

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**VIVER E COMER BEM DOS 3 AOS 5 - CARACTERIZAÇÃO
DAS CRIANÇAS DO JARDIM DE INFÂNCIA DA BIQUINHA**

Dissertação

Dissertação académica orientada pela Prof^a. Doutora Cândida Pinto

Bianca Raquel Ferreira Cardoso

Porto|2014

AGRADECIMENTOS

Ao corpo docente da Creche e Jardim de Infância da Biquinha – Santa Casa da Misericórdia de Matosinhos.

Às crianças e aos respetivos Pais.

À Professora Doutora Cândida Pinto.

À Clínica Médica do Exercício do Porto, a minha instituição, pela disponibilização do material para as avaliações antropométricas.

À minha família, o meu grande pilar. À minha mãe por acreditar eternamente em mim e nunca me deixar desistir, à minha mana por ser a “minha pessoa” em todos os momentos e a ti papá a quem dedico a vida.

A ti meu amor, minha alma gémea, por todo o amor e carinho. Pelo teu apoio incondicional, por acreditares e me fazeres acreditar com toda a tua paciência. Sem ti não seria capaz, não faria sentido. E em especial, ao nosso menino a quem dedico este trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CDC - Center of Disease Control and Prevention

DGS - Direção Geral de Saúde

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

WHO - World Health Organization

INDICE

AGRADECIMENTOS	i
LISTA DE ABREVIATURAS	ii
RESUMO	viii
INTRODUÇÃO	1
1.OBESIDADE INFANTIL	5
1.1. Implicações da obesidade na saúde Infantojuvenil e Adulta.....	12
1.2. Perceção parental sobre o estado nutricional.....	14
1.3. A Enfermagem no combate à Obesidade infantil – Qual a sua especificidade?.....	17
2.ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	20
2.1. Problemática e Justificação do Estudo.....	21
2.2. Metodologia.....	22
2.3. Objetivos do estudo.....	21
2.4. População e Amostra.....	21
2.5. Variáveis.....	24
2.6. Instrumentos de Colheita de Dados.....	24
2.7. Procedimentos de Colheita de Dados.....	28
2.8. Considerações Éticas.....	29
3.APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	30
4.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
CONCLUSÃO	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	75
Anexo I – Autorização para utilização do Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis dirigido a crianças dos 3-7 anos.....	76
Anexo II – Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis.....	78
Anexo III – Autorização para utilização da Escala Visual de Silhuetas.....	92
Anexo IV – Escala Visual de Silhuetas.....	94
Anexo V - Guia Procedimentos para avaliação antropométrica	96
Anexo VI - Certificado de Participação	100
Anexo VII – Exemplo de Avaliação Antropométrica no InBody.....	102
Anexo VIII – Pedido de autorização à Instituição de Ensino.....	104

Anexo IX - Formulário de Consentimento Informado para os pais.....106

INDICE DE QUADROS

Quadro 1: Classificação do estado nutricional da criança.....	26
Quadro 2: Frequência dos pais que responderam ao questionário.....	30
Quadro 3: Idade média dos pais que responderam ao questionário.....	31
Quadro 4: Escolaridade dos pais.....	31
Quadro 5: Escolaridade das mães.....	31
Quadro 6: Situação profissional dos pais inquiridos.....	32
Quadro 7: Caracterização do género das crianças em idade pré-escolar.....	33
Quadro 8: Percentil de IMC das crianças.....	33
Quadro 9: Percentil de IMC das crianças segundo o género.....	34
Quadro 10: Tempo de gestação.....	34
Quadro 11: Idade da mãe quando a criança nasceu.....	35
Quadro 12: Aumento de peso da mãe durante a gravidez.....	35
Quadro 13: Dados antropométricos da criança à nascença.....	36
Quadro 14: Frequência de mães diabéticas.....	36
Quadro 15: Frequência de mães que sofreram de diabetes gestacional.....	37
Quadro 16: Frequência de amamentação das crianças.....	37
Quadro 17: Número de horas que a criança passa no Jardim de Infância.....	38
Quadro 18: Frequência do tempo de sono durante a noite.....	39
Quadro 19: Frequência de tempo de sono durante o dia.....	40
Quadro 20: Frequência de desporto extra-escolar.....	40
Quadro 21: Atividades de lazer realizadas ao fim de semana.....	41
Quadro 22: Tempo passado por semana a ver televisão	42
Quadro 23: Tempo passado por semana a jogar jogos de computador.....	42
Quadro 24: Frequência com que as crianças comem a mesma comida que a família.....	43
Quadro 25: Frequência do consumo de Leite, Lacticínios e produtos lácteos.....	44
Quadro 26: Frequência do consumo de Carne, Ovos e produtos similares	45
Quadro 27: Frequência do consumo de Peixe e Marisco.....	46
Quadro 28: Frequência do consumo de Óleos e Gorduras.....	47
Quadro 29: Frequência do consumo de Pão, Cereais e Similares	48
Quadro 30: Frequência do consumo de Hortaliças e Legumes.....	49
Quadro 31: Frequência do consumo de Frutos.....	50
Quadro 32: Frequência do consumo de Bebidas.....	51
Quadro 33: Frequência do consumo de Doces e Pastelaria.....	52
Quadro 34: Classificação da exigência física da atividade laboral dos encarregados de educação	53

Quadro 35: Atividades de lazer relativas à mãe.....	54
Quadro 36: Atividades de lazer relativas ao pai.....	54
Quadro 37: Frequência do consumo alimentar dos pais.....	55
Quadro 38: Percepção parental sobre a imagem corporal/estado nutricional segundo a escala visual de Silhuetas.....	57

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tempo de amamentação com leite materno.....	38
---	----

RESUMO

Introdução: A obesidade é hoje um dos problemas de saúde pública que assola as sociedades ditas desenvolvidas sendo transversal a todas as faixas etárias. Uma criança obesa tem maior probabilidade de vir a ser um adulto obeso, com repercussões inerentes na saúde e compromisso da sua longevidade. A família evidencia-se como um pilar fundamental para as crianças no que concerne à aquisição de hábitos e comportamentos saudáveis.

Objetivo: Caracterizar as crianças de uma instituição de ensino pré-escolar – Creche e Jardim de Infância da Biquinha - quanto ao gênero e dados antropométricos. Identificar a frequência de crianças com excesso de peso e obesidade. Identificar a percepção parental relativamente à imagem corporal/estado nutricional dos filhos. Descrever os estilos de vida – alimentação e atividade física - adotados pelas crianças e pais em estudo.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo transversal, elaborado com base numa amostra de 59 crianças da Creche e Jardim de Infância da Biquinha com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos de idade. Foram entregues questionários de frequência alimentar aos encarregados de educação sendo que foram devolvidos 40 questionários. Foi realizada a avaliação antropométrica de 37 crianças através da bioimpedância elétrica onde se obteve o índice de massa corporal e os respetivos percentis. A análise dos dados foi realizada através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0.

Resultados: Foram identificadas 5 crianças (11.4%) com excesso de peso e obesidade na amostra de 37 crianças. O sobrepeso prevalece no sexo feminino com 3 meninas (14.3%) identificadas com excesso de peso/obesidade. Identifica-se como principais fatores de risco o reduzido número de horas de sono durante a noite, a reduzida atividade física em detrimento de atividades consideradas sedentárias e a falta de percepção parental relativamente à imagem corporal dos filhos.

Discussão/Conclusão: Os resultados descritos neste estudo poderão contribuir para o conhecimento relativamente aos estilos de vida das famílias com crianças em idade pré-escolar. O papel dos pais e familiares é fundamental no sentido de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis, quer na promoção como também no combate à crescente prevalência de obesidade na infância com que nos deparamos atualmente. Compete aos enfermeiros ajudar e orientar os pais e crianças para uma transição saudável, na busca de comportamentos e hábitos que contribuam para a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade infantil, Crianças pré-escolares, Família, Hábitos Alimentares, Atividade física.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is now one of the health problems that affects the so-called developed societies, being transversal to all age groups. An obese child is more likely to become an obese adult, with associated effects on health and longevity. The family reveals as a key pillar for the children's in relation to the acquisition of healthy habits and behaviors.

Objective: Characterize children in a preschool institution – Creche e Jardim de Infância da Biquinha - as gender and anthropometric data. Identify the frequency of children with overweight and obesity. Identify parental perceptions regarding body image/nutritional status of children. Describe the lifestyles - eating and physically activity - adopted by the children and parents in the study.

Methods: This is a cross-sectional descriptive study, conducted on a sample of 59 children of both sexes of the Creche e Jardim de Infância da Biquinha, aged between 3 and 5 years old. Food frequency questionnaires were given to parents and guardians of children, being returned 40 of them. Anthropometric evaluation of 37 children by bioelectrical impedance analysis was performed, which revealed the body mass index and the respective percentile. Data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 19.0.

Results: 5 children (11.4%) were identified with overweight and obesity in the sample of 37 children. Overweight prevails in female genre where 3 girls (14.3%) were identified with overweight/obesity. Is identified as major risk factors the few hours of sleep at night, reduced physical activity in detriment of activities considered sedentary and lack of parental perception in relation to body image of children.

Discussion / Conclusion: The results described in this study may contribute to the knowledge regarding the family lifestyle with children's in preschool age. The role of parents and relatives is essential to promote healthy behaviors and lifestyles, as also in combat increasing prevalence of childhood obesity that we currently face. It is up to nurses to help and guide parents and children for a healthy transition, seeking behaviors and habits that contribute to improving their quality of life.

Keywords: Childhood obesity, preschool children, Family, Food Habits, Physical Activity.

INTRODUÇÃO

A alimentação é uma necessidade básica do indivíduo sendo crucial para a manutenção da saúde ao longo do ciclo vital especialmente na infância. As crianças e jovens têm necessidades nutricionais que variam com a sua faixa etária e torna-se cada vez mais importante educar para hábitos alimentares saudáveis o mais precoce possível, uma vez que estes perduram para toda a vida.

Fruto de comportamentos alimentares desadequados em sintonia com o estilo de vida característico dos países desenvolvidos a obesidade surge, segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), como uma doença crónica que apresenta uma prevalência superior à desnutrição ou doenças infecciosas, sendo assim apresentada como a epidemia global do século XXI.

A relevância desta problemática na atualidade impulsiona a vontade de continuar a investir nesta temática, na busca de conhecimentos de enfermagem que nos permitam enquanto profissionais de saúde adequar as práticas e ajudar as famílias a encontrar um ambiente saudável e favorável ao crescimento e desenvolvimento das crianças. O presente estudo de investigação pretende identificar a frequência de excesso de peso e obesidade nas crianças de uma instituição de ensino pré-escolar - Creche e Jardim de Infância da Biquinha - bem como os estilos de vida da família, nomeadamente hábitos alimentares e de atividade física.

Com o aumento sucessivo de pessoas obesas nas últimas décadas, a realidade nacional da obesidade é também preocupante, especialmente na infância. No qual, Portugal se destaca entre os países europeus pela elevada prevalência de crianças com excesso de peso (Rito, 2006).

A obesidade trata-se de um síndrome multifatorial (genético, metabólico e ambiental) que se manifesta através de diferentes quadros clínicos em todos os contextos socioeconómicos, marcado pelo estilo de vida, a genética, a alimentação, a atividade física e a cultura em que a população está inserida (Aparício et al, 2011 Cit. Birch et al, 2001; Faith, et al, 2004). Considerada uma necessidade básica para o ser humano, essencial à sobrevivência, a alimentação tem ao longo dos tempos condicionado a manutenção da qualidade de vida da população. Por ser um dos

distúrbios alimentares mais frequentes na infância, a obesidade infantil é considerada como um grave problema de saúde pública que acarreta elevados custos para o país.

Resultado de um balanço energético positivo, o excesso de peso evidencia-se quando a ingestão alimentar é superior à quantidade de energia despendida. Assim, o rápido aumento do número de crianças obesas mostra que os fatores genéticos podem não ser a causa primária para o excesso de peso e obesidade na infância, onde os fatores ambientais, principalmente os comportamentais, relacionados com a ingestão alimentar e com atividade física ganham especial relevo.

Os fatores exógenos apresentam-se como o principal contributo para o desenvolvimento da obesidade, nomeadamente através de estilos de vida, que propiciam o excesso de peso na infância, característicos de uma sociedade cada vez mais sedentária. Este ambiente obesogénico, caracterizado por melhores condições económicas a nível familiar, trouxe grandes mudanças nos padrões alimentares e de atividade física. O aumento do consumo de alimentos densamente energéticos e pouco nutritivos, o aumento do consumo de bebidas açucaradas, o excessivo sedentarismo, a redução da atividade física em detrimento de atividades de lazer como ver televisão, jogar computadores, parecem ser fatores conducentes ao aumento da obesidade infantil na contemporaneidade.

A família desempenha um papel fundamental na educação alimentar dos filhos, na medida em que os gostos e as preferências alimentares são moldados pelos hábitos e comportamentos adquiridos no seio familiar. A família transmite os valores, crenças e ensinamentos que fazem parte da sua história e da sua cultura. Cabe-lhe assim proporcionar um ambiente favorável ao crescimento saudável da criança e à adoção de comportamentos e hábitos saudáveis.

A perceção alterada dos pais sobre o estado nutricional e imagem corporal dos filhos representa um obstáculo, no que diz respeito à adoção de hábitos de atividade física e escolhas alimentares saudáveis. Nesse sentido, a não perceção dos pais face ao excesso de peso dos filhos pode ser um fator que contribui para o desenvolvimento da obesidade na infância (Camargo et al, 2011).

O excesso de peso e obesidade em crianças comporta sérias consequências para a saúde, pelo que se considera que a mais grave é a sua persistência até à idade adulta e o consequente desenvolvimento precoce de comorbilidades que derivam de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, problemas ortopédicos ou dislipidemias bem como prejuízos a nível individual, pessoal e familiar como a depressão e a baixa autoestima (Gomes et al,2010 Cit. Barker, 2007).

A intervenção preventiva, adequada à população em idade pré-escolar, pode evitar a obesidade numa fase mais tardia e estabelecer um padrão de alimentação, atividade física e comportamentos mais saudáveis que ficarão enraizados para a vida adulta (Gomes et al, 2010). A implementação de políticas preventivas e a vigilância do estado nutricional das crianças constitui uma estratégia fundamental na prevenção e tratamento da obesidade infantil (Camargo et al, 2011).

Devido ao baixo sucesso no tratamento da obesidade infantil, a prevenção é a estratégia mais apropriada no combate ao crescente número de crianças com excesso de peso. A intervenção com foco na família é fundamental para produzir mudanças nos comportamentos alimentares e de atividade física, promovendo um estilo de vida saudável que deve apoiar os relacionamentos entre pais e filhos (Camargo et al, 2011).

A deteção e tratamento precoce dos casos de risco de excesso de peso em crianças pré-escolares poderão permitir reverter o quadro epidemiológico com que nos deparamos atualmente. A família, a escola e a sociedade têm o dever de contribuir para a manutenção do estado de saúde das crianças, essencial para um crescimento e desenvolvimento saudável. A obesidade é um fardo demasiado pesado para carregar para o resto da vida, pelo que o combate a esta morbilidade e a sua prevenção são uma prioridade.

Posto isto, o presente trabalho de investigação divide-se em quatro capítulos nos quais se pretende descrever e refletir sobre o estilo de vida das crianças em idade pré-escolar desta instituição e o aparecimento ou desenvolvimento de excesso de peso e obesidade. A primeira parte pertence ao enquadramento teórico, onde se explana sobre os dados atuais da obesidade infantil, as suas implicações na saúde Infantojuvenil e Adulta, a perceção parental sobre o estado nutricional dos

filhos e a especificidade da Enfermagem no combate a este grave problema de saúde pública. No segundo capítulo, descreve-se o processo metodológico adjacente a esta investigação, sendo apresentada a justificação do estudo e a pergunta orientadora deste projeto. Aborda-se ainda a população e as variáveis em estudo, bem como os instrumentos e procedimentos utilizados na colheita de dados. O terceiro e quarto capítulo apresentam os resultados obtidos bem como a sua discussão. O trabalho culmina com o confronto dos objetivos propostos inicialmente e reflete-se sobre o contributo da presente investigação para o desenvolvimento das práticas de Enfermagem.

1. OBESIDADE INFANTIL

A obesidade infantil constitui um crescente problema de saúde pública, assumindo-se como uma epidemia à escala mundial de etiologia multifatorial (genética, metabólica e ambiental) que afeta todos os sexos, faixas etárias e estratos sociais, tendo por base aspetos culturais da família (Aparício et al, 2011 Cit. (Birch et al, 2001; Faith, et al, 2004). Constitui assim, um problema social transversal que é preciso compreender. Acarreta elevados custos para o sistema de saúde e traz implicações físicas e psíquicas graves que se podem instalar para toda a vida.

Trata-se de uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada atinge proporções capazes de afetar negativamente a saúde. Embora os fatores genéticos, metabólicos e ambientais contribuam para a predisposição ao excesso de peso, os comportamentais são os que parecem ter o maior contributo para o desenvolvimento da obesidade, nomeadamente através de uma vida sedentária, o elevado consumo de alimentos hipercalóricos, a diabetes gestacional, o elevado peso à nascença ou o reduzido número de horas de sono.

A nível internacional, prevê-se uma prevalência de cerca 40% de obesos com IMC superior a 30kg/m² nos Estados Unidos e em Inglaterra de 30% (Ludvick, 2001). A Hungria, a Áustria e a Croácia apresentam a maior prevalência de excesso de peso e obesidade (Prebeg, Juresa et al 1995, Livingstone, 2000). A *National Health and Nutrition Examination Surveys* (NHNES) adianta que se o perfil epidemiológico atual se mantiver, a prevalência de crianças com excesso de peso e obesidade poderá atingir o dobro em 2030 (Catenacci, 2009). A obesidade representa a doença infantil mais comum na Europa, com prevalência acentuada em Portugal, sendo que uma em cada três crianças já sofre de obesidade (Santos, 2010 Cit. Campos et al, 2008)

A realidade nacional da obesidade remete-nos para a relevância desta problemática, como demonstram os estudos epidemiológicos realizados, que reportam a uma elevada prevalência da mesma, nomeadamente por Duarte (2011) acima de 20% e por Rito (2006) de 23,6%. O contexto epidemiológico do nosso país é alarmante, Portugal carece assim como todos os países com elevada prevalência de obesidade de realizar uma correta vigilância nutricional na infância, padronizada

de acordo com os atuais procedimentos de antropometria, com vista a reduzir a morbidade e mortalidade de crianças e jovens associadas a esta epidemia tendo por base a família e a escola.

Esta crescente prevalência torna necessária a adoção de estratégias que minimizem estes valores, sendo que no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) de 2013 se valorizam os cuidados antecipatórios como forma de promoção da saúde e prevenção da doença (DGS, 2013). No que reporta à obesidade estabelece orientações para o rastreio de dislipidemias em crianças de risco e a avaliação do IMC (Índice de Massa Corporal) desde o nascimento.

O padrão de crescimento e o estado nutricional são indicadores de saúde e bem-estar em idade pediátrica, sendo que cada criança tem o seu próprio padrão de crescimento e maturação (Rito e Carmo, 2011). A avaliação da composição corporal é um meio precioso na monitorização do crescimento e maturação da criança, facilitando a normalização ponderal e minimizando o risco de morbilidades na vida adulta (Sardinha e Moreira, 1999). A antropometria permite a avaliação da condição do presente estado nutricional de crianças e adolescentes, a nível individual e comunitário; o acompanhamento das alterações ao longo do tempo; o acompanhamento de distúrbios nutricionais; avaliar a eficácia dos programas nutricionais; a estimativa da composição corporal e ainda o estabelecimento de dados de referência (Rito e Carmo, 2011).

Como preditor da obesidade, o Índice de Massa Corporal de Quetelet, apresenta-se como o método internacionalmente aceite adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O IMC é calculado através de medidas antropométricas – divisão do peso (em quilos), pela altura (em metros) ao quadrado (peso/altura²) (WHO, 2006). O IMC pode variar conforme a idade, o sexo, o estágio pubertário e a etnia. Aumenta desde o nascimento até ao primeiro ano de idade, decresce até aos 6 e volta a aumentar por volta dos 21 anos de idade. Assim sendo, os valores obtidos devem ser devidamente analisados e interpretados tendo em consideração os valores de referência (Rito e Carmo, 2011 Cit. Rolland-Cachera et al, 1994, Tanner, 1986). A forma mais eficaz de interpretar o IMC consiste na classificação do percentil que indica “a posição relativa do valor do IMC do indivíduo em relação a uma população do mesmo sexo e idade, utilizada como padrão e estratificada em centis” (Rito e Carmo, 2011: p.39).

Para determinar o excesso de peso e obesidade em idade pediátrica foram estabelecidas curvas de percentil de IMC para crianças, segundo o Center of Disease Control and Prevention (CDC, 2000), nas quais se considera que uma criança está com baixo peso quando aquela se encontra abaixo do percentil 5 (P5), com excesso de peso quando está acima do percentil 85 (P85) e obesa quando se encontra acima do percentil 95 (P95) de IMC para a idade (Santos, 2008 Cit. Kuczmarski et al 2000).

Neste contexto, a prevenção da obesidade infantil deve ser iniciada numa fase pré gravídica, durante a gravidez, na consulta de saúde materna, orientando a mulher em idade fértil para escolhas alimentares e hábitos de vida saudáveis que minimizem os riscos da obesidade materna no feto e a maior probabilidade de vir a ter filhos com excesso de peso e obesidade.

