- Se pudessem introduzir um novo alimento saudável nas refeições em família, qual escolheriam? Porquê?
- Já consideraram substituir alguns doces ou snacks habituais por opções mais saudáveis, como fruta? Como acham que a vossa família reagiria a essa mudança?
- Como costumam preparar refeições saudáveis?
- Que estratégias identificam como importantes para melhor programarem as refeições?
- Já experimentaram envolver a criança/adolescente no processo (ex.: escolher ou ajudar a preparar a refeição)?
- Costumam planear 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?)
- Já falámos da alimentação, mas que outros aspetos acham que poderiam ser trabalhados para melhorar os hábitos da família – como a atividade física?
- Conseguem estimar quantos minutos por semana a criança pratica atividade física? Que tipo de atividades?
- Quais acham que seriam as principais dificuldades para mudar os hábitos familiares (alimentação, exercício físico)?

4. PLANEAR (Finalização- Reforço positivo, motivar para pequenas mudanças e compromissos assumidos)

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.

- Agradecemos a presença e pela vossa abertura em falar sobre este tema.
- Se precisarem de apoio ou sugestões, estarei disponível. Acredito que se esforçarem iremos atingir passo a passo o objetivo.
- 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.
- Agendamento da próxima entrevista.

**ANEXO III: GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS DINÂMICAS DA
ENTREVISTA MOTIVACIONAL/GUIÃO DA CONSULTA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL/JUVENIL**

Grelha de Observação da Dinâmica da Entrevista Motivacional/ Guião da 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)

Tempo total de fala	
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.

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

Reformulação e clarificação	O enfermeiro reformulou ou clarificou a informação dada pela família, para assegurar uma compreensão mútua.	[1 2 3 4 5]
Encerramento claro	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
Manifestações de emotividade positiva	Sorrisos, expressões de alívio, afirmações de concordância ou encorajamento, silêncio aberto.	Sim/Não (Se sim quais?_____)
Manifestações de emotividade negativa	Expressões de frustração, choro, desconforto verbal ou não verbal, resistência ativa (argumentação), silêncio fechado ou neutro.	Sim/Não (Se sim quais?_____)
Demonstração de ambivalência	Momentos em que a família demonstrou hesitação ou ambivalência relativamente ao tema abordado.	
Aceitação das propostas do enfermeiro	A família mostrou-se recetiva às propostas e orientações apresentadas.	[1 2 3 4 5]
Demonstração de compreensão	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, 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 E DE MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA

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

Parte I - Dados sócio-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	Considero que talvez seja importante trabalhar no meu problema.					

5	Não sou o problema. Não faz sentido, para mim, estar aqui.					
6	Preocupa-me a possibilidade de voltar a ter um problema que já consegui mudar; por essa razão, 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 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, sinto que o meu problema é difícil, mas continuo 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 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	Reconheço que tenho um problema e acho que,					

	realmente, deveria trabalhá-lo.					
16	Não estou a conseguir manter a mudança 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 e que estaria livre, mas às vezes ainda luto contra ele.					
19	Gostaria de ter mais ideias sobre a resolução do 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, nesta consulta, obtenha um bom conselho.					
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 desconfortável. Porque é					

	que as pessoas não conseguem simplesmente 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 qualquer pessoa. Porquê gastar tempo a 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 incomodar.					

**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



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, informado, esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidada 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:

Ganhos em saúde em famílias com filhos com excesso de peso/obesidade sensíveis à entrevista motivacional

Enquadramento:

O presente estudo, desenvolvido por Paula Alexandra Mota Gomes, 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 e Henrique Lopes Pereira, visa avaliar a eficácia da Entrevista Motivacional (EM) como estratégia de intervenção na promoção de mudanças comportamentais em famílias com crianças/adolescentes entre os 10 e os 13 anos, com excesso de peso ou obesidade. A investigação será realizada numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Região Norte de Portugal.

Explicação do estudo:

O estudo tem como objetivo principal compreender como a Entrevista Motivacional pode promover mudanças sustentáveis nos hábitos alimentares e na prática de atividade física das famílias participantes, contribuindo para a prevenção e gestão do excesso de peso e obesidade infantil.

A participação no estudo envolve:

1. **Entrevistas gravadas em áudio e vídeo**, para análise das interações verbais, não verbais e paraverbais;

¹ http://portal.univie.ac.at/portal/page/portal/ARSEN/area/Cursos/5672543e26203d25707547254891ca70/chelms71/esclarecao_21deabriga_2008.pdf

² http://www.univie.ac.at/portal/page/portal/ARSEN/area/Cursos/5672543e26203d25707547254891ca70/chelms71/esclarecao_21deabriga_2008.pdf





2. Preenchimento de questionário.

As entrevistas serão agendadas de forma flexível, respeitando a disponibilidade das famílias e minimizando interferências na rotina. Cada entrevista terá uma duração estimada de 20 minutos.