Após o nascimento e nos primeiros anos de vida, a alimentação da criança está na maioria das situações a cargo da mãe como a cuidadora principal, responsável pela escolha e preparação dos alimentos em casa (Camargo et al, 2011). Sabe-se que o aleitamento materno exclusivo contribui para prevenção e promoção da saúde do bebé, uma vez que contém elementos nutricionais e imunológicos essenciais para o seu crescimento. Reduz a mortalidade infantil e o risco de desenvolvimento doenças respiratórias ou gastrointestinais (Bezerra et al, 2014). Assim, a OMS recomenda o seu uso exclusivo até aos 6 meses de idade e como complemento até aos dois anos ou mais, o que infelizmente nem sempre é cumprido (Gartner et al, 2005). O leite materno contém quase todos os nutrientes que a criança necessita para um crescimento saudável para além de fortalecer o vínculo mãe/filho.

A partir dos 6 meses de idade, devem ser introduzidas novas cores e texturas para que a criança conheça e aprecie diversos sabores. Os nutrientes, vitaminas e sais minerais, devem ser ajustados em proporção, de acordo com a idade da criança. A introdução de novos alimentos visa proporcionar ao lactente os vários nutrientes e energia que necessita para as suas atividades básicas, prepará-lo para a integração no regime alimentar da família e para a sua relação com o meio envolvente (Ventura, 2009 Cit. Silva, 2005).

Aos 12 meses a criança deve estar inserida no padrão alimentar da família, desde que este siga os princípios de uma alimentação equilibrada e variada, como

sugere a Roda dos Alimentos. Esta pode ser um instrumento útil no que respeita à distribuição dos alimentos de forma proporcional pela qual os pais se podem guiar.

O nosso organismo necessita diariamente de cerca de 2500 calorias para satisfação das necessidades básicas (Almeida, 2010 Cit Malassis, 1994), apesar de este valor variar de indivíduo para indivíduo. No entanto, se a quantidade de energia ingerida for superior à quantidade de energia despendida resulta em balanços energéticos positivos que originam o excesso de peso ou obesidade (Almeida, 2010 Cit Peres 1997).

A diversificação alimentar integra assim um fator crucial para o desenvolvimento da criança, uma vez que é nesta faixa etária que as preferências alimentares ficam enraizadas para a vida adulta. É de extrema importância que os pais/família sejam capazes de conciliar a introdução de novos alimentos com o seu papel educativo, ajudando a construir hábitos saudáveis. É reconhecido que a idade dos quatro a seis anos é um dos períodos mais críticos para a instalação da obesidade (Gomes et al, 2010 Cit. Dietz, 1994). Evidencia-se, assim, a importância da prevenção da obesidade na infância e do respetivo acompanhamento/tratamento adequado nesta idade até à adolescência.

É de notar também, que o papel da mulher contemporânea está em constante mudança, com responsabilidades e funções acrescidas dentro e fora da família, o que significa uma menor disponibilidade e a apetência para a educação e acompanhamento dos filhos. As exigências do trabalho fazem com que os pais, por vezes, descurem em algumas questões relacionadas com a saúde dos filhos, nomeadamente na escolha de alimentos (em quantidade e, sobretudo em qualidade) tal como nos horários estabelecidos para as refeições. No entanto, cabe à família a transmissão de crenças e valores no que concerne aos hábitos de saúde.

Incondicionalmente o ambiente externo exerce uma influência nas opções alimentares das famílias. O processo de desenvolvimento de um país comporta modificações nos hábitos alimentares e estilo de vida que nem sempre são benéficas para os indivíduos. A indústria alimentar tem muita força, utilizando estratégias de persuasão junto de clientes.

As famílias e as crianças estão constantemente sujeitas ao marketing publicitário no seu dia-a-dia. Não existe qualquer tipo de restrição por parte dos órgãos de comunicação social no que respeita à propaganda de comida com apresentação aliciadora, alto teor de gordura, açúcares e conservantes, mas de reduzido valor nutricional. A televisão faz parte do quotidiano de todas as crianças, através do qual são altamente influenciadas pelas campanhas de publicidade de produtos cuja composição nutricional é desadequada, o que contribui para um balanço calórico positivo e potencia o aumento de peso. As prateleiras dos supermercados estão dispostas com alimentos que não precisamos, de forma a cativar a atenção dos mais pequenos, pelas suas cores atrativas, ofertas no interior dos produtos ou o recurso a super-heróis na embalagem.

A OMS recomenda no âmbito da alimentação saudável estratégias amplas que visem o estabelecimento de normas para regulamentar a comercialização e marketing de alimentos hipercalóricos, maior acesso a produtos de origem biológica, rotulagem sobre a informação nutricional sobretudo na fast-food e ainda envolver todos os profissionais de saúde nesta problemática.

Estes fatores configuram dificuldades acrescidas nas orientações de educação para a saúde junto das famílias e crianças. Pelo que, incentivar e proporcionar padrões alimentares saudáveis aos filhos não é tarefa fácil, exige dedicação e paciência por parte dos pais, profissionais de saúde e educadores. Algumas tendências devem ser contrariadas desde cedo, nomeadamente comer em locais com fast-food, não comer vegetais ou sopa na refeição principal, saltar refeições, comer guloseimas e doces diariamente. Este ambiente obesogénico familiar é prejudicial para o desenvolvimento e crescimento saudável da criança, ambiente este que é preciso mudar.

A hereditariedade tem também um papel importante na génese desta patologia, segundo Halpern (2004) os filhos de pais obesos têm cerca de 80% de probabilidade de se tornarem obesos, no caso de ser apenas um dos progenitores as hipóteses são de 50%. Estes valores são indicativos de que crianças obesas serão adultos obesos. As mudanças de hábitos na sociedade como o abandono do aleitamento materno precoce, o excesso de trabalho, a rotina, o stresse, o consumo excessivo de alimentos hipercalóricos conduzem os indivíduos para um estilo de vida sedentário e pouco saudável que contribui para o desenvolvimento da obesidade em idade pediátrica.

O que se entende afinal por estilo de vida? Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), estilo de vida refere-se à forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida. Ganha forma através de comportamentos e das opções individuais, constituindo assim o alicerce da saúde individual e coletiva (DGS, 2005). Estilos de vida saudáveis englobam uma alimentação completa, equilibrada e variada, aliada a atividades de lazer com exercício físico, em prol da promoção e manutenção da saúde do indivíduo. Uma alimentação saudável proporciona e promove o desenvolvimento físico e mental equilibrado, contribuindo para um crescimento pleno da criança. Uma boa nutrição é reflexo de saúde, comer bem em qualidade e não em quantidade. Aliado a um plano de exercícios físicos adequado, apoio emocional, familiar e individual.

Do ponto de vista social e emocional a obesidade na infância pode trazer repercussões a nível físico e psicológico, nomeadamente distúrbios alimentares (anorexia, bulimia, etc) ou quadros psicológicos associados como a depressão, raiva, frustração ou isolamento. Por outro lado, a manutenção do peso em valores normoponderais reduz a depressão e o isolamento social, contribuindo para o bem-estar social e melhora significativamente a autoimagem e a autoestima.

Atualmente, as atividades de lazer não envolvem atividades físicas. As crianças deixaram de brincar na rua e passam horas sentadas no sofá a ver televisão ou a jogar computador. São transportadas de automóvel para todo o lado em vez de andarem a pé ou de bicicleta, por questões de segurança mas também de comodidade para os pais. Estudos demonstram que existe uma relação entre ver televisão, atividade física e composição corporal, sendo que as crianças que passam mais tempo a ver televisão e praticam menos atividades apresentam um IMC mais elevado (Farias, 2012 Cit. Andersen et al 1998).

Uma vez que as crianças passam grande parte do dia na escola, esta é um local privilegiado de atuação, na implementação de estratégias que incentivem hábitos saudáveis através de ações educativas dos enfermeiros de saúde escolar ou enfermeiro de família em conjunto com os membros educativos (nutricionistas, professores de educação física, educadoras de infância), proporcionando momentos educativos que estimulem a adoção de estilos de vida saudáveis. Assim, as escolas devem encarar com responsabilidade a tarefa de educar para a saúde nomeadamente através da oferta de alimentos/refeições saudáveis, equilibradas e

seguras aos seus alunos, fomentando uma alimentação saudável. Em alguns casos é necessário apostar no melhoramento dos espaços de recreio e na prática de atividades diversificadas para diminuir o sedentarismo.

A atividade física deve ser feita na escola e fora dela, uma vez que ajuda no controle do peso corporal, diminui a pressão arterial, melhora a mobilidade articular, melhora a força muscular e resistência física e também o perfil lipídico. A nível escolar a obesidade tem repercussões graves nomeadamente através do bullying, na frequência das aulas, no desempenho escolar, na responsabilidade e na convivência com os pais e colegas. Se a criança não se sente incluída no grupo escolar, tende a refugiar-se, isolar-se e a encontrar na comida o seu refúgio. A instituição deve trabalhar em sintonia com os pais no sentido de apoiar e incentivar estas condutas em casa, com vista a melhorar a qualidade de vida de toda a família.

No momento em que o profissional de saúde detetar um índice de massa corporal sugestivo de excesso de peso, a intervenção deve ser imediata. A equipa multidisciplinar deve trabalhar no sentido de proporcionar uma orientação adequada para o controle de peso de acordo com a faixa etária da criança. Incentivando para a aquisição de um estilo de vida mais ativo e saudável complementado com uma alimentação correta.

O aumento da prevalência da obesidade na infância e a dificuldade de adesão ao tratamento sugerem que a prevenção precoce parece ser a estratégia mais assertiva para reverter os dados crescentes desta patologia. As recomendações do Programa Nacional de Combate à Obesidade sugerem a intervenção ao nível da educação para a saúde nas escolas através de medidas orientadoras para a promoção da saúde.

Os pais são os responsáveis pela prestação de cuidados referentes à higiene, alimentação e conforto dos filhos nesta faixa etária. Neste sentido, os esforços de prevenção conseguidos em termos de saúde infantil, resultam de ações para modificar as atitudes dos adultos (Ventura, 2009 Cit. Barros, 1999). Isto é, perspetivar a responsabilidade parental integrando mudanças de estilo de vida que conduzam à redução do excesso de peso/obesidade na criança, através de um processo de transição saudável.

1.1. Implicações da obesidade na Saúde Infantojuvenil e Adulta

Como referido anteriormente as mudanças na sociedade moderna, em detrimento do desenvolvimento e da industrialização, trouxeram enormes ganhos mas também muitos prejuízos no que respeita à saúde da população. Destacam-se as alterações nos comportamentos e hábitos da população que conduziram ao sedentarismo e conseqüentemente ao aparecimento de várias doenças.

Em crianças de idade pré-escolar um padrão alimentar correto constitui um fator de prevenção no que respeita à manutenção da saúde. Desta forma, o reverso indica-nos que alimentos hipercalóricos, bebidas açucaradas e fast-food como cardápio usual de uma criança podem significar problemas nutricionais graves com repercussões na saúde.

A obesidade é uma doença que provoca ou acelera o desenvolvimento de várias patologias em graus capazes de reduzir a qualidade de vida dos indivíduos, com conseqüências múltiplas e graves para a saúde (WHO, 2010). Constituindo assim um grave problema de saúde pública com repercussões a nível individual, familiar e social.

Assiste-se ao início cada vez mais precoce das complicações associadas ao excesso de peso e obesidade nas crianças na saúde infantojuvenil e adulta que se traduzem no desenvolvimento de comorbidades, entre as quais se destaca a Hipertensão Arterial (HTA). O aumento progressivo do IMC manifesta-se diretamente proporcional ao aumento da prevalência de HTA, afetando cerca de 30% das crianças obesas (Cordinhã et al, 2009). Também a incidência precoce de diabetes mellitus tipo 2 está a aumentar significativamente entre os jovens, fruto do excesso de peso e dos antecedentes familiares.

Quanto mais cedo se instalar o excesso de peso e a obesidade maiores conseqüências acarreta a curto, médio e longo prazo. A obesidade instalada representa repercussões físicas e psíquicas que podem durar toda a vida, afetando vários processos metabólicos designadamente ósseo e esquelético, pois acelera o crescimento e maturação (Libório, 2011 Cit. Silva et al., 2007).

As conseqüências do excesso de peso podem manifestar-se através de patologias que apesar de serem mais comuns na fase adulta podem ter início na

infância ou adolescência. Podem-se verificar doenças de foro metabólico, a hiperinsulinemia, diminuição da hormona de crescimento, prolactina e testosterona (Libório, 2011 Cit. Silva et al., 2007), hemodinâmico como a hipertensão arterial, dislipidemias, síndrome de resistência à insulina, intolerância à glicose, diabetes mellitus tipo 2, doença coronária, hiperuricemia, doença de Gall Bladder, problemas cardiovasculares (acidente vascular cerebral - AVC, enfartes), doenças das vias biliares, alterações osteoarticulares, apneia do sono, problemas respiratórios, neoplasias (endométrio, mama, próstata, útero e cólon), complicações na puberdade e menarca precoces (Libório, 2011 Cit. Fisberg, 2006; Póvoas, 2007; Tarraf, 2004), alterações psicológicas (prejuízos na autoimagem, depressão, isolamento social) (Libório, 2011 Cit. Sigulem et al., s/d; Zaboto, 2007)".

Para além das consequências clínicas a nível da saúde a obesidade durante a infância e adolescência trazem consequências a nível psicossocial graves como o isolamento, a rejeição, a baixa autoestima, depressão, stresse ou fracasso escolar. Assiste-se a uma discriminação social perante as pessoas com excesso de peso, sendo frequentemente alvos de chacota pela sua aparência física, pela sua diminuição de mobilidade ou energia. Estas crianças tendem a fechar-se em casa de forma a evitar a discriminação reprimindo os seus sentimentos por não serem socialmente aceites.

O Bulling é um fenómeno social que compreende todas as formas de atitudes agressivas e intencionais conduzidas por um indivíduo (o provocador/bully) ou por um grupo, toda a violência não física, agressões que têm o intuito de insultar ou ridicularizar a vítima (Carita, 2008). Nas escolas, as crianças "gordinhas" são alvos de apelidos, ofensas verbais, ameaças ou agressões e acabam por apresentar uma maior probabilidade de resultados escolares insatisfatórios, perturbações físicas e emocionais. A escola não deve fechar os olhos a este tipo de ocorrências e deve incentivar todos os seus alunos a respeitar o próximo seja qual for o seu peso.

O excesso de peso e a obesidade representam atualmente a quinta causa global de risco para a morte (WHO, 2010). As patologias associadas ao excesso de peso e obesidade estão relacionadas com comportamentos e estilos de vida menos saudáveis que são adquiridos ao longo da infância e adolescência, que se repercutem na vida adulta. Nesse sentido pode-se considerar que a consequência mais grave da obesidade na infância é o facto de esta se instalar para toda a vida.

A identificação e a instituição precoce de medidas preventivas em idade pré-escolar, representam um contributo importante na prevenção destas patologias. A prevenção é de acordo com a OMS a forma mais assertiva de reduzir a obesidade e conseqüentemente incidência de doenças crónico-degenerativas, uma das principais causas de mortalidade e morbidade e perda de anos com qualidade de vida (Almeida, 2010 Cit. Fisberg et al, 2004)

1.2. Perceção parental sobre o estado nutricional dos filhos

Os pais são detentores de um papel crucial no que respeita ao acompanhamento do crescimento saudável dos filhos e a alimentação constitui um foco de interação entre pais e filhos desde o nascimento. Os comportamentos e estilos de vida, nomeadamente hábitos alimentares e de atividade física, são apreendidos no seio familiar. A obesidade entre familiares apresenta-se como o principal fator de risco para a obesidade na infância, uma vez que os filhos tendem a seguir como exemplo os comportamentos dos pais. Se os pais levam uma vida sedentária, não fazem uma alimentação balanceada e não têm hábitos regulares de exercício físico existe uma grande probabilidade de os filhos adotarem os mesmos comportamentos.

Esta rotina sedentária, fruto do progresso científico contribui negativamente para o desenvolvimento social da criança, uma vez que a maioria das crianças prefere jogar Playstation ou ver televisão em vez de andar de bicicleta ou brincar no parque. Este tipo de atividades de baixo gasto de energia aliado a uma alimentação de baixa qualidade nutricional remete-nos para a prevalência atual de obesidade na infância.

Neste âmbito, a intervenção sobre qualquer problema de saúde de qualquer sujeito ou grupo social passa inquestionavelmente pela consciencialização da existência desse mesmo problema. Ora, a capacidade dos pais em reconhecer o excessivo peso nos filhos é um fator determinante na obesidade infantil. A falta de perceção parental sobre o estado ponderal dos filhos torna-se um fator obstaculizador na prevenção ou na procura de ajuda profissional.

A conscientização face ao estado nutricional dos filhos deve ser a primeira abordagem na implementação de estratégias com vista à prevenção ou regressão do quadro epidemiológico de obesidade na infância com que nos deparamos na atualidade. A eficácia dos programas de saúde depende de um reconhecimento por parte dos pais no que concerne ao correto diagnóstico nutricional dos filhos e ainda quanto às possíveis consequências ao nível da saúde a curto, médio e longo prazo.

A prevenção é a palavra de ordem para o controle e manutenção do peso na infância. Ajudar os pais a reconhecerem o excesso de peso nos filhos e a estarem cientes dos riscos inerentes poderá ser o primeiro passo para a promoção de um estilo de vida mais saudável para toda a família. A preocupação com o estado de saúde das crianças parece alertar os pais para a necessidade de mudanças de comportamentos no seio familiar, na busca de um estilo de vida mais saudável e equilibrado, que permitam efetivamente prevenir e tratar o excesso de peso. Para que isso seja possível, é necessário conhecer e explorar melhor os fatores associados ao comportamento dos pais para incentivar o comprometimento no seu tratamento.

Para o sucesso deste processo, é necessário dotar os pais de competências, para que estes estejam devidamente informados para avaliar o estado nutricional dos filhos, seguir uma dieta adequada à faixa etária da criança e proporcionar atividades físicas e de lazer que ofereçam prazer à criança. Vários estudos confirmam que o envolvimento da família, em especial das mães, é fundamental para a mudança de comportamentos nas crianças (Camargo et al, 2011).

No estudo realizado por Aparício et al (2011) comparando a perceção real dos pais com o estado nutricional das crianças, através do percentil de IMC, os resultados indicam que os pais não reconhecem a existência de obesidade nos seus filhos, dado que não atribuem a imagem corporal adequada. Uma grande maioria dos pais de crianças com risco de excesso de peso tende a ter uma imagem distorcida da realidade relativamente ao peso e à imagem corporal dos filhos, como revela também o estudo de Camargo et al (2011) relativamente à perceção parental - “Das mães de crianças com obesidade grave 72% afirmaram que os seus filhos comiam adequadamente, p.330”. Isto significa que os pais tendem a subestimar o verdadeiro estado nutricional dos filhos, sendo que na maioria dos casos a distorção é tanto maior quanto mais elevado o IMC da criança.

No entanto, os pais tendem a classificar mais corretamente o estado nutricional das meninas ao contrário do que se passa com os meninos (Tenorio e Cobayashi, 2011).

“A imagem corporal é entendida como um constructo multidimensional que descreve de maneira ampla as representações internas da estrutura corporal e da aparência física do indivíduo em relação a si próprio e aos outros. Esta é composta por quatro dimensões: cognitiva, afetiva, comportamental e perceptiva” (Aparício et al, 2011 Cit. Cash and Pruzinsky, 2002, p. 101). A percepção parental desadequada aparece muitas vezes relacionada com crenças pessoais, familiares e culturais, na medida em que muitos ainda acreditam que criança “gordinha” é sinónimo de saúde e competência parental. As mães querem os seus filhos fortes e robustos, se isso não se verifica deduzem que não produzem leite suficiente, o que as impede de identificar o peso excessivo ou obesidade na criança (Bezerra et al, 2014).

Estes valores que estão enraizados na família podem significar uma barreira na adoção de comportamentos saudáveis. Alguns pais acreditam que com o crescimento o peso tende a normalizar e a tornar-se adequado ao longo do crescimento. Isto traduz-se numa postura despreocupada, pouco consciente e por vezes negligente face ao estado de saúde das crianças.

O padrão alimentar da família influencia o estado de saúde físico e psicológico da criança. Integrar os aspetos culturais nas atividades de promoção de saúde e de orientação nutricional pode ser uma estratégia mais assertiva na prevenção do excesso de peso. Apesar da maior preocupação com a imagem na sociedade atual, na qual corpos magros significam beleza e saúde, esta representação parece ainda não se transpor para a infância.

A percepção parental adequada sobre o estado nutricional dos filhos proporciona maior adesão e eficácia ao tratamento e à implementação de medidas preventivas no controle de peso e conseqüente diminuição da prevalência da obesidade na infância. O sucesso do tratamento exige que a criança manifeste interesse e vontade em fazê-lo, mas como nesta faixa etária as crianças ainda não têm plena consciência das conseqüências futuras a nível de saúde resultantes do excesso de peso, cabe aos pais o papel fundamental de orientar e incentivar a mudança de comportamentos para uma vida mais saudável que englobe toda a

família para que a criança nunca se sinta excluída, evitando sentimentos de revolta, frustração, depressão, ansiedade, entre outros.

1.3. A Enfermagem no combate à Obesidade Infantil

A família é a principal responsável no que concerne à educação das crianças, uma vez que os comportamentos alimentares e de atividade física que são apreendidos na infância são fortemente influenciados pelo seio familiar. Uma vez que o ganho de peso exagerado na infância predispõe à obesidade na fase adulta, o enfermeiro desempenha assim um papel de extrema relevância na comunidade, onde pode e deve intervir ativamente na prevenção e controle da obesidade na infância.

Salienta-se novamente a importância da conscientização dos pais face ao estado nutricional dos filhos, urge apelar à sua responsabilidade perante a saúde dos menores alertando para as consequências que a obesidade pode ocasionar a curto, médio e longo prazo. Como conclui o estudo realizado por Teronio e Cobayashi (2011), a percepção parental distorcida relativamente ao estado nutricional dos filhos impede o sucesso da prevenção, tratamento e consequente diminuição da prevalência da obesidade na infância.

Os pais precisam de ser orientados e elucidados para a importância de uma alimentação saudável bem como de hábitos de atividade física que contribuam para manutenção da saúde e qualidade de vida da família. Torna-se assim essencial que o enfermeiro implemente através da educação para a saúde estratégias que envolvam a família e alertem para a importância da aquisição de hábitos saudáveis.

O enfermeiro deve fornecer orientações úteis relativamente a escolhas alimentares e comportamentos saudáveis e informar a puérpera relativamente às vantagens de uma amamentação plena, que poderão minimizar os riscos da obesidade materna e a maior probabilidade de vir a ter filhos com excesso de peso e obesidade.

Em contexto comunitário, na consulta de saúde infantil e juvenil os enfermeiros têm a oportunidade de orientar sobre a importância de uma alimentação saudável e a prevenção do excesso de peso, realizar a vigilância nutricional em cada etapa do crescimento e desenvolvimento infantil especialmente

nos primeiros anos de vida, monitorizar os dados antropométricos e identificar os casos de riscos. A identificação de crianças em risco de obesidade permite aos profissionais da saúde intervir precocemente em parceria com outros profissionais, nomeadamente nutricionistas, médicos ou psicólogos.

Os programas de intervenção devem ter como foco a família, numa visão holística, sustentados na parceria de cuidados onde a participação ativa da família é fundamental para a alteração de comportamentos. É de salientar a importância de perspetivar a família como unidade central dos cuidados de enfermagem, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças, influenciadas pela comunidade na qual estão inseridas. Os enfermeiros precisam de conhecer o contexto e as necessidades das crianças e das famílias que cuidam para poderem satisfazer as suas necessidades básicas.

Num estudo realizado por Zehle et al (2007), relativamente aos programas de prevenção sobre obesidade infantil, estes defendem que se deve adotar uma abordagem intervencionista em detrimento das práticas informativas, ou seja, dotar os pais das competências necessárias para a aquisição de hábitos alimentares e de atividade física sólidos. Realçando ainda a importância da influência dos enfermeiros na prevenção da obesidade na infância (Camargo et al, 2011).

Se as famílias não demonstram ser capazes de implementar e adotar as mudanças de comportamentos necessárias para uma conduta saudável, a escola e os serviços de saúde representam os principais meios de ligação para as crianças, no que respeita à educação para a saúde. A prevenção e o controle da obesidade infantil podem ser efetivas através de atividades educativas envolvendo pais, professores e alunos (Santos et al, 2010). Nomeadamente através de palestras educativas, elaboração de ementas saudáveis, organização de eventos que incluam atividade física (peddy-paper, corta-matos, etc).

Assim, a Equipa de Saúde Escolar desempenha um papel fundamental na vigilância e proteção da saúde e na aquisição de conhecimentos e competências em promoção de saúde, que visem promover a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa. Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidade de saúde e educativas especiais, promover um ambiente escolar seguro e agradável, reforçar os fatores de proteção relacionados com o estilo de vida saudável. A saúde

escolar deve assim atuar na educação para a saúde da comunidade, crianças e jovens, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida a médio e longo prazo.

Para a mudança de comportamentos na sociedade que visem a melhoria da saúde pública, é também fundamental a conscientização por parte dos profissionais de saúde das complicações inerentes ao excesso de peso e obesidade bem como da importância da identificação precoce dos casos de risco, evitando complicações futuras. Através da implementação das estratégias mencionadas os enfermeiros podem contribuir para a diminuição da prevalência de obesidade infantil, reduzindo desta forma o número de obesos, hipertensos e diabéticos adultos.

Desta forma, o acompanhamento ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança é um fator crucial para a detecção e prevenção eficazes da obesidade na infância. Para mudar esta realidade os enfermeiros deve alertar os pais e familiares dos riscos de uma vida sedentária bem como relativamente às patologias que podem dela derivar.

Este tipo de atividades fazem parte de um exercício profissional de excelência, conforme sugerem os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, nos quais o Enfermeiro “ajuda os clientes a alcançar o máximo potencial de saúde” (OE, 2011, pág. 14).

2. ENQUADRAMENTO METODOLOGICO

A obesidade é hoje um dos problemas de saúde pública que assola as sociedades ditas desenvolvidas sendo transversal a todas as faixas etárias. A obesidade infantil deve ser assumida com particular preocupação, pois uma criança obesa tem maior probabilidade de vir a ser um adulto obeso, com repercussões inerentes na saúde e compromisso da sua longevidade. Neste sentido, os profissionais de enfermagem que trabalham na área da saúde infantil e juvenil devem ter como foco de atenção o desenvolvimento de estratégias preventivas, na prossecução de promoverem o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças e jovens. A abordagem em idades precoces potenciará indubitavelmente ganhos em saúde, pois a investigação tem demonstrado que os primeiros anos de vida são estruturantes para a aquisição de hábitos de vida saudáveis.

Este capítulo apresenta o processo metodológico utilizado para a elaboração do presente estudo de investigação. A investigação científica “é um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, isto é, do mundo que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos” (Fortin, 2009, pag.4).

Após reflexão sobre a metodologia a utilizar nesta investigação, a abordagem quantitativa surge como a metodologia capaz de ir ao encontro dos objetivos estabelecidos que orientam o desenho de investigação. Trata-se de uma metodologia objetivista que é “baseada na observação de factos, de acontecimentos e de fenómenos objetivos e comporta um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis. O investigador segue um processo racional que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema de investigação à medida dos conceitos e à obtenção dos resultados” (Fortin, 2009, pag.20).

O presente estudo visa contribuir para um melhor conhecimento do estado nutricional da população infantil de uma instituição de ensino pré-escolar, promovendo uma maior adequabilidade das práticas de enfermagem no âmbito da promoção/ educação para a saúde junto das crianças e figuras parentais.

2.1. Problemática e Justificação do Estudo

Após a revisão bibliográfica elaborada no capítulo anterior denota-se a necessidade de continuar a aprofundar a complexidade do fenómeno - a obesidade infantil. Considerada a epidemia do século XXI, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde do indivíduo (OMS, 2004).

Segundo a British Medical Association (2005), mais de 22 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade têm excesso de peso. Segundo os estudos mais recentes da Organização Mundial de Saúde, em Portugal uma em cada três crianças tem excesso de peso ou obesidade. De acordo com a Comissão Europeia, Portugal está entre os países europeus com maior número de crianças afetadas por esta epidemia: 29% das crianças portuguesas com idades compreendidas entre os 2 e 5 anos têm excesso de peso e 12,5% são obesas (APCOI, 2013).

Vários fatores estão na origem da obesidade, tais como fatores genéticos, fisiológicos e metabólicos, no entanto as explicações estão cada vez mais associadas aos estilos de vida e hábitos alimentares. Além desta herança, os fatores do meio ambiente e particularmente os do ambiente familiar contribuem para definir as características do crescimento e desenvolvimento da criança. Assim, a obesidade é considerada como um fator central para o aumento de risco de inúmeras doenças com elevada morbilidade e mortalidade, como são as doenças cardiovasculares, tais como enfarte e morte súbita. O excesso de peso tanto nos adultos como nas crianças tem grande no risco cardiovascular e no aparecimento de diabetes (Oliveira et al, 2003).

Face a esta realidade, as diretivas do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, foram introduzidas as curvas de avaliação ponderal da OMS, sendo também preconizado a avaliação do IMC desde o recém-nascido (DGS, 2013). Crianças com excesso de peso apresentam maior probabilidade de se tornarem adultos obesos, sendo que é reconhecido que a idade dos quatro aos seis anos de idade é um dos períodos mais críticos para a instalação da obesidade. Tendo em conta que a idade pré-escolar é um momento crucial para atuar preventivamente, é determinante o conhecimento do estado nutricional da criança nesta faixa etária e a identificação dos fatores de risco que possam estar associados aos estados de obesidade da população em estudo (Gomes, 2010).

2.2. Metodologia

“A escolha de um método depende da orientação do investigador, das suas crenças, da sua preferência e, sobretudo, da questão colocada” (Fortin, 2009, pag.37). Surge de uma inquietação pessoal ou profissional, onde é preciso determinar qual a melhor forma de dar resposta às questões levantadas face à problemática em estudo.

Para o presente estudo utilizou-se o método de investigação quantitativo que se caracteriza “pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos”, do tipo descritivo transversal. “Visa fornecer uma descrição e uma compreensão alargada de um fenómeno” (Fortin, 2009 Cit. Burns e Grove, 2001 e Parse, 1996).

O objetivo da investigação quantitativa é “estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, predizer resultados de causa e efeito ou verificar teorias ou proposições teóricas” (Fortin, 2009, pag.30).

A investigação parte sempre de uma questão, um “enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, pag.73).

Assim, dada a relevância desta problemática, definiu-se como **pergunta de investigação** orientadora deste estudo:

- **Como se caracterizam as crianças dos 3 aos 5 anos de idade do Jardim de Infância da Biquinha e seus pais, relativamente à adoção dos estilos de vida - alimentação e atividade física?**

2.3. Objetivos do estudo

Para a presente investigação definiram-se os seguintes objetivos:

- ✓ Caracterizar as crianças de uma instituição de ensino pré-escolar – Creche e Jardim de Infância da Biquinha, quanto ao género e dados antropométricos;
- ✓ Identificar a frequência de crianças com excesso de peso e obesidade, numa amostra de crianças em idade pré-escolar nesta instituição de ensino;
- ✓ Identificar a perceção parental relativamente à imagem corporal/estado nutricional dos filhos;
- ✓ Descrever os estilos de vida – alimentação e atividade física – adotados pelas crianças e pais em estudo.

2.4. População e Amostra

Segundo Fortin (2009), pág. 312, a amostra corresponde a uma fração de uma população sobre a qual se faz o estudo, sendo que esta deve ser “representativa desta população, isto é, que certas características da população devem estar presentes em todos os elementos da população”.

O estudo foi realizado na Creche e Jardim de Infância da Biquinha - Santa Casa da Misericórdia de Matosinhos, pela acessibilidade da amostra, o que se revelou um fator preponderante para a sua concretização. Trata-se assim de uma amostragem não probabilística, em que amostra de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009).

A população foi constituída por todas as crianças que frequentaram o ensino pré-escolar no ano letivo 2013/2014 e suas famílias, na Creche e Jardim de Infância da Biquinha. Como **critério de inclusão**, foi considerado a criança ter idade compreendida entre os 3 e os 5 anos de idade e estar presente no estabelecimento de ensino durante os dias em que decorreu o estudo (condição necessária para o registo de dados antropométricos) e foram apenas **excluídas** as crianças cujos pais não acederam a participar no estudo.

A amostra é constituída por 59 crianças, sendo que se verificou uma adesão ao estudo de 44 crianças, nas quais foram devolvidos 40 questionários e avaliadas antropometricamente 37 crianças. O menor número de crianças avaliadas antropometricamente deve-se ao facto de estas não estarem presentes nos dias da avaliação ou por falta de consentimento por parte dos encarregados de educação.

2.5. Variáveis

As variáveis são unidades de base da investigação que podem ser medidos, manipulados ou controlados, “qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo”. Estas podem tomar diferentes valores, distinguindo-se as independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas (Fortin, 2009, pag.171). Dado que não pretendemos manipular variáveis, pois não se trata de um estudo experimental e dada a dificuldade de estabelecer relações de causalidade entre as variáveis em estudo, optamos por defini-las como variável principal e variáveis secundárias.

Como variável principal considerou-se o excesso de peso e obesidade. A operacionalização do excesso de peso e obesidade é mais à frente explicitada quando nos referimos à avaliação dos percentis. Como variáveis secundárias enumera-se as seguintes, exercício físico, hábitos alimentares, sexo, idade, dados sociodemográficos (nível de escolaridade, situação profissional dos pais, coabitação), atividades de lazer, perceção parental, aleitamento materno e horas de sono.

2.6. Instrumentos de Colheita de Dados

Para a colheita de dados recorreremos a vários instrumentos. Para avaliar os hábitos alimentares utilizou-se o questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis (Rito, 2007), disponível no site www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ (Anexo II). Porém para a utilização deste instrumento foi solicitada autorização à autora (Anexo I). Este questionário é constituído por 36 questões e está dividido em quatro partes.

A primeira parte de caracterização dos dados socioeconómicos relativos à família é constituída por 6 perguntas onde se pretende saber qual dos progenitores responde ao questionário, a data de nascimento da criança, a idade dos pais, as

pessoa que moram com a criança, o nível de escolaridade dos pais, a profissão e a sua situação profissional.

A segunda parte, composta por 24 perguntas, reporta aos hábitos alimentares e de atividade física da criança. Pretende-se saber com quantas semanas de gestação nasceu a criança, o peso e comprimento à nascença; a idade da mãe no parto, se tem diabetes ou sofreu de diabetes gestacional; a alimentação do bebé no primeiro ano de vida, quanto tempo foi alimentado com leite materno, quando foram introduzidos os outros alimentos, quem orientou a alimentação da criança, se faz alguma alimentação especial ou sofre de alguma patologia. Questiona-se também com que idade a criança entrou para o Jardim de Infância, quantas horas por dia permanece, onde almoça e qual a sua satisfação em relação à escola. Que tipo de atividades faz a criança ao fim de semana, quantas horas passa a jogar ou ver televisão, que tipo de atividades extra curriculares faz e com que frequência. Pergunta-se ainda quantas horas dorme a criança por noite e durante o dia e a que horas acorda para ir para a escola.

A terceira parte corresponde ao questionário de frequência alimentar que está subdividida por grupos alimentares nomeadamente:

- Leite, laticínios e produtos lácteos
- Carne e produtos similares; Ovos
- Peixe e Marisco
- Óleos e Gorduras
- Pão, Cereais e similares
- Hortaliças e Legumes
- Frutos
- Bebidas
- Doces e Pastelaria

Nestes quadros pretende-se que os pais assinalem com que frequência e em que quantidades ingerem os alimentos enumerados. Questiona-se ainda qual o grau de preocupação dos pais em relação ao comportamento alimentar dos filhos e com que frequência fazem refeições fora de casa.

Por último, relativamente aos pais pretende-se saber se a atividade laboral é sedentária ou ativa em termos físicos, a que atividades de lazer se dedicam nos

tempos livres, que tipo de alimentos fazem parte da sua alimentação e com que frequência.

Para avaliação da percepção parental foi utilizada a escala visual de silhuetas (Eckstein et al, 2006) (Anexo IV), após consentimento dos autores (Anexo III). Esta escala já foi utilizada em Portugal (Gomes et al, 2010). O esquema é constituído por sete silhuetas de crianças, masculinas e femininas, numeradas de 1 a 7, que corresponde ao score de cada figura. A figura central para cada classe corresponde ao P50 de IMC. Na aplicação, é solicitado aos pais que assinalem a figura que eles consideram que melhor representa a silhueta do seu filho(a). A percepção real dos pais é comparada com o estado nutricional da criança (valor obtido pelo percentil de IMC).

Para a avaliação antropométrica foram definidos os procedimentos a utilizar na respetiva avaliação (Anexo V). Para o peso foi utilizada a balança InBody 230.

Relativamente à avaliação da estatura das crianças foi utilizado o estadiómetro portátil, colocado em local sem irregularidades no chão da sala e junto a uma parede vertical.

A avaliação dos percentis do IMC tiveram por base as curvas de crescimento para idade e sexo, referência americana do Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics (CDC/NCHS, 2000), utilizadas em Portugal por deliberação da Direção Geral da Saúde; a classificação do estado nutricional e identificação da pré-obesidade e obesidade na criança, as suas respetivas definições (Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação do estado nutricional da criança.

CLASSIFICAÇÃO	PERCENTIL DE IMC (CDC, 2000)
Baixo Peso	$P < 5$
Peso Normal	$5 \leq P < 85$
Peso Excessivo	$P \geq 85$
Pré-obesidade	$85 \leq P < 95$
Obesidade	$P \geq 95$

(CDC/NCHS, 2000).

➤ **Caracterização da criança**

Relativamente às variáveis antropométricas, utilizou-se as medidas do peso e da estatura na medida em que nos permitem uma avaliação rápida e fácil do estado nutricional das crianças. Tendo em consideração os objetivos da investigação, a determinação antropométrica é considerada um método simples, pouco dispendioso, de fácil utilização e padronização, não-invasivo e indolor. Pode, no entanto, haver avaliações erradas, resultantes de erros de medição, erros instrumentais e dificuldade na execução da medição.

Considerou-se a data de nascimento para a determinação da idade da criança, constante no questionário à família da criança e nos registos do Jardim de Infância. Tendo em conta a idade e o sexo, fez-se a avaliação do peso e da estatura, através da bioimpedância bioelétrica, que nos indica a composição corporal da criança.

Para a medição do peso das crianças deverá ser utilizada uma balança de plataforma idêntica à utilizada para os adultos, com divisões de 100 g, tendo os devidos cuidados: calibrar; verificar se o braço da balança está no ponto médio; travar após a leitura do peso; retornar os cursores a zero na escala numérica, após a retirada da criança. A criança deverá colocar-se no centro da balança, com o mínimo de roupa, permanecer quieta e com o peso uniformemente distribuído por ambos os pés.

A estatura deve ser medida num estadiómetro (escala vertical com uma pá horizontal, deslizante e perpendicular a esta, com precisão de 1 mm). A criança deve estar de pé, descalça, no centro do estadiómetro, corpo ereto, ombros relaxados, pés juntos, joelhos estendidos e com o peso distribuído uniformemente por ambos os pés; os calcanhares, nádegas, costas e parte superior da cabeça deverão estar em contacto com a escala. A cabeça deve estar segura com firmeza e com orientação segundo o plano aurículo-orbital (plano de Frankfort) (Loman, Roche e Martorell, 1988; Rito e Anjos, 2002).

➤ **Material utilizado**

Para as avaliações antropométricas das crianças, foi utilizada uma balança de bioimpedância bioelétrica, marca InBody, modelo 230. É um método de quantificação corporal que consiste na passagem de uma muito leve corrente elétrica pelo corpo, sendo um método bastante seguro para pacientes pediátricos, que nos permite avaliar a composição corporal. Estima-se dessa forma a percentagem de gordura, massa magra, água corporal total e metabolismo basal diário.

O estadiómetro, marca SECA, é o modelo 214 (20-207 cm), para crianças e adolescentes, portátil (escala vertical com uma pá horizontal, deslizante e perpendicular a esta), com precisão de 0,1 cm (1mm).

2.7. Procedimentos de Colheita de Dados

Antes de procedermos à colheita de dados foi previamente contactada a direção da instituição a fim de ser apresentado o projeto. Dada a anuência da instituição, foi formalizado o pedido, e concedida a respetiva autorização. Neste âmbito foi-nos solicitado o acesso à informação relativamente ao número de crianças inscritas e a frequentar o Jardim de Infância no presente ano letivo, com os respetivos nomes e datas de nascimento (crianças dos 3,4,5 anos). Isto permitiu-nos identificar o grupo alvo, tendo sido endereçado aos pais /encarregados de educação em carta, a informação sobre a investigação e solicitação do consentimento informado (anexo IX). Foram distribuídos os questionários de colheita de dados atrás referidos, tendo sido pedido a colaboração das educadoras e auxiliares de cada sala – o elo de ligação entre os pais e a instituição - no sentido de motivarem os pais a colaborar, alertando para a importância de responderem a todas as questões. Posteriormente foi marcada a data para a avaliação antropométrica das crianças, num horário que não interferisse com o desenvolvimento das atividades pedagógicas. No Jardim de Infância foi atribuída uma sala (Ginásio) com boas condições de ambiente, que reunia condições de trabalho e silêncio.

No final foi entregue o certificado de participação a cada criança (Anexo VI), como agradecimento pela sua participação na investigação e também entregue aos pais a avaliação da composição corporal do(a) seu/sua filho(a) (Anexo VII).

A colheita de dados foi realizada entre Março e Abril de 2014, sendo dividida em duas visitas à instituição para conseguir avaliar todas as crianças presentes.

Para o tratamento dos dados recorreremos ao Software SPSS (versão 19.0), utilizando estatística descritiva e inferencial.

2.8. Considerações Éticas

Para a realização deste trabalho de investigação foram salvaguardados todos os princípios éticos, baseados no respeito pela dignidade humana, contíguos a todas as pessoas envolvidas no decorrer do mesmo. No que respeita à condução de investigações, a Comissão Nacional Americana anuncia que devem ser seguidos os três princípios éticos: o respeito pela autonomia, a beneficência e a justiça (Fortin, 2009).

O procedimento teve início no pedido de autorização à instituição de ensino para a realização do estudo, dirigido à Diretora da Creche e Jardim de Infância da Biquinha, sendo solicitado consentimento para a colheita de dados (Anexo VIII). Após autorização deu-se seguimento ao trabalho de campo.