Riscos e benefícios:

Os riscos são mínimos, estando limitados a uma eventual exposição emocional durante as entrevistas. 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. Os pais das crianças/adolescentes 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 diretrizes 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: Paula Alexandra Mota Gomes (E-mail: enf_paulagomes@hotmail.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 3 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE



ANEXO VI: AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA ESCALA EEM PARA A SUA APLICAÇÃO NO ESTUDO

Ganhos em saúde em famílias com filhos com excesso de peso/obesidade sensíveis à entrevista motivacional

RE: Assunto: Pedido de Autorização para Utilização da Escala de Estágios de Mudança (EEM) - Paula Gomes - Outlook - Perfil 1 - Microsoft Edge

about:blank

Eliminar

Arquivar

Comunicar

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

Zoom

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

Evandro Peixoto

Em ter., 18 de mar. de 2025 às 07:20, Paula Gomes <2023102366@essnortecvp.pt> escreveu:

Prezado Prof. Dr. Evandro M. Peixoto,

O meu nome é Paula Alexandra Mota Gomes, sou enfermeira especialista e mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, em Oliveira de Azeméis, Portugal.

Venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização da Escala de Estágios de Mudança (EEM), validada e traduzida para português do Brasil, no âmbito da minha dissertação de mestrado intitulada **"Ganhos em saúde em famílias com filhos com excesso de peso/obesidade sensíveis à entrevista motivacional"**, sob orientação da Professora Doutora Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira e do Prof. Dr. Henrique Pereira.

Desde há algum tempo que tenho tentado estabelecer contato com a Dra. Elisa Yoshida, coautora da escala, para obter a devida autorização. No entanto, até à data, não obtive qualquer resposta, o que está a comprometer o início do meu estudo. Dado este impasse, recorri ao Dr. Ricardo Primi (coautor da escala), que me aconselhou a entrar em contato com Vossa Excelência, informando que é atualmente o responsável pela escala e que talvez seja a pessoa mais indicada para conceder essa autorização.

O meu estudo tem como principal objetivo avaliar a eficácia da Entrevista Motivacional (EM) como estratégia de intervenção na promoção de mudanças comportamentais sustentáveis em famílias com crianças dos 10 aos 13 anos com excesso de peso ou obesidade, no contexto dos cuidados de saúde à família. A EEM foi selecionada por ser amplamente reconhecida na literatura científica pela sua validade e fiabilidade na avaliação dos estágios de motivação para a mudança comportamental, sendo, portanto, uma ferramenta essencial para intervenções eficazes e personalizadas.

A investigação será conduzida com uma amostra estimada de 12 famílias inscritas numa Unidade de Saúde Familiar da Região Norte de Portugal, e a recolha e análise dos dados seguirão os mais elevados padrões éticos e metodológicos. Os resultados serão utilizados exclusivamente para fins académicos e de investigação, sendo os autores da escala devidamente referenciados em todas as publicações ou apresentações científicas decorrentes deste trabalho.

Caso seja possível, gostaria ainda de obter a sua permissão para adequar a linguagem da escala ao português europeu, mantendo, naturalmente, a integridade e fidelidade do instrumento original.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e consideração para este pedido. Fico ao dispor para fornecer qualquer informação adicional que considere necessária e aguardo, com expectativa, a sua resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Paula Alexandra Mota Gomes
Mestranda do Mestrado em Enfermagem Comunitária
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
E-mail: enf_paulagomes@hotmail.com

15°C
Ger. Nublado

Procurar

11:37
18/03/2025

RE: Assunto: Pedido de Autorização para Utilização da Escala de Estágios de Mudança (EEM) - Paula Gomes - Outlook - Perfil 1 - Microsoft Edge

about:blank

Eliminar

Arquivar

Comunicar

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

Zoom

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

Paula Gomes

De: Evandro Morais Peixoto <evandro.peixoto@usf.edu.br>
Enviado: 18 de março de 2025 10:43
Para: Paula Gomes <2023102366@essnortecvp.pt>
Cc: epeixoto6@hotmail.com <epeixoto6@hotmail.com>; peixotoem@gmail.com <peixotoem@gmail.com>; Manuela Ferreira <manuela.ferreira@essnortecvp.pt>
Assunto: Re: Assunto: Pedido de Autorização para Utilização da Escala de Estágios de Mudança (EEM)

Prezada Paula, bom dia!

Parabéns pelo interesse de pesquisa, é um tema muito relevante.

A Professora Dra Elisa Yoshida se aposentou há alguns anos, por isso a ausência de resposta. Fique a vontade para usar a versão Brasileira da escala e adequá-la às suas necessidades de pesquisa.

Você precisa da escala ou já tem acesso?

Atenciosamente,
Evandro Peixoto

ANEXO VII: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE DA ESSNorteCVP

Estimada Investigadora,

Informo que o estudo de investigação com a designação
2025-005 | **Ganhos em saúde em famílias com filhos com excesso de peso/obesidade sensíveis à entrevista motivacional**

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 [REDACTED]
- Autorização pelo Cons. Administração da ULS [REDACTED]
- 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

www.essnortecvp.pt

ANEXO VIII: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL

_____ (Presidente)		
_____ Vogal Executiva (Voz Membro)	_____ Vogal Executiva (Paulo Sérgio)	
_____ Vice-Presidente (Carlos Camalho)	_____ Vice-Presidente (Mônica Camalho)	_____ Vice-Presidente (Gara Pereira)

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

ANEXO IX: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Cronograma de Atividades



	2024			2025												2026	
Atividades	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.
Definição do tema																	
Revisão da literatura																	
Definição da metodologia																	
Apresentação do projeto de dissertação																	
Aprovação do projeto de dissertação																	
Colheita de dados																	
Tratamento de dados																	
Apresentação dos resultados																	
Disseminação de resultados																	