Nos questionários dirigidos aos pais, seguia um formulário de consentimento informado (Anexo VII), que apresentava os elementos necessários à compreensão do estudo bem como à relevância da sua participação. Foi solicitada a autorização para a avaliação antropométrica, sendo assegurada toda a confidencialidade das informações pessoais fornecidas.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Sendo o objetivo do estudo descrever os estilos de vida – alimentação e atividade física – adotados pelas crianças e pais em estudo, serão apresentados inicialmente os dados que caracterizam os sujeitos em estudo, nomeadamente os dados demográficos e os dados clínicos pediátricos e gestacionais. Seguidamente serão apresentados os dados relativos aos estilos de vida, alimentação e atividade física, das crianças e dos pais inquiridos.

➤ Caracterização dos sujeitos em estudo

▪ Dados sociodemográficos

Das 59 crianças matriculadas na Creche e Jardim de Infância da Biquinha no ano letivo de 2013/2014, nas salas dos 3, 4 e 5 anos, verificou-se uma adesão ao estudo de 44 crianças (74.6%). Sendo que foram devolvidos 40 questionários (67.8%) e avaliadas antropometricamente 37 crianças (62.7%). O menor número de crianças avaliadas deve-se ao facto de estas não estarem presentes na instituição nos dias de avaliação ou por falta de consentimento dos encarregados de educação para inclusão no estudo.

O questionário foi respondido na sua maioria pelas mães, 35 mães (79.5%) participaram no estudo, sendo que dos inquiridos apenas 5 pais (11.4%) preencheram o questionário de frequência alimentar (quadro 2).

Quadro 2 – Frequência dos pais que responderam ao questionário.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Cumulativa
Válidos	Pai	5	11,4	12,5	12,5
	Mãe	35	79,5	87,5	100,0
	Total	40	90,9	100,0	
Não Válidos		4	9,1		
Total		44	100,0		

A idade média dos pais inquiridos assenta nos 34 anos de idade, sendo que oscila entre os 23 e os 43 anos de idade, como se pode constatar no quadro 3.

Quadro 3 – Idade média dos pais que responderam ao questionário.

	Média	Mínimo	Máximo
Idade da mãe	34	23	43
Idade do pai	34	23	43

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos pais, foi feito um reagrupamento de acordo com o nível de escolaridade das figuras parentais. O nível de escolaridade foi agrupado em três níveis diferentes, nomeadamente ensino básico, secundário e superior. Pode-se verificar que na generalidade as mães (quadro 5) são mais qualificadas comparativamente aos pais questionados (quadro 4), nas quais 14 mães (31.8%) possuem o ensino superior. Relativamente ao ensino secundário, observa-se 19 pais (43.2%) e 17 mães (38.6%) com este nível de escolaridade. Finalmente, sendo o valor uniforme verifica-se que 9 pais e 9 mães (20.5%) possuem o ensino básico.

Quadro 4 – Escolaridade dos pais.

		Frequência	Percentagem
Escolaridade do pai	Ensino básico	9	20,5%
	Ensino secundário	19	43,2%
	Ensino superior	12	27,3%

Quadro 5 – Escolaridade das mães.

		Frequência	Percentagem
Escolaridade da mãe	Ensino básico	9	20,5%
	Ensino secundário	17	38,6%
	Ensino superior	14	31,8%

Relativamente à situação de empregabilidade dos pais inquiridos, pode-se constatar que a maioria está empregada. Relativamente à situação profissional do pai, 27 (73%) indicaram que estão ativos, sendo que 27% estão no desemprego. Por sua vez, 28 das mães (70%) estão a trabalhar enquanto 12 mães (30%) estão em situação de desemprego (quadro 6). Sendo que, nesta amostra, nenhuma das figuras parentais se encontra aposentada.

Quadro 6 – Situação profissional dos pais inquiridos.

		Frequência	Percentagem
Situação profissional atual do pai	Ativo	27	73,0%
	Desempregado	10	27,0%
	Aposentado	0	0,0%
Situação profissional atual da mãe	Ativo	28	70,0%
	Desempregado	12	30,0%
	Aposentado	0	0,0%

A distribuição das crianças pelas salas é heterogénea, sendo que das 44 crianças em estudo, 9 crianças pertencem à sala dos 5 anos (20.45%), 19 crianças são da sala dos 4 anos (43.18%) e por fim 16 crianças estão na sala dos 3 anos (36.36%).

Das 44 crianças incluídas no estudo prevalece o sexo masculino, na qual temos 23 meninos (52.3%) e 21 meninas (47.7%), como sugere o quadro 7, com idades compreendida entre os 3 e os 5 anos de idade.

Quadro 7 - Caracterização do género das crianças em idade pré-escolar em estudo.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Casos Válidos	Feminino	21	47.7	47.7
	Masculino	23	52.3	100.0
	Total	44	100.0	

Segundo preconiza o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil no estabelecimento de valores ponderais, a recolha destes dados permite-nos identificar a frequência de crianças que apresentam excesso de peso ou estados de obesidade na nossa amostra.

Dada a rarificação dos subgrupos das crianças com excesso de peso e obesidade nesta amostra de crianças, opta-se por agrupar estas num único grupo para melhor interpretação dos dados. Desta forma, todas as crianças com percentil de IMC superior a 85 (P (85)) serão descritas no mesmo grupo. Podemos então constatar que neste estudo, das 37 crianças que foram avaliadas, observaram-se 5 crianças com excesso de peso e obesidade (11.4%), na amostra de 37 crianças que foram avaliadas antropometricamente. Das restantes crianças 28 são normoponderais (63.6%) e 4 apresentam baixo peso (9.1%), como se pode constatar no quadro 8.

Quadro 8 - Percentil de IMC das crianças.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Válidos	Baixo peso	4	9,1	10,8	10,8
	Normal	28	63,6	75,7	86,5
	Excesso de peso e obesidade	5	11,4	13,5	100,0
	Total	37	84,1	100,0	
Não Válidos		7	15,9		
Total		44	100,0		

Relativamente à frequência de crianças com excesso de peso e obesidade segundo o género da criança, pode-se observar que prevalece no sexo feminino, como indica o quadro 9, na qual se observaram 3 meninas (14.3%) com excesso de peso/obesidade em comparação com o sexo masculino com 2 meninos (8.7%).

Quadro 9 - Percentil de IMC das crianças segundo o género.

	Género da criança			
	Feminino		Masculino	
	Frequência	Percentagem Total	Frequência	Percentagem Total
Baixo peso	0	0,0%	4	17,4%
Normal	16	76,2%	12	52,2%
Excesso de peso e obesidade	3	14,3%	2	8,7%

▪ **Dados Clínicos Pediátricos e Gestacionais**

Relativamente aos dados de gestação das mães inquiridas, a maioria das crianças nasceram às 38 semanas. No entanto, verifica-se que as semanas de gestação oscilam entre as 30 semanas e as 42 semanas, como indica o quadro 10.

Quadro 10 – Tempo de gestação.

	Frequência	Mínimo	Máximo	Média
Nº de semanas de gestação com que a criança nasceu	44	30	42	38

Como podemos constatar através da análise do quadro 11, a idade das mães no momento em que os filhos nasceram oscila entre os 17 (2.3%) e os 38 anos de idade (4.5%). Sendo que a grande maioria foram mães entre os 31 (11.4%) e os 32 anos de idade (11.4%).

Quadro 11 – Idade da mãe quando a criança nasceu.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem Acumulada
Válidos	17	1	2,3	2,5	2,5
	21	2	4,5	5,0	7,5
	22	2	4,5	5,0	12,5
	23	2	4,5	5,0	17,5
	24	2	4,5	5,0	22,5
	25	1	2,3	2,5	25,0
	28	3	6,8	7,5	32,5
	29	1	2,3	2,5	35,0
	30	4	9,1	10,0	45,0
	31	5	11,4	12,5	57,5
	32	5	11,4	12,5	70,0
	33	4	9,1	10,0	80,0
	34	2	4,5	5,0	85,0
	35	2	4,5	5,0	90,0
	37	2	4,5	5,0	95,0
	38	2	4,5	5,0	100,0
		Total	40	90,9	100,0
Não Válidos		4	9,1		
Total		44	100,0		

Relativamente ao aumento de peso durante a gravidez, as mães inquiridas ganharam em média 12,9 quilogramas. No entanto, verificou-se que o ganho de peso ao longo da gestação oscilou entre os 4 e os 25 quilogramas (quadro 12).

Quadro 12 – Aumento de peso da mãe durante a gravidez.

	Frequência	Mínimo	Máximo	Média
Aumento de peso da mãe durante a gravidez	44	4,0	25,0	12,9

No que concerne ao peso e comprimento das crianças à nascença, poderemos analisar esses dados no quadro 13. Quanto ao peso das crianças, verifica-se que nesta amostra pesavam em média 3106.7 gramas à nascença, sendo que este valor oscila entre os 1890.0 e os 3960.0 gramas. Relativamente ao comprimento, este varia entre os 43 e os 52 centímetros sendo que o valor médio assenta nos 48,3 centímetros à nascença.

Quadro 13 – Dados antropométricos das crianças à nascença.

	Frequência	Máximo	Média	Mínimo
Peso da criança ao nascimento (gramas)	44	3960,0	3106,7	1890,0
Comprimento da criança ao nascimento (cm)	44	52,0	48,3	43,0

Relativamente à presença de diabetes mellitus nas mães inquiridas pode-se constatar que a grande maioria das mães não é diabética (88.6%), sendo que nesta amostra apenas uma mãe refere sofrer desta patologia (2.3%), como se pode confirmar no quadro 14.

Quadro 14 – Frequência de mães diabéticas.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Válidos	Sim	1	2,3	2,5	2,5
	Não	39	88,6	97,5	100,0
	Total	40	90,9	100,0	
Não Válidos		4	9,1		
Total		44	100,0		

No entanto, quatro das mães (9.1%) afirmam que sofreram de diabetes gestacional, como indica o quadro 15. Sendo que 36 mães (81.8%) referiram que não sofreram de diabetes no decurso da gestação.

Quadro 15 – Frequência de mães que sofreram de diabetes gestacional.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Válidos	Sim	4	9,1	10,0	10,0
	Não	36	81,8	90,0	100,0
	Total	40	90,9	100,0	
Não Válidos		4	9,1		
Total		44	100,0		

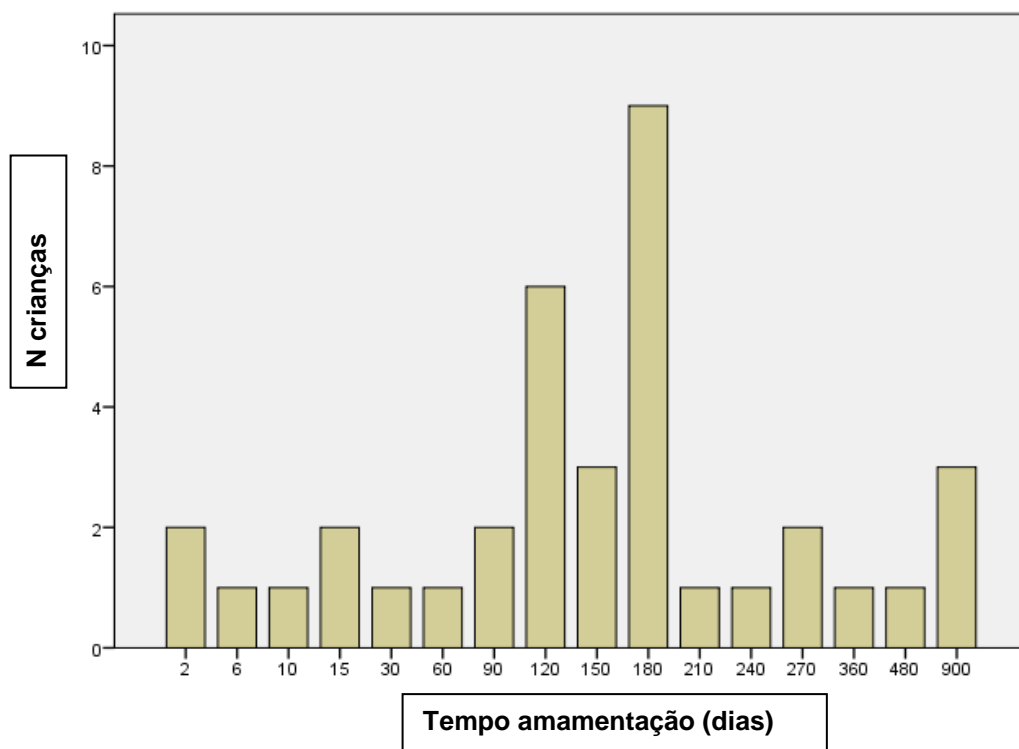
Relativamente à alimentação no primeiro ano de vida, questionou-se aos pais quanto ao tempo que a criança foi amamentada com leite materno. Na qual apenas 3 pais (6.8%) referiram que os seus filhos não tinham sido amamentados com leite materno (quadro 16).

Quadro 16 – Frequência de amamentação com leite materno das crianças.

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida
Válidos	Sim	37	84,1	92,5
	Não	3	6,8	7,5
	Total	40	90,9	100,0
Não validos		4	9,1	
Total		44	100,0	

Dos inquiridos, 37 pais (84.1%) indicaram que os seus filhos tinham sido amamentados com leite materno, valor que oscila entre os 2 e os 900 dias (30 meses), com predominância nos 180 (6 meses) e 120 dias (4 meses), como se pode observar no gráfico 1.

Gráfico 1 – Frequência do tempo de amamentação das crianças (em dias).



➤ **Caracterização dos Estilos de Vida: Alimentação e Atividade Física**

▪ **Crianças**

Através dos dados fornecidos no questionário dos 39 pais que responderam a esta questão, pode-se constatar que as crianças passam em média 7,9 horas por dia no Jardim de Infância (quadro 17). Sendo que, no mínimo passam 7 horas e no máximo 10 horas por dia no Jardim de Infância. Estes dados permitem-nos ainda deduzir que a maioria das crianças almoça na cantina da escola.

Quadro 17 – Número de horas que a criança passa no Jardim de Infância.

	Frequência	Mínimo	Máximo	Média
Horas que a criança passa no Jardim de Infância	39	7,0	10,0	7,9

Constatou-se que a grande maioria das crianças desta instituição dormem em média nove horas por noite, como demonstra o quadro 18, na qual 13 crianças (29.5%) deram a mesma resposta. De referir ainda que 10 crianças (22.7%) dormem em média dez horas por noite. Apenas uma criança (2.3%) dorme apenas sete horas por noite.

Quadro 18 – Frequência de tempo de sono durante a noite (horas).

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Válidos	7	1	2,3	2,5	2,5
	7,5	3	6,8	7,5	10,0
	8	3	6,8	7,5	17,5
	8,5	1	2,3	2,5	20,0
	9	13	29,5	32,5	52,5
	9,5	9	20,5	22,5	75,0
	10	10	22,7	25,0	100,0
	Total	40	90,9	100,0	
Não Válidos		4	9,1		
Total		44	100,0		

Durante o dia as crianças dormem cerca de 2 horas (quadro 19), deduz-se que seja no infantário, uma vez que é rotina da instituição as crianças dormirem depois do almoço. Assim, 27.3% dos pais indicaram que os filhos dormem duas horas no período diurno.

Quadro 19 – Frequência de tempo de sono durante o dia (horas).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem Acumulada
Válidos	1	4	9,1	13,3	13,3
	1,5	7	15,9	23,3	36,7
	1,6	3	6,8	10,0	46,7
	2	12	27,3	40,0	86,7
	2,5	1	2,3	3,3	90,0
	2,6	1	2,3	3,3	93,3
	3	2	4,5	6,7	100,0
	Total	30	68,2	100,0	
Não Válidos	Sem resposta	10	22,7		
		4	9,1		
	Total	14	31,8		
Total		44	100,0		

Uma das perguntas do questionário relativamente aos hábitos de atividade física das crianças era quanto à prática de desporto extra-escolar. Como se pode constatar (quadro 20), a maioria dos pais (63.6%) respondeu que os filhos não praticam nenhum tipo de atividade física para além das escolares, sendo que 11 pais (25%) indicaram que os filhos frequentam outras atividades como o ballet, dança, natação, entre outros.

Quadro 20 – Frequência de desporto extra-escolar.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem Acumulada
Válidos	Sim	11	25,0	27,5	27,5
	Não	28	63,6	70,0	97,5
	Não respondeu	1	2,3	2,5	100,0
	Total	40	90,9	100,0	
Não Válidos		4	9,1		
Total		44	100,0		

Relativamente às atividades de lazer, questionou-se quais eram as eleitas pelas crianças durante o fim de semana (quadro 21), sendo que 39 (97.5%) indicaram que veem televisão. Por sua vez, 24 crianças (60%) jogam Playstation, Tablet ou outros jogos de computador, 23 crianças (57.5%) andam de bicicleta e 15 (37.5%) referem que vão ao cinema. A grande maioria (95%) inclui passeios no seu fim de semana, sendo que 85% optam pelas atividades ao ar livre e 57.5% preferem passear no centro comercial. No entanto 11 pais (27.5%) indicam que os filhos fazem outro tipo de atividades ao fim de semana, que não incluem as mencionadas anteriormente.

Quadro 21 – Atividades de lazer realizadas ao fim de semana.

		Sim	Não
Ver Televisão	Frequência	39	1
	Percentagem	97,5%	2,5%
Jogar Playstation, Tablet ou outros jogos de computador	Frequência	24	16
	Percentagem	60,0%	40,0%
Andar de bicicleta	Frequência	23	17
	Percentagem	57,5%	42,5%
Ir ao cinema	Frequência	15	25
	Percentagem	37,5%	62,5%
Passear	Frequência	38	2
	Percentagem	95,0%	5,0%
Passear no shopping	Frequência	23	17
	Percentagem	57,5%	42,5%
Atividades ao ar livre	Frequência	34	6
	Percentagem	85,0%	15,0%
Outras atividades	Frequência	11	28
	Percentagem	27,5%	70,0%

Com o intuito de apurar o tempo despendido pelas crianças em atividades de lazer consideradas sedentárias foi questionado aos pais quanto tempo é que estas passam, em média, a ver televisão (quadro 22) e a jogar jogos de computador (quadro 23) ao longo da semana. Pela análise dos dados dos quadros conclui-se que as crianças passam cerca de 1 a 1 hora e meia por dia a ver televisão sendo que o valor aumenta ao fim de semana em que passam de 1 hora e meia a 2 horas por dia.

Quadro 22 – Tempo passado (minutos) por semana a ver Televisão.

Tempo passado a ver TV	Média
2ª feira	62
3ª feira	64
4ª feira	61
5ª feira	64
6ª feira	70
Sábado	115
Domingo	108

Quadro 23 – Tempo passado (minutos) por semana a jogar jogos de computador.

Tempo passado a jogar jogos de computador	Média
2ª feira	20
3ª feira	14
4ª feira	13
5ª feira	16
6ª feira	15
Sábado	37
Domingo	36

No que concerne aos hábitos de frequência alimentar, pode-se constatar que relativamente às refeições que são feitas em casa juntamente com a família, a maioria das crianças come a mesma comida que os restantes membros da família. Nesta questão, 19 pais indicaram que os seus filhos sempre seguem a mesma dieta da família na refeição. Sendo que apenas um pai indicou que o filho quase nunca faz o mesmo tipo de refeição que a família (quadro 24).

Quadro 24 – Frequência com que a criança come a mesma comida que a família.

		Frequência
A criança come a mesma comida que a restante família	Sempre	19
	Quase sempre	16
	Às vezes	4
	Quase nunca	1
	Nunca	0
A criança come uma comida diferente	Sempre	0
	Quase sempre	2
	Às vezes	7
	Quase nunca	18
	Nunca	9

Procedeu-se ainda à avaliação do padrão alimentar das crianças relativamente aos diferentes grupos alimentares, uma vez que uma nutrição adequada na infância é fundamental para o bem-estar e desenvolvimento da criança ao longo da vida. Assim, nos quadros representativas do consumo alimentar das crianças pode-se analisar a frequência do consumo respetivo a cada grupo alimentar, através da análise das respostas fornecidas pelos pais indagados.

❖ Leite, lacticínios e produtos lácteos

No grupo dos produtos lácteos (quadro 25) pode-se verificar que o leite meio gordo é o mais consumido, no qual 21 crianças (58.3%) indicou que bebe leite meio gordo mais do que uma vez por dia. O leite gordo é o menos consumido pelas crianças, onde 25 (96.2%) indicaram que nunca ou raramente o consomem assim como o leite magro em que 25 pais deram a mesma resposta. Relativamente a este grupo, ressalta-se ainda que os iogurtes infantis são consumidos com bastante frequência, sendo que 10 (30.3%) indicaram que consomem 4-7 vezes por semana e 5 (15.2%) mais do que uma vez por dia. Relativamente aos gelados, 15 pais (46.9%) indicaram que os filhos nunca ou raramente os consomem, no entanto o seu consumo deve ser mais elevado no verão.

Quadro 25 – Frequência do consumo Leite, laticínios e produtos lácteos.

		Nunca ou raramente	1 x 15 -15 dias	1-3x por semana	4-7x por semana	Mais de uma vez por dia
Leite gordo	Frequência	25	0	0	1	0
	Percentagem	96,2%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%
Leite meio gordo	Frequência	3	0	0	12	21
	Percentagem	8,3%	0,0%	0,0%	33,3%	58,3%
Leite magro	Frequência	25	0	0	0	0
	Percentagem	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Leite especial crescimento	Frequência	22	0	0	1	5
	Percentagem	78,6%	0,0%	0,0%	3,6%	17,9%
Leite de cabra/ovelha	Frequência	27	0	0	0	0
	Percentagem	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Leite em pó	Frequência	27	0	0	0	0
	Percentagem	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Leite de soja	Frequência	26	0	0	1	1
	Percentagem	92,9%	0,0%	0,0%	3,6%	3,6%
logurtes	Frequência	2	1	11	18	5
	Percentagem	5,4%	2,7%	29,7%	48,6%	13,5%
logurtes infantis	Frequência	10	2	6	10	5
	Percentagem	30,3%	6,1%	18,2%	30,3%	15,2%
Queijinhos petit-suisse	Frequência	9	7	5	7	2
	Percentagem	30,0%	23,3%	16,7%	23,3%	6,7%
Sobremesas lácteas	Frequência	17	5	4	1	1
	Percentagem	60,7%	17,9%	14,3%	3,6%	3,6%
Queijos semicurados	Frequência	16	1	7	2	0
	Percentagem	61,5%	3,8%	26,9%	7,7%	0,0%
Queijo fresco	Frequência	20	4	4	2	0
	Percentagem	66,7%	13,3%	13,3%	6,7%	0,0%
Gelados	Frequência	15	10	5	1	1
	Percentagem	46,9%	31,2%	15,6%	3,1%	3,1%

❖ **Carne e produtos similares, Ovos**

No que se refere ao consumo de carnes e produtos similares (quadro 26), verifica-se um maior consumo da carne de vaca ou porco, sendo que 17 crianças (45.9%) a consomem 1 a 3 vezes por semana. Relativamente à carne de frango ou peru, o consumo é inferior, sendo que apenas 11 crianças comem este tipo de carne 1 a 3 vezes por semana. Os boiões de carne bem como os boiões de carne

não são muitos frequentes na alimentação das crianças, visto que 34 (94.4%) respondeu que nunca ou raramente opta pelo boião de carne assim como 33 (94.3%) indicaram que não consomem soja ou produtos derivados. Relativamente aos ovos, a maioria indica que consome entre 1-3 vezes por semana (46.2%).

Quadro 26 – Frequência do consumo de Carne, Ovos e produtos similares.

		Nunca ou raramente	1 x 15 -15 dias	1-3x por semana	4-7x por semana	Mais de uma vez por dia
Carnes de vaca, porco	Frequência	3	4	17	12	1
	Percentagem	8,1%	10,8%	45,9%	32,4%	2,7%
Carne de frango, peru	Frequência	4	1	11	4	1
	Percentagem	19,0%	4,8%	52,4%	19,0%	4,8%
Língua, mão de vaca	Frequência	36	0	0	0	0
	Percentagem	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Frango ou peru em panados industriais	Frequência	22	10	6	1	0
	Percentagem	56,4%	25,6%	15,4%	2,6%	0,0%
Croquetes, pastéis de carne, Rissóis de carne	Frequência	19	15	1	1	0
	Percentagem	52,8%	41,7%	2,8%	2,8%	0,0%
Hambúrguer	Frequência	14	19	3	0	0
	Percentagem	38,9%	52,8%	8,3%	0,0%	0,0%
Salchichas	Frequência	10	20	8	0	0
	Percentagem	26,3%	52,6%	21,1%	0,0%	0,0%
Fiambre, chouriço, presunto	Frequência	15	8	14	1	0
	Percentagem	39,5%	21,1%	36,8%	2,6%	0,0%
Boião de carne	Frequência	34	2	0	0	0
	Percentagem	94,4%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Soja e produtos derivados	Frequência	33	2	0	0	0
	Percentagem	94,3%	5,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Ovos	Frequência	7	13	18	0	1
	Percentagem	17,9%	33,3%	46,2%	0,0%	2,6%

❖ Peixe e Marisco

Relativamente ao peixe e marisco (quadro 27), a maior parte das crianças nunca ou raramente consome peixe gordo, peixe em conserva, lulas, polvo, chocos, peixe panado ou frito, douradinhos, camarão e amêijoas bem como os boiões de peixe. O peixe magro é o mais consumido sendo que 61.5% come peixe magro 1 a 3 vezes por semana, assim como o bacalhau onde 35.1% indicam que consomem uma vez de 15 em 15 dias, assim como os que comem 1 a 3 vezes por semana.

Quadro 27 – Frequência do consumo de Peixe e Marisco.

		Nunca ou raramente	1 x 15 -15 dias	1-3x por semana	4-7x por semana	Mais de uma vez por dia
Peixe magro: pescada, faneca	Frequência	4	6	24	4	1
	Percentagem	10,3%	15,4%	61,5%	10,3%	2,6%
Bacalhau	Frequência	10	13	13	1	0
	Percentagem	27,0%	35,1%	35,1%	2,7%	0,0%
Peixe gordo	Frequência	12	13	11	1	1
	Percentagem	31,6%	34,2%	28,9%	2,6%	2,6%
Peixe em conserva	Frequência	17	16	4	0	0
	Percentagem	45,9%	43,2%	10,8%	0,0%	0,0%
Lulas, polvo, chocos	Frequência	16	9	9	0	1
	Percentagem	45,7%	25,7%	25,7%	0,0%	2,9%
Peixe panado/frito, douradinhos	Frequência	19	12	6	0	0
	Percentagem	51,4%	32,4%	16,2%	0,0%	0,0%
Camarão, ameijoas	Frequência	27	8	1	0	1
	Percentagem	73,0%	21,6%	2,7%	0,0%	2,7%
Boião peixe	Frequência	36	0	0	0	0
	Percentagem	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

❖ Óleos e Gorduras

O azeite é a gordura consumida com maior frequência sendo que 47.4% indicam que introduzem azeite na alimentação 4 a 7 vezes por semana (quadro 28). Contrariamente ao óleo que nunca ou raramente é consumido como indicam 75.0 % dos pais. A manteiga é majoritariamente (47.1%) consumida 1 a 3 vezes por semana. Relativamente à margarina, esta não é muito consumida visto que 65.6% indicam que nunca ou raramente a consomem.

Quadro 28 – Frequência do consumo de Óleos e Gorduras.

		Nunca ou raramente	1 x 15 -15 dias	1-3x por semana	4-7x por semana	Mais de uma vez por dia
Azeite	Frequência	3	5	8	18	4
	Percentagem	7,9%	13,2%	21,1%	47,4%	10,5%
Óleos	Frequência	24	5	2	1	0
	Percentagem	75,0%	15,6%	6,2%	3,1%	0,0%
Manteiga	Frequência	5	4	16	8	1
	Percentagem	14,7%	11,8%	47,1%	23,5%	2,9%
Margarina	Frequência	21	2	4	5	0
	Percentagem	65,6%	6,2%	12,5%	15,6%	0,0%

❖ Pão, Cereais e similares

De acordo com o quadro relativo a este grupo alimentar (quadro 29), pode-se constatar que as crianças preferem o pão branco ou tostas (41.0%), sendo que é referido este tipo de consumo 4 a 7 vezes por semana, em detrimento do pão doce ou integral. Neste grupo, e segundo os pais, as crianças preferem o arroz e a massa, sendo que 64.1% indica comer arroz 4 a 7 vezes por semana assim como 52.5% comem massa com a mesma frequência. Ainda assim, a batata cozida é o alimento consumido com maior frequência uma vez que 71.8% indica que come batata ou puré 1 a 3 vezes por semana. Relativamente às batatas fritas caseiras ou de pacote a maioria indica que raramente ou nunca as consomem, assim como os cereais magros.

Quadro 29 – Frequência do consumo de Pão, Cereais e similares.

		Nunca ou raramente	1 x 15 -15 dias	1-3x por semana	4-7x por semana	Mais de uma vez por dia
Pão branco ou tostas	Frequência	2	1	9	16	11
	Percentagem	5,1%	2,6%	23,1%	41,0%	28,2%
Pão integral, mistura	Frequência	20	4	5	6	2
	Percentagem	54,1%	10,8%	13,5%	16,2%	5,4%
Pão de forma	Frequência	17	6	10	4	2
	Percentagem	43,6%	15,4%	25,6%	10,3%	5,1%
Pão doce	Frequência	23	5	5	3	0
	Percentagem	63,9%	13,9%	13,9%	8,3%	0,0%
Arroz	Frequência	0	0	13	25	1
	Percentagem	0,0%	0,0%	33,3%	64,1%	2,6%
Massas	Frequência	0	1	18	21	0
	Percentagem	0,0%	2,5%	45,0%	52,5%	0,0%
Pizza	Frequência	20	15	3	0	0
	Percentagem	52,6%	39,5%	7,9%	0,0%	0,0%
Batatas fritas caseiras	Frequência	13	12	13	1	0
	Percentagem	33,3%	30,8%	33,3%	2,6%	0,0%
Batatas fritas pacote	Frequência	18	15	6	0	0
	Percentagem	46,2%	38,5%	15,4%	0,0%	0,0%
Batatas cozidas, assadas, puré	Frequência	2	3	28	6	0
	Percentagem	5,1%	7,7%	71,8%	15,4%	0,0%
Papas tipo Nestum, Cerelac	Frequência	13	6	11	6	1
	Percentagem	35,1%	16,2%	29,7%	16,2%	2,7%
Cereais açucarados	Frequência	9	13	8	3	6
	Percentagem	23,1%	33,3%	20,5%	7,7%	15,4%
Cereais magros sem açúcar	Frequência	31	3	2	0	0
	Percentagem	86,1%	8,3%	5,6%	0,0%	0,0%

❖ Hortaliças e Legumes

Relativamente ao grupo das hortaliças e legumes (quadro 30), foi mencionado em alguns questionários como chamada de atenção que a maioria destes alimentos é introduzida na sopa. A maior prevalência verifica-se no feijão e grão-de-bico onde 60.5% indicam que os consomem 1 a 3 vezes por semana.

As ervilhas são consumidas por 15 crianças (41.7%) 1 a 3 vezes por semana e a cenoura por 19 crianças (51.4%) com a mesma frequência. A couve branca é utilizada pela maioria (44.4%), bem como a penca (36.1%) também de uma a três vezes por semana. O tomate é consumido pela maioria (40.5%) 1 a 3 vezes por semana. O pepino (76.3%) e o milho doce (69.4%) são os legumes que as crianças nunca ou raramente consomem. Também relativamente aos boiões de sopa onde 35 pais (94.6%) afirmam que os filhos nunca ou raramente os consomem.

Quadro 30 – Frequência do consumo de Hortaliças e Legumes.

		Nunca ou raramente	1 x 15 -15 dias	1-3x por semana	4-7x por semana	Mais de uma vez por dia
Leguminosas: feijão, grão-de-bico	Frequência	5	3	23	6	1
	Percentagem	13,2%	7,9%	60,5%	15,8%	2,6%
Ervilha, grão	Frequência	10	8	15	2	1
	Percentagem	27,8%	22,2%	41,7%	5,6%	2,8%
Couve branca	Frequência	3	3	16	13	1
	Percentagem	8,3%	8,3%	44,4%	36,1%	2,8%
Penca	Frequência	10	7	13	5	1
	Percentagem	27,8%	19,4%	36,1%	13,9%	2,8%
Brócolos	Frequência	9	7	10	9	1
	Percentagem	25,0%	19,4%	27,8%	25,0%	2,8%
Couve-flor, Couve-Bruxelas	Frequência	11	5	14	6	1
	Percentagem	29,7%	13,5%	37,8%	16,2%	2,7%
Grelos, nabiças, espinafres	Frequência	11	12	9	4	1
	Percentagem	29,7%	32,4%	24,3%	10,8%	2,7%
Feijão-verde	Frequência	4	8	16	6	1
	Percentagem	11,4%	22,9%	45,7%	17,1%	2,9%
Milho doce	Frequência	25	4	7	0	0
	Percentagem	69,4%	11,1%	19,4%	0,0%	0,0%
Alface, Agrião	Frequência	7	7	19	3	1
	Percentagem	18,9%	18,9%	51,4%	8,1%	2,7%
Tomate	Frequência	11	4	15	6	1
	Percentagem	29,7%	10,8%	40,5%	16,2%	2,7%
Pepino	Frequência	29	4	4	1	0

	Percentagem	76,3%	10,5%	10,5%	2,6%	0,0%
Cenoura	Frequência	1	0	19	14	3
	Percentagem	2,7%	0,0%	51,4%	37,8%	8,1%
Boião de sopa	Frequência	35	1	1	0	0
	Percentagem	94,6%	2,7%	2,7%	0,0%	0,0%

❖ Frutos

Relativamente à fruta (quadro 31) pode-se concluir que os frutos que as crianças preferem são a laranja, a tangerina (20 consomem 1 a 3 vezes por semana) e a banana (22 consomem 1 a 3 vezes por semana). A maçã e a pera são consumidas por 19 crianças (47.5%) 4 a 7 vezes por semana. Os morangos e cerejas nunca ou raramente são consumidos (32.5%) bem como o melão e a melancia (32.5%), talvez por serem frutos de época. Deduz-se ainda que as crianças raramente consomem frutos de conservas (65.0% nunca ou raramente) e frutos secos (80.0% nunca ou raramente), bem como figos e nêspers (75.0%).

Quadro 31 – Frequência do consumo de Frutos.

		Nunca ou raramente	1 x 15-15 dias	1-3x por semana	4-7x por semana	Mais de uma vez por dia
Maça, pera	Frequência	0	0	17	19	2
	Percentagem	0,0%	0,0%	42,5%	47,5%	5,0%
Laranja, tangerina	Frequência	2	4	20	12	0
	Percentagem	5,0%	10,0%	50,0%	30,0%	0,0%
Banana	Frequência	1	3	22	11	2
	Percentagem	2,5%	7,5%	55,0%	27,5%	5,0%
Kiwi	Frequência	15	6	15	2	0
	Percentagem	37,5%	15,0%	37,5%	5,0%	0,0%
Morangos e cerejas	Frequência	13	8	11	4	1
	Percentagem	32,5%	20,0%	27,5%	10,0%	2,5%
Pêssego, Ameixa	Frequência	17	9	9	3	0
	Percentagem	42,5%	22,5%	22,5%	7,5%	0,0%
Melão, Melancia	Frequência	13	11	9	3	0
	Percentagem	32,5%	27,5%	22,5%	7,5%	0,0%
Figo, nêspers	Frequência	30	1	3	2	0
	Percentagem	75,0%	2,5%	7,5%	5,0%	0,0%
Uvas	Frequência	6	8	17	6	1
	Percentagem	15,0%	20,0%	42,5%	15,0%	2,5%

Frutos conservas	Frequência	26	11	0	0	0
	Percentagem	65,0%	27,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Frutos secos	Frequência	32	1	3	0	1
	Percentagem	80,0%	2,5%	7,5%	0,0%	2,5%
Azeitonas	Frequência	21	12	5	0	0
	Percentagem	52,5%	30,0%	12,5%	0,0%	0,0%
Boião fruta	Frequência	34	1	1	0	0
	Percentagem	85,0%	2,5%	2,5%	0,0%	0,0%

❖ Bebidas

No que concerne às bebidas (quadro 32) a maioria dos pais indica que as crianças nunca ou raramente consomem Ice-tea (50.0%), refrigerantes gaseificados (65.8%), coca-cola (75.7%) e chás (78.4 %). Existe uma maior preferência por sumos de fruta natural, sendo que 12 crianças (32.4%) referem que consomem 1 a 3 vezes por semana. O café e cevadas nunca ou raramente são consumidos uma vez que não é indicado o seu consumo nesta faixa etária.

Quadro 32 – Frequência do consumo de Bebidas.

		Nunca ou raramente	1 x 15 -15 dias	1-3x por semana	4-7x por semana	Mais de uma vez por dia
Ice-Tea	Frequência	20	7	9	4	0
	Percentagem	50,0%	17,5%	22,5%	10,0%	0,0%
Refrigerantes gaseificados	Frequência	25	8	5	0	0
	Percentagem	65,8%	21,1%	13,2%	0,0%	0,0%
Sumos de fruta concentrada	Frequência	18	9	9	2	0
	Percentagem	47,4%	23,7%	23,7%	5,3%	0,0%
Sumos de fruta natural	Frequência	11	14	12	0	0
	Percentagem	29,7%	37,8%	32,4%	0,0%	0,0%
Coca-cola	Frequência	28	6	2	1	0
	Percentagem	75,7%	16,2%	5,4%	2,7%	0,0%
Café ou cevadas	Frequência	32	0	3	1	0
	Percentagem	88,9%	0,0%	8,3%	2,8%	0,0%
Chá preto ou verde	Frequência	33	2	1	0	0
	Percentagem	91,7%	5,6%	2,8%	0,0%	0,0%
Chá de aroma	Frequência	29	7	0	1	0
	Percentagem	78,4%	18,9%	0,0%	2,7%	0,0%

❖ Doces e Pastelaria

Por sua vez, no que se refere aos doces e pastelaria (quadro 33), as bolachas são as mais consumidas pelas crianças, onde se pode verificar que 54.1% as consome 1 a 3 vezes por semana, quer as bolachas tipo Maria ou torrada bem como de outras qualidades. O chocolate é um dos doces preferidos sendo que 40.5% indica que come chocolate a 1 a 3 vezes por semana. Os pais indicam que os snacks (86.5%) e o açúcar (66.7%) raramente são consumidos pelas crianças. Conclui-se ainda que os croissants e pastéis são consumidos na maioria uma vez de 15 em 15 dias (44.7%).

Quadro 33 – Frequência do consumo de Doces e Pastelaria.

		Nunca ou raramente	1 x 15 -15 dias	1-3x por semana	4-7x por semana	Mais de uma vez por dia
Bolachas tipo Maria ou torrada	Frequência	0	3	20	8	6
	Percentagem	0,0%	8,1%	54,1%	21,6%	16,2%
Outras Bolachas	Frequência	2	2	20	10	3
	Percentagem	5,4%	5,4%	54,1%	27,0%	8,1%
Croissants, Pastéis	Frequência	12	17	9	0	0
	Percentagem	31,6%	44,7%	23,7%	0,0%	0,0%
Chocolate -	Frequência	10	12	15	0	0
	Percentagem	27,0%	32,4%	40,5%	0,0%	0,0%
Snacks de chocolate	Frequência	32	5	0	0	0
	Percentagem	86,5%	13,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Açúcar	Frequência	24	0	7	5	0
	Percentagem	66,7%	0,0%	19,4%	13,9%	0,0%

Relativamente às porções consumidas optou-se por não se realizar a análise dos dados obtidos uma vez que muitos pais não assinalaram as quantidades ingeridas, indicando apenas a frequência do consumo dos alimentos, o que nos poderia levar a conclusões erróneas.

▪ **Pais**

No presente questionário, optou-se por acrescentar algumas perguntas relativamente aos hábitos alimentares e de atividade física dos pais, com o intuito de melhor descrever o estilo de vida familiar.

Quanto à atividade laboral questionou-se se os pais a consideravam como ativa (subir e descer escadas, estar de pé) ou sedentária (habitualmente trabalhar sentado). Sendo que relativamente à atividade laboral das mães a maioria (53.1%) a classificou como sedentária. Por sua vez, 31 dos pais (77.5%) percecionam a sua atividade laboral como ativa, como se pode observar no quadro 34.

Quadro 34 - Classificação da exigência física da atividade laboral dos encarregados de educação.

	Sedentária		Ativa	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Exigência física da atividade laboral da mãe	17	53,1%	15	46,9%
Exigência física da atividade laboral do pai	9	22,5%	31	77,5%

Relativamente às atividades de lazer dos pais, foi pedido que estes indicassem, tal como foi pedido anteriormente em relação aos filhos, as atividades de lazer a que se dedicam nos tempos livres. Quanto às atividades de lazer das mães (quadro 35), 34 mães (85%) indicaram que gostam de ver televisão, 14 mães (35%) vão ao cinema, 21 (52.5%) optam por passear no shopping, 19 (47.5%) dedicam-se à leitura, 22 mães (55%) praticam atividades ao ar livre enquanto que 13 (32.5%) refere que faz outro tipo de atividades.

Quadro 35 – Atividades de lazer relativas à mãe.

		Frequência	Porcentagem
Mãe vê televisão nos tempos livres	Sim	34	85,0%
	Não	6	15,0%
Mãe vai ao cinema nos tempos livres	Sim	14	35,0%
	Não	26	65,0%
Mãe passeia no shopping nos tempos livres	Sim	21	52,5%
	Não	19	47,5%
Mãe lê nos tempos livres	Sim	19	47,5%
	Não	21	52,5%
Mãe pratica atividades ao ar livre nos tempos livres	Sim	22	55,0%
	Não	18	45,0%
Mãe faz outras atividades nos tempos livres	Sim	13	32,5%
	Não	27	67,5%

Por sua vez, 31 pais (70.5%) referem que nos seus tempos livres gostam de ver televisão (quadro 36), 14 pais (31.8%) vão ao cinema, 18 (40.9%) optam por passear no shopping, 11 (25%) dedicam-se à leitura, 23 pais (52.3%) praticam atividades ao ar livre enquanto que 7 (15.9%) refere que faz outro tipo de atividades.

Quadro 36 – Atividades de lazer relativas ao pai.

		Frequência	Porcentagem
Pai vê televisão nos tempos livres	Sim	31	70,5%
	Não	6	13,6%
	Sem resposta	3	6,8%
Pai vai ao cinema nos tempos livres	Sim	14	31,8%
	Não	23	52,3%
	Sem resposta	3	6,8%
Pai passeia no shopping nos tempos livres	Sim	18	40,9%
	Não	19	43,2%
	Sem resposta	3	6,8%
Pai lê nos tempos livres	Sim	11	25,0%
	Não	26	59,1%
	Sem resposta	3	6,8%

Pai pratica atividades ao ar livre nos tempos livres	Sim	23	52,3%
	Não	14	31,8%
	Sem resposta	3	6,8%
Pai faz outras atividades nos tempos livres	Sim	7	15,9%
	Não	30	68,2%
	Sem resposta	3	6,8%

No que se refere aos hábitos alimentares dos pais (quadro 37), a maioria dos pais (37.5%) consomem carnes brancas, peixe e ovos 2 a 3 vezes por semana, sendo que 42.5% prefere a carne de porco. Relativamente ao consumo de massa, arroz e batatas, a maioria indica que ingere este tipo de alimentos diariamente, assim como hortaliças, legumes e fruta. Os doces, bolachas e chocolates são consumidos na maioria dos casos (40%) 2 a 3 vezes por semana. Quanto aos refrigerantes, cafés e chás, 35% referem que consomem 1 a 2 vezes por semana e 27.5% indicam que o seu consumo é diário. Por fim, relativamente ao pão e cereais, os 25 pais (62.5%) que perfazem a maioria, referem que incluem este tipo de alimentos nas suas refeições diariamente.

Quadro 37 – Frequência de consumo alimentar dos pais.

	1-2 Vezes semana		2-3 Vezes semana		4-5 Vezes semana		Diariamente	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Carnes brancas, peixe, ovos	3	7,5%	15	37,5%	13	32,5%	9	22,5%
Carne de porco	15	37,5%	17	42,5%	1	2,5%	0	0,0%
Massa, arroz, batatas	0	0,0%	9	22,5%	11	27,5%	20	50,0%
Hortaliças e legumes	4	10,0%	10	25,0%	11	27,5%	14	35,0%
Frutas	1	2,5%	2	5,0%	9	22,5%	27	67,5%

Doces, bolachas, chocolates	10	25,0%	16	40,0%	10	25,0%	0	0,0%
Refrigeran tes, café, chá	14	35,0%	6	15,0%	5	12,5%	11	27,5%
Cereais, pão, tostas	0	0,0%	5	12,5%	10	25,0%	25	62,5%

Na presente investigação pretendeu-se ainda avaliar a percepção parental sobre a imagem corporal/estado nutricional relativamente ao percentil real das crianças, por isso se adicionou a escala Visual de Silhuetas (Eckstein et al, 2006) na qual se pede aos pais que identifiquem a imagem que eles julgam corresponder à imagem corporal dos filhos. Das sete figuras a primeira imagem corresponde ao percentil 90 imagem, a segunda ao percentil 85, a terceira ao percentil 75, a figura central pertence ao percentil 50, a quinta corresponde ao percentil 25, a sexta ao percentil 10 e por último a sétima figura sugere o percentil 5.

Dos 40 pais que responderam ao questionário, obtivemos os resultados demonstrados no quadro 38. Apenas um pai (2.3%) indicou o percentil 85, 5 pais (11.4%) indicaram o percentil 75, a maioria (38.6%) atribui o percentil 50, 9 indicaram que a imagem dos filhos correspondia ao percentil 25 (20.5%) e 4 pais (9.1%) indicaram o percentil 10 e o percentil 5 para a imagem que melhoria correspondia aos filhos.

Quadro 38 - Percepção parental sobre a imagem corporal/estado nutricional segundo a escala Visual de Silhuetas (Eckstein et al, 2006).

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Válidos	P(85)	1	2,3	2,5	2,5
	P(75)	5	11,4	12,5	15,0
	P(50)	17	38,6	42,5	57,5
	P(25)	9	20,5	22,5	80,0
	P(10)	4	9,1	10,0	90,0
	P(5)	4	9,1	10,0	100,0
	Total	40	90,9	100,0	
Não Válidos		4	9,1		
Total		44	100,0		

Tendo em conta os dados anteriormente expostos, denota-se uma discrepância entre os dados obtidos e a avaliação antropométrica efetuada. Nenhum dos pais das crianças com excesso de peso e obesidade identificou os filhos como tal. A maioria das respostas dos pais centrou-se na imagem central que corresponde a uma criança normoponderal. Verifica-se que estes tendem a sobrevalorizar o peso real dos filhos, sendo que a percepção parental é desadequada na maior parte dos casos.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos a discussão dos resultados que segue a mesma linha orientadora da apresentação dos mesmos, portanto inicialmente iremos discutir os dados relativos à caracterização dos sujeitos e seguidamente os dados que respeitam aos estilos de vida – alimentação e atividade física – das crianças e pais do Jardim de Infância da Biquinha.

Com o intuito de melhor compreender este fenómeno de escala mundial, estudaram-se as variáveis demográficas contíguas a esta população, na perspetiva de conhecer a esfera familiar em que estas crianças estão inseridas identificando os fatores que contribuem para um ambiente obesogénico.

A idade média dos pais assenta nos 34 anos de idade, sendo que este valor oscila entre os 23 e os 43 anos. Dados semelhantes aos encontrados por Rito (2004), em que a idade média das mães era de 34,1 anos, na maioria de ambos os progenitores (51,2% dos pais e 60,3% de mães).

Dos pais inquiridos, quanto ao nível de escolaridade, as mães possuem mais habilitações que os pais, tal como no estudo de Duarte (2011). Sendo que, tanto nos pais como nas mães se verifica que 20.5% possuem apenas o ensino básico. Quanto à sua situação profissional a maioria encontra-se empregada, sendo que apenas 27% dos pais e 30% das mães estão em situação de desemprego. Apesar de não ter sido feita a relação entre a escolaridade dos pais e o percentil de IMC dos filhos, a literatura indica que o nível de escolaridade dos pais pode ser um fator de risco para estados de obesidade na infância, sendo que o excesso de peso e obesidade são mais frequentes nos níveis socioeconómicos mais baixos, resultados também encontrados por Duarte (2011). Por sua vez, Rito (2004) detetou que o sobrepeso estava estreitamente relacionado com o nível de escolaridade mais baixo, assim com o nível socioprofissional menos qualificado dos pais. Assim como Santos (2008), ao comparar crianças de um infantário privado e de uma instituição pública dos 2 aos 7 anos de idade, revela que as crianças com maior prevalência de excesso de peso e obesidade se inserem em meios socioeconómicos mais elevados.

O questionário de frequência alimentar entregue aos encarregados de educação das crianças matriculadas nesta instituição foi maioritariamente preenchido pelas mães (79.5%). Estes dados vão de encontro ao que nos diz a literatura, que aponta a mãe como cuidadora principal dos filhos, tal como indica o estudo elaborado por Camargo et al (2011), que evidencia o papel das mães como as principais responsáveis nos cuidados de alimentação, higiene e educação dos filhos.

Foram identificadas 5 crianças (11.4%) com excesso de peso e obesidade na amostra de 37 crianças de idade pré-escolar desta instituição que foram avaliadas antropometricamente. Apesar da reduzida dimensão da amostra, evidencia-se o início cada vez mais precoce desta patologia nesta faixa etária, como demonstra o estudo levado a cabo por Duarte (2011) que reporta uma elevada prevalência de excesso de peso (27,72%) e obesidade (12,06%) em crianças de idade pré-escolar da Beira Interior Sul.

Relativamente ao género, nesta amostra, o sobrepeso prevalece no sexo feminino com 3 meninas (14.3%) identificadas com excesso de peso/obesidade. Estes dados vão de encontro ao estudo de Padez e colaboradores (2004), numa amostra de 4511 crianças, com idades compreendidas entre os 7 e 9 anos, no qual constata que 33,7% das raparigas e 29,4% dos rapazes sofriam de excesso de peso ou obesidade.

Relativamente aos dados perinatais, a maioria das crianças nasceu com idade gestacional adequada (a termo) com prevalência para as 38 semanas de gestação. Quanto ao peso da criança à nascença verificam-se crianças com baixo peso (1890 gramas), no entanto não se observaram crianças com peso elevado. Gomes et al (2010) verifica não existir qualquer relação entre o peso à nascença e o excesso de peso, no estudo levado a cabo em 313 crianças de um Jardim de Infância.

Neste estudo, apenas uma mãe afirma ser diabética (2.3%), sendo que 4 mães sofreram de diabetes gestacional (9.1%). No estudo de Whitaker e Dietz (1998) a diabetes materna é apontada como um fator de risco para a obesidade infantil, daí se denota a importância do rastreio e diagnóstico precoce durante a gestação, com vista a minimizar possíveis complicações para a mãe e para o feto. A diabetes gestacional manifesta-se normalmente no terceiro trimestre de gravidez e surge de uma intolerância aos hidratos de carbono que ocorre durante a gravidez, nas

mulheres com diabetes não diagnosticada anteriormente (Albuquerque et al, 2013 Cit. American Diabetes Association, 2003).

Relativamente à alimentação no primeiro ano de vida, constata-se que 84.1% das crianças foram alimentadas com leite materno. Tendo em conta as respostas obtidas nos questionários relativamente a esta questão deduz-se que os pais não se referiram ao aleitamento materno exclusivo, conforme sugere a questão. Posto isto, apresentaram-se os dados relativamente ao tempo de aleitamento materno. Existe predominância do aleitamento materno para os 180 dias (6 meses), no entanto este valor oscila entre os 2 e os 900 dias. Vários estudos demonstram os efeitos protetores da amamentação, como concluíram Gilman e colaboradores (2001) numa amostra de crianças que foram alimentadas predominantemente com leite materno nos primeiros seis meses de vida que apresentam uma menor prevalência de excesso de peso relativamente às crianças que foram alimentadas apenas com fórmula infantil. Outras investigações revelam que as crianças alimentadas com fórmulas artificiais têm uma alimentação hipercalórica em relação as crianças que se alimentam de leite materno (Nejar et al, 2004). No entanto este assunto é controverso, outros autores demonstram que a amamentação não explica os índices elevados de IMC nas crianças tal como conclui Gomes et al (2010) em 313 crianças no Concelho de Évora.

A identificação de fatores de risco é essencial no combate à obesidade infantil para a elaboração de estratégias de prevenção, no entanto constata-se que os efeitos potenciadores raramente aparecem isolados. Dada a sua origem multifatorial, apesar dos fatores genéticos, metabólicos e ambientais contribuírem para a predisposição ao excesso de peso, os comportamentais parecem ser os mais conducentes para o desenvolvimento da obesidade na infância (Gomes et al, 2010).

As crianças passam em média 7.9 horas no Jardim de Infância, portanto este espaço apresenta-se como o ambiente propício para o desenvolvimento infantil, tal como concluem Araújo e colaboradores (2006) numa amostra de 90 crianças de uma Creche, uma vez que estas passam a maior parte do dia na instituição. Denota-se assim, a importância da escola no processo educativo das crianças, principalmente no que respeita aos hábitos alimentares uma vez que a instituição é a responsável pelo cardápio escolar.

O tempo de sono tem sido descrito como um fator de risco para a obesidade infantil. Neste estudo a maioria das crianças dorme em média nove horas por noite, o que se apresenta como um possível fator de risco, uma vez que na faixa etária dos 3 aos 5 anos de idade se recomenda 11 a 13 horas de sono por noite, com ou sem sesta. Esta informação é corroborada também por Mira (2006) na análise de 408 crianças em idade pré-escolar.

O elevado consumo de televisão e jogos de computador tem sido uma tendência característica das sociedades ditas desenvolvidas, que têm vindo a ser substituídas por atividades que noutros tempos eram feitas ao ar livre, na rua. Tem-se procurado perceber a influência dos estilos de vida das famílias na ocorrência e desenvolvimento do excesso de peso e obesidade na infância e, de facto, a adoção de um estilo de vida familiar sedentário pode implicar o desenvolvimento da obesidade na criança (Fogelholm [et al] 1999; Page e Zarco, 2000/2001; Arluck [et al] (2003); Atherson e Metcalf (2005).

À semelhança do crescente consumo de televisão e jogos, a urbanização levou também a um decréscimo da prática de atividade física. Relativamente à prática de exercício físico e lazer, pode-se constatar que 63.6% das crianças não praticam nenhum tipo de atividade física para além das escolares. Pode-se assim deduzir que as crianças despendem a maior parte do seu tempo livre noutro tipo de atividades que não englobam o exercício físico, como ver televisão, jogar computador, ouvir histórias, brincar, entre outros.

Ver televisão está fortemente relacionado com a ocorrência de obesidade devido ao facto de esta atividade potenciar o consumo de alimentos calóricos (Crespo et al., 2001), uma vez que estão expostas a campanhas e anúncios de produtos alimentares hipercalóricos de baixo teor nutricional. Segundo revela o estudo de Tremblay & Willms (2003), ver televisão por mais de três horas/dia e jogar computador por mais de duas horas/dia são fatores de risco para excesso de peso e obesidade. No presente estudo, não se pode afirmar que passar menos tempo a ver televisão ou a jogar computador seja um fator protetor no desenvolvimento da obesidade, uma vez que segundo os dados que constam no questionário a maioria das crianças passa entre 1 a 1h30 a ver televisão e 15/20 minutos a jogar computador.

Nestes estudo, a maioria das crianças come a mesma comida que a restante família. Como refere Gomes e colaboradores (2010), os comportamentos apreendidos no seio familiar, nomeadamente o comportamento alimentar, afetam os hábitos dos filhos e são identificados como fatores de maior risco para o sobrepeso e obesidade em crianças em idade pré-escolar contribuindo para uma maior resistência na adoção de hábitos saudáveis

Uma alimentação variada e equilibrada é a melhor forma de dar resposta às necessidades nutricionais da criança, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento harmonioso do organismo. No que concerne aos hábitos alimentares das crianças em estudo, avaliando os resultados na globalidade e tendo em conta o que é recomendado consoante a faixa etária da criança, ressalta-se pela positiva para as corretas escolhas alimentares na maioria dos pais.

As crianças revelam ter um consumo adequado no que se refere aos produtos lácteos, 58.3% indicam que bebem leite mais do que uma vez por dia dando preferência ao leite meio gordo. A Roda dos Alimentos recomenda três porções diárias de leite e seus derivados (DGS, 2010), sendo evidentes as vantagens no seu consumo como uma grande fonte de cálcio essencial ao crescimento.

A carne e os ovos constituem uma elevada fonte de proteínas, no entanto verifica-se que a carne de vaca ou de porco é consumida com maior frequência que a carne de frango ou peru que contêm menos gordura que as anteriores. Por sua vez, o peixe rico em Ómega 3 essencial à promoção e a manutenção da saúde é consumido em menor quantidade que a carne. As crianças devem consumir entre 50 a 60g de carne e 70 a 80g de peixe por dia. Tal como neste estudo, Spinelli et al (2013), denotou uma inadequação no consumo de carnes e ovos.

Nesta faixa etária recomenda-se cerca de 25g de gordura de por dia. Os óleos e gorduras fornecem lípidos mas correspondem à mais pequena fatia da roda dos alimentos, logo o seu consumo deve ser moderado. O azeite é a gordura mais saudável sendo também a mais consumida, o que se revela adequado. Contrariamente, Rito (2004) denota o uso de óleo na confeção dos alimentos superior ao do azeite.

Relativamente ao Pão, Cereais e similares estes representam a maior fatia da roda dos alimentos pois constituem uma elevada fonte de hidratos de carbono,

vitaminas, sais minerais e fibras. Neste estudo, a maioria indica que come pão mais do que uma vez por dia, sendo que a refeição é acompanhada por massa, arroz ou batata. Tal como encontrou Rito (2004) através da análise das ementas pré-escolares, que a batata e o arroz eram os acompanhamentos mais servidos, estando presentes em 4 das 5 refeições da semana alimentar.

As leguminosas devem estar presentes com frequência na alimentação diária, sem restrição, dado que são fontes de proteínas vegetais. Uma vez que as crianças não são muito recetivas a este tipo de alimentos, talvez pela sua textura, estes são introduzidos maioritariamente na sopa. Assim sendo obteve-se um consumo adequado de legumes e hortaliças nesta faixa etária.

A fruta possui também um elevado teor nutricional, uma vez que são constituídas por vitaminas, minerais e água. A laranja, a tangerina, a maçã, a pera e a banana são os frutos consumidos com maior frequência, na maioria das crianças 4 a 7 vezes por semana. Tal como observou Rito (2004), na maioria das escolas serviam 4 tipos de fruta, maçã, banana, citrinos e pera. No entanto, relativamente a este grupo alimentar, o seu consumo parece não atingir as recomendações diárias, uma vez que poucas crianças referem que consomem algum tipo de fruto mais do que uma vez por dia.

Relativamente às bebidas açucaradas, o seu consumo deve ser moderado, pelo que pode-se constatar que os refrigerantes gaseificados, o ice-te e a coca-cola raramente são consumidos pela maioria das crianças. A água e as bebidas naturais feitas de frutos e legumes são excelentes bebidas e devem fazer parte da alimentação diária da criança. Contrariamente, Gomes et al (2010) salienta o excessivo consumo de bebidas açucaradas pela maioria das crianças.

Os doces devem ser consumidos com bastante moderação, dado que representam alimentos de baixo teor nutricional mas com elevada densidade energética, daí não fazerem parte da roda dos alimentos. Salienta-se o consumo de chocolate por 40.5% das crianças de uma a três vezes por semana e ainda para o consumo de outras bolachas por 54.1% das crianças, que podem estar incluídas bolachas com elevado teor em açúcar. A frequência do consumo de doces parece assim desadequada tal como Spinelli et al (2013), observou que 67,7% das crianças tinham um consumo inadequado de açúcares e doces.

No que concerne aos estilos de vida dos pais – hábitos alimentares e de atividade física- uma vez que estes moldam os comportamentos dos filhos, denota-se a importância de analisar estes modelos comportamentais.

Os resultados revelam que a atividade laboral é mais intensa nos pais, uma vez que 77.5% a classificam como ativa em detrimento da maioria das mães (53.1%) que percebe a exigência física da sua atividade laboral como sedentária. Duarte (2011) comprova estes mesmos resultados onde revela que a atividade física nos contextos de trabalho e lazer é mais intensa nos pais.

Relativamente às atividades de lazer existe a predominância em ambos os sexos quanto a ver televisão, na qual 85% das mães e 70.5% dos pais refere preferir esta atividade nos seus tempos de lazer. Estes resultados demonstram que os pais ocupam os seus tempos livres de forma pouco ativa, dando preferência às atividades mais sedentárias, tal como sugere a literatura.

No que diz respeito aos hábitos alimentares dos pais, denota-se o elevado consumo de refrigerantes e café. No consumo semanal, constata-se predominância para as carnes brancas, hortaliças e fruta, o que revela ser adequado.

O papel dos pais e familiares é fundamental no sentido de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis, quer na promoção como também no combate à crescente prevalência de obesidade na infância com que nos deparamos atualmente.

Estudos revelam que os pais têm tendência a subestimar o peso corporal dos filhos. Nomeadamente, Eckstein et al (2006) estudaram a perceção dos pais em relação ao peso e à saúde dos filhos com idades de 2 aos 17 anos. Os autores constataram que mais de 70% assinalaram esboços mais magros do que o correspondente real. Neste âmbito ainda, Crawford (2004) numa pesquisa de campo, identificou que as mães tinham dificuldade em reconhecer o sobrepeso dos filhos e que a perceção de saúde não se relacionava com o peso corporal. Concluiu ainda que os valores culturais foram atribuídos como obstáculos na adoção de comportamentos saudáveis.

Corroborando esta ideia, neste estudo, os pais tendem a minimizar o estado nutricional dos filhos uma vez que não fazem uma correta atribuição da escala de silhuetas que represente a imagem corporal dos seus filhos. A perceção de um

peso normal nesta faixa etária aparece distorcida pela maioria dos pais, na qual estes tendem a atribuir a imagem central da escala o que não corresponde aos dados recolhidos. Esta tendência verifica-se ainda no estudo de Camargo et al (2011) no qual a percepção das mães de crianças dos 6 aos 9 anos de idade é desadequada, subestimando o estado nutricional dos filhos.

Ressalva-se novamente que a percepção parental adequada sobre o estado nutricional dos filhos proporciona uma maior adesão e eficácia ao tratamento e na implementação de medidas preventivas no controle de peso e consequente diminuição da prevalência da obesidade na infância. É necessário ainda alertar e conscientizar os pais e familiares para os riscos e complicações inerentes a esta patologia a curto, médio e longo prazo.

Cientes desta realidade, cabe aos enfermeiros ajudar e orientar os pais e crianças para uma transição saudável, na busca de comportamentos e hábitos que contribuam para enaltecer a sua qualidade de vida. Neste sentido, os profissionais de saúde devem prover os pais de competências e habilidades que promovam um melhor estilo de vida, quer a nível alimentar como nos hábitos de atividade física.

Apesar de a mãe aparecer como figura central dos cuidados, especialmente na alimentação, é necessário ter em conta que a criança interage com pais, irmãos, avós, primos, professores, amigos, entre outros que contribuem para o seu processo de desenvolvimento social. Assim, as estratégias de intervenção devem ter como foco a família e o ambiente em que a criança está inserida.

CONCLUSÃO

A infância é provavelmente a fase do ciclo vital que necessita de maior atenção, por parte de pais, profissionais de saúde ou educadores, uma vez que as condutas interiorizadas ao longo desta faixa etária tendem a permanecer para toda a vida.

Relativamente aos dados encontrados neste estudo, identifica-se uma frequência de 11.4% crianças de idade pré-escolar com excesso de peso/obesidade das 37 crianças avaliadas antropometricamente na Creche e Jardim de Infância da Biquinha, com predomínio para o sexo feminino.

As mães apresentam mais habilitações em relação aos pais inquiridos, sendo que estes possuem na sua maioria o ensino secundário. A maioria dos encarregados de educação encontra-se profissionalmente ativo. A mãe aparece como cuidadora principal dos filhos no qual se evidencia o papel das mães como as principais responsáveis nos cuidados de alimentação, higiene e educação dos filhos.

A identificação de fatores de risco é essencial no combate à obesidade infantil para a elaboração de estratégias de prevenção, no entanto constata-se que os efeitos potenciadores raramente aparecem isolados. Neste estudo, identifica-se como principais fatores de risco o reduzido número de horas de sono durante a noite, a reduzida atividade física em detrimento de atividades consideradas sedentárias e a falta de perceção parental relativamente à imagem corporal dos filhos.

Por serem seres frágeis e vulneráveis, dependem dos progenitores para a supressão das suas necessidades básicas, nomeadamente a alimentação. Para que as intervenções sejam eficazes requerem o envolvimento dos pais, uma vez que estes estabelecem os hábitos alimentares e de atividade física da família. São eles quem determinam o que se come, quando se come e em que quantidade. Nesta amostra, denota-se um consumo desadequado de doces por parte das crianças e refrigerantes e cafés em relação aos pais.

Neste estudo, os resultados indicam que os pais têm uma percepção distorcida da imagem corporal dos filhos, verificando-se uma tendência para subestimar o verdadeiro estado nutricional das crianças. Por sua vez, a falta de percepção parental sobre o estado nutricional dos filhos pode condicionar a adoção de medidas preventivas ou de tratamento perante estados de excesso de peso. Estudos sugerem que a ausência de comprometimento dos pais tem como base a falta de percepção do peso real da criança bem como relativamente às suas implicações a nível de saúde (Tenorio et al, 2011).

Assim, a prevenção da obesidade desde idades precoces apresenta-se como uma alternativa para reverter o aumento acelerado dessa doença, através da mudança de comportamentos que visem a qualidade de vida na adoção de condutas mais saudáveis. O conhecimento da relação entre os diversos fatores de risco e o sobrepeso ou obesidade infantil é fundamental para a implementação de estratégias preventivas multifatoriais no combate a esta epidemia. Cabe-nos a nós, enquanto profissionais de saúde, sensibilizar os pais no sentido de adotarem um estilo de vida de modo a promover e manter a saúde dos seus filhos.

Os conhecimentos funcionam como pilares numa prestação de cuidados personalizada, que permitem aos profissionais compreender o processo de saúde-doença, proporcionando assim uma vivência mais saudável desta transição. Assim, os enfermeiros devem apostar na construção de conhecimentos, uma vez que desempenham sem dúvida um papel fundamental como educadores para a saúde.

A temática escolhida é sem dúvida motivadora, pela sua relevância atual e pelo impacto que exerce na sociedade. A nível pessoal, por ser adepta de comer e viver bem na premissa de saúde e longevidade. A nível profissional, por trabalhar com crianças desta faixa etária ao nível da medicina desportiva surge a preocupação e o inquietamento de tentar compreender esta realidade na expectativa de poder contribuir para a mudança deste cenário.

Os resultados descritos neste estudo poderão contribuir para o conhecimento relativamente ao estilo de vida da família com a criança em idade pré-escolar que incidem nos seus hábitos alimentares e de atividade física. Dar-se-á conhecimento dos resultados obtidos à instituição de ensino em estudo e aos pais que aderiram a este projeto como forma de agradecimento pela sua participação

mas também com o intuito de os sensibilizar para esta problemática atual que abrange qualquer raça, sexo ou estatuto económico.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente pela reduzida amostra, na qual apesar dos esforços só foi possível avaliar antropometricamente 37 crianças. O contexto específico desta população e a metodologia utilizada não permitem a extrapolação dos resultados.

Sugere-se assim em futuros estudos o alargamento da população, bem como a utilização de outro instrumento de colheita de dados. Mais estudos que explorem a perceção parental bem como os fatores obesogénicos que contribuem para o sedentarismo familiar, darão a possibilidade de aprofundar quais as razões para a falta de perceção parental perante o sobrepeso dos filhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, M.; LEMOS, A.; CHAVES, E. (2006) – Creche Comunitária: Um Cenário para a detecção da Obesidade Infantil. *Ciência, Cuidado e Saúde: Maringá*, v. 5, n. 1, p. 24-31, jan./abr. Fortaleza.

ALBUQUERQUE, I.; PEDROSA, C.; PEREIRA, C.M. (2013) – Diabetes gestacional. *Revista Nutricias* nº3. [Consultado a 12 Outubro 2014]. Disponível em: <http://www.apn.org.pt/>.

ALMEIDA, C. (2010) - Monitorização do excesso de peso e obesidade na população infantil: Contributos para a gestão de cuidados de saúde. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real.

APARICIO ET AL (2011) - Olhar dos pais sobre o estado nutricional das crianças pré-escolares. *Instituto Politécnico de Viseu. Millenium*, 40:99-113.

ARLUCK, S.L. [et al.] (2003) Childhood obesity's relationship to time spent in sedentary behaviour. *Military Medicine*, 168 (7): 583-586.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA CONTRA OBESIDADE INFANTIL (2013) – A Obesidade é um problema? [Consultado a 20 Setembro 2014]. Disponível em: www.apcoi.pt/.

ATHERSON, M.J.; METCALF J. (2005) Television watching and risk of obesity in american adollescents. *American Journal of Health Education*; 36 (1): 2-6.

BEZERRA ET AL (2014) – Percepção Materna da imagem corporal de seus filhos em aleitamento materno exclusivo. Brasil: Universidade Federal de Pernambuco, Recife. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(4):293-9.

CAMARGO ET AL (2011) – A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar dos seus filhos. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP.

CATENACCI JH, Holly Wyatt. The Obesity Epidemic. Clinics in Chest Medicine. 2009; 30(3):1-34.

CARITA, I. (2008) - Bulling em Contexto Escolar Participação como Método Preventivo numa comunidade com história Quinta do Loureiro, Vale de Alcântara. Dissertação de Mestrado em Psicologia Comunitária.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION/NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (CDC/NCHS) (2000) - CDC Growth Charts: United States. <http://www.cdc.gov/growthcharts>.

CORDINHÃ, A., PAUL, A., FERNANDES, L. (2009) - Obesidade Infantil e hipertensão arterial - a realidade de uma população pré-escolar. Ata Pediátrica Portuguesa. 0873-9781/09/40-4/145.

CRAWFORD PB, GOSLINER W, ANDERSON C, STRODE P, BECERRA-JONES Y, SAMUELS S, CARROLL AM, RITCHIE LD. (2004) - Counseling Latina mothers of preschool children about weight issues: suggestions for a new framework. J Am Diet Assoc; 104(3):387-394.

CRESPO, C., SMIT, E., TROIANO, R., BARTLETT, S., CAROLINE, M., & ANDERSEN, R. (2001) - Television watching, energy intake and obesity in US children. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 155, 360-365.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) - Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com Estilos de Vida. Lisboa.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010) – Nova Roda dos Alimentos. [Consultado a 2 Abril 2014]. Disponível em www.dgs.pt.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2013) - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa.

DUARTE, M. (2011) Estilos de vida familiar e Peso Excessivo na criança em idade pré-escolar – Implicações para a Enfermagem. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.

ECKSTEIN KC, MIKHAIL LM, ARIZA AJ, THOMSONC JS, MILLARDD SC, BINNS HJ: Parents' Perceptions of Their Child's Weight and Health. *Pediatrics* 2006;117(3):681-690

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO PORTO IdC, Direção Geral de Saúde. A Nova Roda dos Alimentos, um guia para a escolha alimentar diária. Disponível em: http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/Panfleto_Roda_Alimentos.pdf.

FARIAS, G. (2012) - Estilo de Vida das Crianças Pré-Escolares: Atividade Física Versus Excesso de Peso e Obesidade. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Desporto. Universidade do Porto.

FOGELHOLM, M. [et al.] (1999). Parent-child relation-ship of physical activity patterns and obesity. *International Journal of Obesity*, 23(12): 1262-1268.

FORTIN, M. (2009) - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

GARTNER LM, MORTON J, LAWRENCE RA, NAYLOR AJ, O'HARE D, SCHANLER RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Pediatrics*. 2005; 115 (2): 496-506.

GILMAN M, SHIMAN-RIFAS S, CARMARGO C, BERKEY C, FRAZIER A, FIELD A, et al. Risk of Overweigt Among Adolescents Who Where Breastfed Infants. *American Medical Association*. 2001; 285(19):2461-67.

GOMES, S.; ESPANCA, R.; GATO, A.; MIRANDA, C. (2010) – Obesidade em idade pré-escolar – Cedo Demais para pesar demais! *Ata Médica Portuguesa*. 2010. 23(3):371-378

HALPERN, A. (2004) - “Doenças e Prevenção: Obesidade”. [Consultado em 15 Setembro 2014]. Disponível em: <http://emedix.uol.com.br/index.php>.

LIBORIO, M. (2011) Ambientes Obesogénicos - Casa, Área de Residência e Escola. Dissertação de Mestrado em Educação Física Especialização em Desenvolvimento da Criança na variante de Desenvolvimento Motor. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

LIVINGSTONE, B. (2000) - "Epidemiology of childhood obesity in Europe." Eur J Pediatr 159 Suppl 1:S14-34.

LOHMAN, G. T., ROCHE, F. A., & MARTORELL, R. (1988) - Anthropometric Standardization Referende Manual. Champaign Illinois: Human Kinetics Books.

LOUREIRO, I.; CÂMARA,G.; GOES, A. (2014) – Ganho de peso saudável na gravidez. [Consultado a 2 Setembro 2014]. Disponível em www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt.

LUDVICK, B. (2001) - Welcome Session. 11th European Congress on Obesity, Vienna, Austria, Int J Obes Relat Metab Disord.

MIRA, A. (2006) – Sobrepeso Infantil e Fatores de Risco Associados em Crianças do Pré-Escolar. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto.

NEJAR, F. F. et al. Padrões de aleitamento materno e adequação energética. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 64-71, jan./fev. 2004.

OLIVEIRA, V; VARIYAM, J.N. (2003) - Childhood Obesity and the Role of USDA. Food Assistance and Nutrition Research Report; 34 (11). USDA, ERS.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem [Consultado a 20 Agosto 2014]. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2004) - Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. São Paulo: Roca.

PADEZ, C., FERNANDES, T., MOURAO, I., MOREIRA, P., & ROSADO, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year old Portuguese children: Trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*.

PAGE, R.M.; ZARCO, E.P. (2000/2001) Physical activity and television viewing linked to body mass index among philippine high school students: signal of a emerging epidemic of obesity? *International Quarterly of Community Health Education*. 20(2): 145-157.

PREBEG, Z., V. JURESA AND M. KUJUNDZIC (1995) - "Secular growth changes in Zagreb schoolchildren over four decades, 1951-91." *Ann Hum Biol* 22(2): 99-110.

RITO, A.; ANJOS, L.A. (2002) - Critérios atuais na antropometria nutricional de crianças. *Alimentação Humana*; 8(2): 47-60.

RITO, A. (2004) – Estado Nutricional de Crianças e Oferta Alimentar do Pré-Escolar de Coimbra. Tese de candidatura ao título de Doutor em Saúde Pública. Rio de Janeiro.

RITO, A. (2006) - Overweight and obesity in preschool children of Coimbra. *Obesity reviews*; 7 (Suppl 2): 366.

RITO, A. (2007) – Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis [Consultado em 10 Março 2014]. Disponível em www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt.

RITO, A., BRENDA, J., CARMO, I. (2011) - Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil. [Consultado em 15 Outubro 2014]. Disponível em www.plataformacontraaobesidade.pt.

SANTOS, J. (2008) - Comparação do Estado Ponderal de Crianças dos 2 aos 7 anos de um Infantário Privado e de uma Instituição de Acolhimento Infantil. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

SANTOS, N. (2010) - Avaliação dos Hábitos Alimentares de Crianças entre os 3 e os 7 anos de idade do Externato Lisbonense. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto.

SARDINHA, L. B., & Moreira, M. H. (1999) - Avaliação da adiposidade em crianças e adolescentes através do Índice de Massa Corporal. *Endocrinologia, Metabolismo & Nutrição*, 8 (4), 155-164.

SPINELLI ET AL (2013) – Estado nutricional e consume alimentar de pré-escolares e escolares de escola privada. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 94-101, mai./ago. São Paulo, Brasil.

TREMBLAY, M. S., & WILLMS, J. D. (2003) - Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? *Int J Obes*, 27, 1100-1105.

TERONIO, A.S.; COBAYASHI, F. (2011) – Obesidade Infantil na percepção dos pais. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), São Paulo, Brasil. *Rev Paul Pediatr* 2011;29(4):634-9.

WHITAKER RC, DIETZ WH (1998) - Role of the prenatal environment in the development of obesity. *J Pediatr*, 132:768-76

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006) - Global Database on Body Mass Index, WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010) - Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15-17 December 2009.

VENTURA, L. (2009) - Crescer Ilhéu! Os Enfermeiros e os Hábitos Alimentares das crianças dos 0-3 anos. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

ZEHLE K, WEN LM, ORR N, RISSEL C. “It’s not an issue at the moment”: a qualitative study of mothers about childhood obesity. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007; 32(1):36-41.

ANEXOS

Anexo I – Autorização para utilização do Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis dirigido a crianças dos 3-7 anos


De: bianca cardoso <bianca.mesip@gmail.com>

Enviado: quinta-feira, 9 de Janeiro de 2014 18:18

Para: Ana Rito

Assunto: Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis dirigido a crianças dos 3-7 anos

Re: Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis dirigido a crianças dos 3-7 anos

 Caixa de entrada x



Ana Rito <ana.i.rito@gmail.com>

12/01/14



para mim ▾

Cara Bianca

Tenho muito gosto em que utilize o referido questionario.

Quando o referenciar por favor referencia como "adaptado de Rito A, Questionario E o website da plataforma, ano"

Embore ultimamente só trabalhe com o 1º ciclo (estudos COSI), poderá ser util dar uma leitura na minha tese de doutoramento embore já tenha 10 anos.

: <http://bvssp.cict.fiocruz.br/pdf/rioaigd.pdf>

E o artigo que publicamos em 2010 com varios autores. E um dos melhores. Envio-lhe em anexo.

De Resto se for ao Repositório do INSA e puser o meu nome tem n publicações sobre avaliação do estado nutricional infantil

Este meu Guia também pode ajudar

http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/589/1/36_Guia%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Nutricional%20.pdf

Espero ter ajudado.

Boa sorte

Cumpr

Ana Rito, M.MSc, Ph.D

Researcher



Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
National Institute of Health Doutor Ricardo Jorge

Av. Padre Cruz | 1649-016 Lisboa | Portugal Fax: [+351\) 217 508 153](tel:+351217508153)

Anexo II - Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis

**QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR
E HÁBITOS SAUDÁVEIS
DIRIGIDO A CRIANÇAS DOS 3-5 ANOS**

DADOS FAMILIA

Assinale com um X a (s) sua (s) resposta (s), ou preencha nos espaços indicados:

1. Questionário respondido por:

_ Pai _ Mãe _ Outro, qual? _____

2. Data nascimento da criança: ____/____/____

Sexo: _ Masculino _ Feminino

3. Idade da mãe _____

Idade do pai _____

4. Quais são as pessoas que moram com a criança. (não incluir a criança que está a ser examinada)

Pai _ Mãe _ Irmãos (nº) ____ Outros (nº) _____

5. Qual o nível de escolaridade? (último ano/nível de escolaridade frequentado):

5.1. Pai: _____

5.2. Mãe: _____

6. Está a trabalhar neste momento?

6.1. Pai: __ sim __ desempregado __ aposentado __

6.2. Mãe: __ sim __ desempregada __ aposentada __

6.2.1. Qual é a sua profissão?

Pai: _____

Mãe: _____

CRIANÇA – HÁBITOS ALIMENTARES/ATIVIDADE FISICA

7. A sua criança nasceu com quantos meses ou semanas de gestação?

_____ semanas.

8. Diga-nos o comprimento e peso da criança quando nasceu:

Peso: _____ g (gramas)

Comprimento: _____ cm (centímetros)

9. Quantos quilos no total, a mãe aumentou no seu peso, durante a gravidez?

_____, _____ Kg.

10. Idade da mãe quando o(a) bebé nasceu: _____ anos.

11. A mãe é diabética?

_ Sim.

_ Não.

12. Enquanto a mãe esteve grávida, sofreu de diabetes gestacional?

_ Sim.

Não.

13. Relativamente à alimentação do bebé no 1º ano de vida, durante quanto tempo foi amamentado, só com leite materno?

13.1. Não foi amamentado

13.2. Foi amamentado quanto tempo: _____ dias

_____ semanas

_____ meses

14. Em que altura (dias, meses ou semanas), lhe introduziu outro alimento, além do leite materno?

(A) _____ dias

(B) _____ semanas

(C) _____ meses

14.1. Que alimento foi? (assinale com uma cruz)

Leite de vaca Leite de lata Papas sem glúten Papas com glúten Papas de fruta Qual? _____ Sopa Outro Qual? _____

15. Quem a orientou na alimentação da criança?

Mãe

Pai

Pediatra/Médico

Nutricionista

Enfermeiro

Outros. Quem? _____

16. A criança sofre de alguma patologia ou doença?

Não.

Sim.

Qual? _____

17. A criança faz algum tipo de alimentação especial?

Não.

Se respondeu que não, passe à questão 18.

Sim.

17.1. Se respondeu sim, porquê? _____

17.2. Quem recomendou essa alimentação? _____

17.3. De um modo geral, quais são as recomendações? _____

18. Com que idade a criança entrou para o Jardim de infância? _____

19. Quantas horas por dia passa no Jardim de infância? _____ horas.

20. Ao almoço, normalmente a criança almoça onde e com quem?

20.1. No jardim de infância

20.2. Em casa Com quem? _____

20.3. Noutro sítio Onde? _____ Com quem? _____

21. Da seguinte escala manifeste o seu nível de satisfação relativamente à criança na escola.

Pouco satisfeito Satisfeito Muito Satisfeito

- (A) Educação que a criança tem na escola
- (B) Acompanhamento
- (C) Grau de progresso da criança
- (D) Alimentação que é dada na escola
- (E) Ementa de almoços
- (F) Ementa de lanches
- (G) Número de refeições
- (H) Serviços de apoio de nutrição/aliment.

22. Que tipo de atividades faz o(a) seu filho(a) ao fim-de-semana?

- (A) _____ ver televisão.
- (B) _____ jogar Playstation®, tablet, outros jogos de computador.
- (C) _____ andar de bicicleta.
- (D) _____ ir ao cinema.
- (E) _____ passear.
- (F) _____ passear no shopping.
- (G) _____ atividades ao ar livre.
- (H) _____ outros. Quais?

_____.

23. Quanto tempo passa em média (minutos ou horas), o(a) menino(a) a ver televisão?

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
Minutos/ horas por dia.							

24. Quanto tempo em média (minutos ou horas), o(a) menino(a) a jogar computador, Playstation®, ou outros jogos interactivos?

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
Minutos/ horas por dia.							

25. Para além da escola, o seu filho (a) participa em algum desporto ou atividade física programada, natação, ginástica, ballet, futebol, etc?

_ Não.

_ Sim. Qual? _____ Quanto tempo por semana?__ horas __ minutos.

26. Para além destas atividades que a criança frequenta, o seu filho (a) faz algum tipo de atividade física ou de lazer(Passear, andar de bicicleta, etc)? Por favor escreva no seguinte quadro que atividades faz habitualmente, com que

frequência, e a duração de cada momento. Se não fizer alguma destas atividades coloque um "0" na frequência ou escreva as outras atividades que não constam na lista.

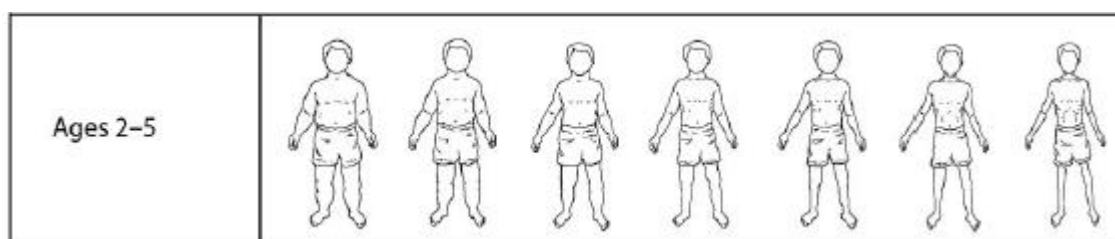
Escreva o que a criança faz	Frequência Coloque o número de vezes por semana	Duração Quanto tempo de cada vez (minutos ou horas)
Brincar no parque infantil		
Correr com outras crianças		
Jogar à bola com alguém		
Andar de triciclo/bicicleta		
Ouvir histórias, brincar com livros		
Passear na rua		

27. Atualmente, quanto tempo em média dorme a criança durante a noite?
 ___ horas ___ minutos

28. Normalmente em dia de escola, a que horas a criança acorda?
 ___ horas ___ minutos

29. Durante o dia, quantas horas dorme a criança? (inclua o tempo que passa normalmente a dormir na escola. Caso não durma durante o dia coloque 00.)
 ___ horas ___ minutos

30. Selecione com um círculo a imagem da criança que mais se assemelha com o seu filho(a).



FREQUÊNCIA ALIMENTAR - CRIANÇA

Leite Lactícínios e produtos lácteos	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Ocasionalmente
Leite gordo						1 Chávena = 250 ml				
Leite meio gordo						1 Chávena = 250 ml				
Leite magro						1 Chávena = 250 ml				
Leite especial crescimento						1 Chávena = 250 ml				
Leite de cabra/ ovelha						1 Chávena = 250 ml				
Leite em pó						1 Chávena = 250 ml				
Leite de soja						1 Chávena = 250 ml				
iogurtes						1 = 125g				
iogurtes infantis						1 = 100g				
Queijinhos peti- suisse, Danoninho® e similares						1 = 55g				
Sobremesas Lácteas: pudim, etc.						Uma				
Queijo semi-curado, curado ou cremoso						1 Fatia /porção = 30g				
Queijo fresco, requeijão ou magro cremoso						1 Fatia /porção = 30g				
Gelados						Uma ou 2 bolas				

Carne e produtos similares Ovos	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Ocasionalmente
Carne de vaca, porco, cabrito, borrego						1 Porção = 120g				

Carne de vaca, porco, cabrito, borrego						2 Peças ou ¼ frango				
Língua, mão de vaca, tripas, chispe, coração, fígado, rim						1 Porção = 120g				
Frango ou peru em panados industriais, McNuggets®						1 médio				
Croquetes, pasteis de carne, rissóis de carne						1 médio				
Hambúrguer						1 médio				
Salsichas						3 médias				
Fiambre, chouriço, salpicão, presunto, bacon, etc.						2 Fatias ou 3 rodelas				
Boião de carne (Nestlé®, Blédina®, etc.)						1 Boião = 200g				
Soja e produtos derivados (flocos, grãos, hambúrguer), tofu, seita.						1 Porção = 120g				
Ovos						Um				

Peixe e Marisco	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Ocasionalmente
Peixe magro: pescada, faneca, dourada						1 Porção = 125g				
Bacalhau						1 Posta média				
Peixe gordo: sardinha, cavala, carapau,						1 Porção = 125g				

salmão, etc.										
Peixe em conserva: atum, sardinha						1 Lata				
Lulas, polvo, chocos, etc.						1 Porção = 100g				
Peixe panado/ frito rissóis peixe, <i>Douradinhos</i> ®						3 Unidades				
Camarão, amêijoas, mexilhão, etc						1 Prato sobremesa				
Boião de peixe <i>Nestlé®</i> , <i>Blédina®</i> , etc						1 Boião = 200g				

Óleos e Gorduras	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Ocasionalmente
Azeite						1 Colher sopa				
Óleos: girassol, milho, soja, etc.						1 Colher sopa				
Manteiga						1 Colher chá				
Margarina						1 Colher chá				

Pão Cereais e similares	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Ocasionalmente
Pão branco ou tostas						1 ou 2 tostas				
Pão (ou tostas) integral, centeio, mistura						1 ou 2 tostas				
Pão de forma						1 Fatia = 25g				

Pão doce						1				
Arroz						½ Prato				
Massas, esparguete, macarrão						½ Prato				
Pizza						Meia pizza média				
Batatas fritas caseiras						½ Prato				
Batatas fritas de pacote						1 Pacote pequeno				
Batatas cozidas, assadas, estufadas, ou puré de batata						2 Batatas médias				
Papas tipo Cerealac®, Nestum®, etc.						1 Taça = 25g + 160 ml leite				
Cereais açucarados/ achocolatados (Estrelitas®, Chocapic®)						1 Taça = 30g + 125 ml leite				
Cereais magros sem açúcar (Cornflakes®, Fitness®)						1 Taça = 30g + 125 ml leite				

Hortalças e Legumes	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Ocasionalmente
Leguminosas cozinhadas: feijão, grão-de-bico						½ Chávena ou ½ de prato				
Ervilha grão, favas cozinhadas						½ Chávena ou ¼ de prato				
Couve branca, couve lombarda						½ Chávena				
Penca, tronchuda						½ Chávena				
Brócolos cozinhados						½ Chávena				

Couve-flor, couvebruxela						½ Chávena				
Grelos, nabiças, espinafres cozinhados						½ Chávena				
Feijão-verde						½ Chávena				
Milho doce						½ Chávena				
Alface, agrião						½ Chávena				
Tomate						3 Rodelas				
Pepino						¼ Médio				
Genoura						1 Média				
Boião de sopa (Nestlé®, Blédina®, etc.)						1 Boião = 250ml				

Frutos	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Ocasionalmente
Maçã, pêra						1 Média				
Laranja, tangerina						1 Média, 2 médias				
Banana						1 Média				
Kiwi						1 Médio				
Morangos e cerejas						1 Chávena				
Pêssego, ameixa						1 Médio; 3 Médias				
Melão, melancia						1 Fatia média				
Figo, nêspersas, damascos						3 Médios				
Uvas						1 Cacho médio				
Frutos conserva: pêssego, ananás, etc.						2 Metades ou rodelas				
Frutos secos: amêndoa, avelãs.						½ Chávena s/ casca				

Azeitonas						6Unidades				
Boião de fruta (Nestlé®, Blédina®, etc.)						1 Boião = 100 a 130g				

Bebidas	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Ocasionalmente
Ice-tea® ou extractos vegetais						1 Garrafa pequena ou 1 lata				
Refrigerantes, sumos de fruta gaseificados						1 Garrafa pequena ou 1 lata				
Sumos de fruta concentrados (sunnydelight®,) ou néctares embalados						1 Garrafa pequena ou 1 lata ou 1 pacote				
Sumos de fruta natural						1 copo				
Coca-cola®, ou outras colas						1 Garrafa pequena ou 1 lata				
Café, cevadas						1 Chávena de café				
Chá preto e verde						1 Chávena				
Chá de aroma						1 Chávena				

Doces e Pastelaria	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Ocasionalmente
Bolachas tipo Maria® ou torrada						3 Bolachas				
Outras bolachas						3 Bolachas				
Croissants, Pastéis/bolos						Um; 1 fatia				

Chocolate						3 Quadrados				
Snacks de chocolate Mars®, Twix®						Um				
Açúcar						1 Colher de sobremesa; 1 Pacote				

30. Durante o último ano teve dificuldade para conseguir que a criança comesse o que desejava para ela?

- (A) Sim, muita dificuldade
- (B) Sim, alguma dificuldade
- (C) Sim, ocasionalmente
- (D) Não, nenhuma dificuldade

30.1. Se respondeu sim, descreva que problemas sentiu:

31. Responda conforme o seu grau de preocupação em relação ao comportamento alimentar da criança, nas refeições feitas em casa, durante o último ano:

	Sim, preocupo-me muito	Sim, preocupo-me um bocado	Sim, mas não me preocupou	Não, isto não aconteceu
(A) A criança não comeu a quantidade suficiente de comida servida por iniciativa própria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(B) Escondeu a comida, que você achou que ela comeu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(C) Fez algum tipo de birra e não aceitou algum tipo de alimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(D) Comeu exageradamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(E) Teve dificuldade em conseguir ter hábitos alimentares de rotina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Quantas vezes por mês, normalmente o seu filho/a come fora de casa? (não contar com as refeições da escola). Se nenhuma, coloque 00.

Época normal

- (A) Em casa de familiares __ vezes
 (B) Com amigos __ vezes
 (C) Cafés/Restaurantes __ vezes tradicionais
 (D) Restaurantes, __ vezes fast-food fast-food (ex. McDonalds, pizzaHut,etc)
 (E) Outro: __ vezes
-

Período de férias

- (A) Em casa de familiares __ vezes
 (B) Com amigos __ vezes
 (C) Cafés/Restaurantes __ vezes tradicionais
 (D) Restaurantes, __ vezes (ex. McDonalds, pizzaHut, etc)
 (E) Outro: __ vezes
-

33. Na maior parte das refeições que a sua criança faz em casa:

	Sempre Nunca	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	
(A) Come a mesma comida que a restante família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(B) Come uma comida Diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PAIS - ATIVIDADE FISICA/HÁBITOS ALIMENTARES

34. Em termos de exigência física como considera a sua atividade laboral?

Mãe Pai

- Sedentária (habitualmente trabalha sentada (o))
 Ativa (subo e desço escadas, estou de pé, etc)

35. Nos tempos livres a que tipo de atividades se dedica?

Mãe Pai

- Ver televisão
 Ir ao cinema
 Passear no shopping
 Ler
 Atividades ao ar livre
 Outras. Quais? _____.

36. Que tipos de alimentos fazem parte da sua alimentação? Com que frequência?

	1-2vezes semana	2-3vezes semana	4-5vezes semana	diariamente
Carnes brancas, peixe, ovos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne porco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massa, arroz, batatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hortaliças e legumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces, bolachas, chocolates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerantes gaseificados, café, chá preto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereais, pão, tostas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigada pela colaboração!☺

Anexo III – Autorização para utilização da Escala Visual de Silhuetas


From: bianca cardoso [mailto:bianca.mesip@gmail.com]

Sent: Monday, January 13, 2014 11:35 AM

To: Binns, Helen Dr.

Subject: Research study

 **Binns, Dr. Helen** <HBinns@luriechildrens.org> 13/01/14 ☆  
para mim 

 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem Desactivar para mensagens em: inglês x

Bianca,
Best wishes with your work.

The sketches and study questions (in English and Spanish) are at <http://www.luriechildrensresearch.org/pprg/resources/obesity/>

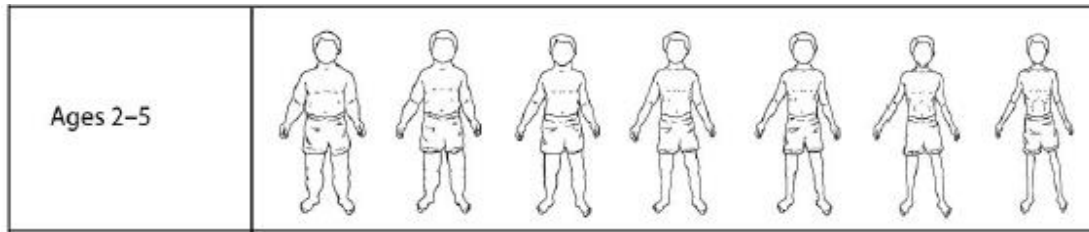
Helen Binns, MD, MPH

 Ann & Robert H. Lurie
Children's Hospital of Chicago



Anexo IV – Escala Visual de Silhuetas

Escala Visual de Silhuetas





(Eckstein et al, 2006)

Anexo V – Guia Procedimentos para avaliação antropométrica

AVALIAÇÃO DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR DA CRECHE E JARDIM DE INFÂNCIA DA BIQUINHA – SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MATOSINHOS

Material:

- 1 Balança InBody 230 
- 1 Estadiómetro Portátil Seca 
- 1 Computador portátil
- Esferográficas
- Guia de Instruções para a avaliação antropométrica
- Listagem das turmas dos 3,4 e 5 anos
- Certificados de participação para as crianças

GUIA DE INSTRUÇÕES PARA A AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

➤ SALA

1. A sala deverá ter espaço suficiente para colocar a balança InBody e proceder à recolha dos dados antropométricos e uma tomada disponível para ligar à corrente elétrica;
 - 1.1. Escolher o local mais adequado para ligar a balança à corrente elétrica e de seguida ao computador;
2. Escolher um local para colocar o estadiómetro;
 - 2.1. Montar o estadiómetro num local sem irregularidades no chão da sala e junto a uma parede vertical.
3. A sala deverá ter uma temperatura ambiente agradável tendo em conta a estação do ano em que se vai realizar a colheita de dados, permitindo assim às crianças retirar a roupa mais pesada;
4. Se possível, a sala deverá ter iluminação adequada e pouco ruído.

➤ **AVALIAÇÃO DA ESTATURA**

1. Certificar que o estadiómetro está numa superfície plana e apoiado numa parede vertical;
2. Explicar o procedimento de medição de estatura à criança;
3. Ajudar a criança a posicionar-se na plataforma descalça, no centro do estadiómetro com o corpo ereto, com os pés bem assentes no chão e ligeiramente afastados fazendo um ângulo de 60° e os calcanhares encostados à superfície vertical. A parte de trás da cabeça, as omoplatas, as nádegas e os calcanhares devem tocar na superfície vertical;
4. A cabeça deve estar segura com firmeza, de forma a que o olhar se mantenha na horizontal (Plano de Frankfort), segurando o queixo da criança com o dedo indicador e o polegar de forma a manter a cabeça posicionada corretamente;
5. Pedir à criança para não se mexer, enquanto o observador faz deslizar a pá horizontal pela escala vertical e perpendicular a esta, até encostar à parte superior da cabeça da criança;
6. Efetuar a leitura e registar a estatura da criança em centímetros até ao último milímetro (mm), $0.1\text{cm}=1\text{mm}$;
7. Repetir a medição, escrever o valor obtido na segunda medição ao lado do valor obtido na primeira medição.

➤ **PESAGEM NO INBODY**

1. Ligar o InBody;
2. Abrir o programa InBody no computador;
3. Efetuar o registo com os dados da criança (Nome, data de nascimento, estatura, sexo);
4. A criança deve usar roupa interior ou roupas leves, não deve ter sapatos nem adornos;
5. Explicar o procedimento da medição de peso à criança;

6. Colocar a criança descalça na balança com os pés alinhados na



posição de pés delimitada na mesma,

7. Posicionar as mãos com o polegar e a palma da mão nos eletródos



táteis;

8. A criança deve manter a postura até à conclusão da avaliação;

9. O peso das crianças deve ser medido em quilogramas (Kg) e registado até ao decígrama mais próximo (0.1kg);

10. Guardar o registo da avaliação da composição corporal informaticamente.

Anexo VI – Certificado de Participação

Diploma

Conferimos este diploma ao(à) aluno(a)

pele excelente desempenho na Avaliação Antropométrica contribuindo para a investigação **Obesidade em crianças em idade pré-escolar**, decorrida na Creche e Jardim de Infância da Biquinha.



Matosinhos, 25 Março 2014

Enf. Bianca Cardoso



Anexo VII – Exemplo de Avaliação Antropométrica InBody



InBody

Vamos descobrir do que o meu corpo é composto?

Ocupando a maior parte do meu corpo	Água Corporal	10,4kg	Suficiente
Fazendo músculos	Proteínas	2,9kg	Suficiente
Fazendo ossos fortes	Minerais	0,92kg	Suficiente
Armazenando energia extra	Gordura Corporal	7,7kg	Muito

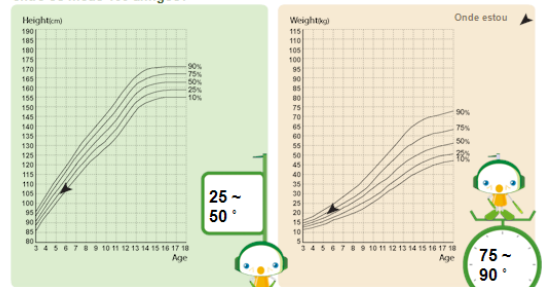
Vamos ver se meu corpo está bem equilibrado?

		Baixo		Normal		Alto						
Meu total	Peso	21,9kg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para estar em boa forma	Músculos	6,4kg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estou armazenando muita	Gordura Corporal	7,7kg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

O meu corpo está crescendo bem?

<p>Vêja o comentário da marca da mão. Ela mostra como estão os músculos das pernas.</p> <p>Você está bem desenvolvido (a)</p>	<p>Bom!</p>	<p>Você está bem gorducho(a)</p>	<p>Vai ser ótimo se você crescer mais.</p>	<p>Estou bem balanceado(a)?</p>
<p>Vêja o comentário da marca do pé. Ela mostra como estão os músculos das pernas.</p> <p>Você está bem desenvolvido (a), ainda que magro(a)</p>	<p>Suficientemente bom</p>	<p>O comprimento está bom, mas você precisa de mais músculos.</p> <p>Você parece fraco(a)</p>	<p>Braços</p> <p>Balanço-ado Ligeiramente desbalanceado Muito desbalanceado</p>	
<p>Seus músculos são como de um atleta.</p> <p>Muito bom!</p>	<p>Sua musculatura está boa para seu peso, mas você parece fraco(a)</p>	<p>Sua musculatura está boa para seu peso, mas você parece fraco(a)</p>	<p>Pernas</p> <p>Balanço-ado Ligeiramente desbalanceado Muito desbalanceado</p>	
	<p>Braços e pernas</p> <p>Balanço-ado Ligeiramente desbalanceado Muito desbalanceado</p>			

Como estou em relação à altura e peso entre os meus 100 amigos?



Qual é o meu peso ideal?

Para minha massa muscular ideal	Necessidade de ganhar 0,8kg	Então, qual é o meu peso ideal?
Para minha massa de gordura ideal	Necessidade de perder 4,9kg	17,8kg
Para meu peso ideal	Necessidade de perder 4,1kg	

Avaliação do meu corpo

IMC Índice de Massa Corporal	19,1kg/m ²	Normal	Abaixo	Acima	Muito alto	Qual a minha pontuação de
Porcentagem de Gordura Corporal	35,3 %	Normal	Abaixo	Ligeiramente alta	Muito alto	56 Pontos
Gravidade da Obesidade	122%	Normal	Baixo	Alto	Muito alto	
TMB Taxa de Metabolismo Basal	676 kcal	Normal	Abaixo	Acima		

Nota	Impedância
	Z (kHz) RA LA TR RL LL
	20kHz: 419,5 413,9 33,8 337,2 327,7
	100kHz: 393,9 377,5 32,8 297,9 299,7

Anexo VIII - Pedido de autorização à Instituição de Ensino

Exma Dra Anabela Matos
Diretora do Conselho Executivo da
Creche e Jardim de Infância da Biquinha –
Santa Casa da Misericórdia de Matosinhos

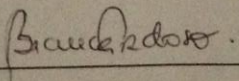
Sou enfermeira e frequento o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a decorrer no presente ano lectivo.

No âmbito da dissertação, encontro-me a realizar uma investigação sob o tema "Obesidade em crianças em idade pré-escolar", sob a orientação da Prof.(a) Doutora Cândida Pinto.

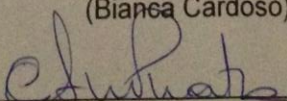
O presente projeto apresenta os seguintes objetivos: - Avaliar a prevalência do excesso de peso e obesidade, numa amostra de crianças em idade pré-escolar; Avaliar a perceção parental da obesidade infantil; Relacionar o estado nutricional e a ocorrência de excesso de peso com o estilo de vida e hábitos alimentares da família.

A colheita de dados será efetuada pela investigadora, pretendendo proceder à avaliação dos dados antropométricos (peso e estatura) e do Índice de Massa Corporal (IMC) de todas as crianças a frequentarem o ensino pré-escolar da Creche e Jardim de Infância da Biquinha - Santa Casa da Misericórdia de Matosinhos. Para além disso, será recolhida informação junto dos pais através de um questionário que se apresenta em anexo. Solicita-se ainda colaboração para o contacto com os pais a fim de solicitar também a autorização para a realização do estudo.

Atenciosamente,



(Bianca Cardoso)



(Diretora Pedagógica)

Anexo IX - Formulário de consentimento informado para os pais

EXMOS. PAIS

Sou enfermeira e frequento o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a decorrer no presente ano letivo.

No âmbito da dissertação, encontro-me a realizar uma investigação sob o tema “Obesidade em crianças em idade pré-escolar”, sob a orientação da Prof.(a) Doutora Cândida Pinto.

O presente projeto apresenta os seguintes objetivos: - Avaliar a prevalência do excesso de peso e obesidade, numa amostra de crianças em idade pré-escolar; Avaliar a perceção parental da obesidade infantil; Relacionar o estado nutricional e a ocorrência de excesso de peso com o estilo de vida e hábitos alimentares da família.

Desta forma, numa primeira fase, pretendo fazer uma avaliação dos dados antropométricos (peso e estatura) e do Índice de Massa Corporal (IMC) de todas as crianças a frequentarem o ensino pré-escolar da Creche e Jardim de Infância da Biquinha - Santa Casa da Misericórdia de Matosinhos. As avaliações serão realizadas sem qualquer desconforto ou risco para a criança. Os dados recolhidos serão posteriormente tratados com o intuito de elaborar uma caracterização do estado nutricional das crianças.

A participação no estudo é voluntária, sendo no entanto imprescindível para a realização deste projeto.

Assim é-vos solicitada autorização para proceder à avaliação do peso e comprimento do(a) vosso(a) filho(a), e que respondam ao questionário que junto anexamos. Solicitamos que entregue o questionário à educadora do Jardim de Infância.

Os dados obtidos serão utilizados para a realização do presente trabalho não permitindo a identificação de qualquer pessoa.

Apresento-me totalmente disponível para qualquer tipo de esclarecimento sobre o projecto em questão. Poderão entrar em contacto por e-mail para bianca.mesip@gmail.com.

Agradeço a vossa disponibilidade e colaboração.

Atenciosamente,

(Bianca Cardoso)

TERMO DE CONSENTIMENTO Nº

Eu _____, Encarregado de Educação (pai/mãe) dou/ não dou o meu consentimento livre e esclarecido para que o meu educando(a) _____ participe na investigação sob o tema “Obesidade em crianças em idade pré-escolar”.

Assinatura: _____ Data: __/__/__