

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – PÓLO DE VISEU



Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais
Mestrado de Gestão e Administração de Unidades de Saúde

“Perfil de saúde da criança vigiada em Cuidados de Saúde Primários”

Ângela Marisa Quinteiro Amaral

Orientador: Professor Doutor Nuno Melão

Viseu, outubro de 2013

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – PÓLO DE VISEU



Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais
Mestrado de Gestão e Administração de Unidades de Saúde

“Perfil de saúde da criança vigiada em Cuidados de Saúde Primários”

Ângela Marisa Quinteiro Amaral

Licenciada em Enfermagem e Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica pela
Escola Superior de Saúde de Viseu

Dissertação elaborada para
obtenção do grau de Mestre em Gestão e
Administração de Unidades de Saúde pela
Universidade Católica Portuguesa - Centro
Regional das Beiras, sob orientação do
Professor Doutor Nuno Melão

Viseu, outubro de 2013

*“Os dias prósperos não vêm ao acaso; são granjeados, como as searas,
com muita fadiga e com muitos intervalos de desalento.”*

Camilo Castelo Branco

AGRADECIMENTOS

Uma dissertação é, pelo seu cariz académico, um trabalho individual, que, no entanto, reúne contributos de naturezas diversas. A realização desta dissertação marca um ponto importante da minha vida, pelo que gostaria de agradecer a todos os que contribuíram de forma decisiva para a sua concretização:

* Aos meus pais, pela compreensão pelas minhas ausências e pela força que me transmitiram constantemente ao longo deste último ano, e pela vida fantástica que sempre me proporcionaram.

* A toda a minha família, pelo entusiasmo que me transmitiram e por sempre me fazerem sorrir.

* Ao meu orientador, Professor Doutor Nuno Melão, pela orientação e colaboração neste processo, que permitiu a conclusão desta dissertação.

* Ao amigo Professor Doutor Carlos Pereira, pela inspiração, preocupação, ajuda e amizade.

* Aos meus amigos, e eles sabem quem são, pela força e entusiasmo com que me acompanharam neste percurso académico.

* À comissão de Ética da ARS Centro e ao Diretor Executivo do ACES Dão Lafões pela autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

* Aos colegas de serviço, pela colaboração e ajuda na recolha de dados.

* Aos familiares das crianças que contribuíram ativamente para esta investigação com o preenchimento do instrumento de colheita de dados.

A todos eles: Muito Obrigada!

RESUMO

A obesidade infantil e a cárie dentária tornaram-se num problema de saúde pública muito importante. As alterações na acuidade visual e as alterações do sono nas crianças são temáticas menos desenvolvidas na investigação, mas com o mesmo valor na prevenção e tratamento de determinadas situações. Estes problemas de saúde são situações preocupantes, devido às complicações que podem vir a trazer às crianças na sua vida adulta, pelo que é muito importante que os profissionais de saúde conheçam o perfil de saúde das crianças, assim como os seus hábitos de higiene e saúde diários. Tendo em conta a gestão dos cuidados de saúde em Portugal é também muito importante este conhecimento dado que os gastos em prevenção podem reduzir significativamente os gastos futuros com tratamentos, o que do ponto de vista económico é vital.

Neste sentido, foi realizado um estudo quantitativo descritivo, numa amostra por conveniência de 166 crianças entre os 4 e os 18 anos, 91 rapazes e 75 raparigas, que frequentavam as Unidades de Saúde dos CSP do Concelho de Viseu. Para a sua realização utilizou-se um questionário e procedeu-se à avaliação antropométrica, à deteção de cárie dentária, e à avaliação da acuidade visual com a escala de Snellen.

A criança seguida em CSP tem peso normal, não tem cárie dentária e pode ter, ou não, problemas na acuidade visual e alterações do sono. A prevalência da obesidade é de 19,2% e de excesso de peso é de 20,5%, a prevalência de cárie dentária é de 17,5%, sendo que a prevalência de cárie dentária e dentes obturados, em simultâneo, é de 21,2%; a prevalência de alterações da visão é de 41,6%, sendo que 47,8% das crianças com alteração da visão já têm um diagnóstico efetuado (já usam óculos); e a prevalência de alterações do sono é de 44% no que diz respeito à dificuldade em adormecer, 53% relativamente ao facto de acordarem durante a noite e 34,3% quando analisada a qualidade do sono. Concluiu-se ainda que o facto de uma criança ter irmãos com problemas na visão pode ser um fator indicativo de poder vir a ter problemas na acuidade visual, que o sexo é um fator interventivo nas alterações da visão, as raparigas terão uma maior probabilidade de vir a ter alterações na acuidade visual, e que uma criança sem irmãos tem mais probabilidade de vir a ter alterações na qualidade do sono.

Palavras chave: Perfil de saúde; Criança; Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

Childhood obesity and dental caries became an important problem to public health. Changes in visual acuity and sleep disturbances in the children are thematic less developed in research but as important on prevention and the treatment of some situations. The excess of weight, changes on oral health, changes on visual acuity and disturbances in sleep are worrying situations, because they can bring complications to the children's health in their adult life, so it's very important that health professionals know the children's profile and their daily habits and hygiene health. It's also important to know that, considering the management of health care in Portugal, because prevention will reduce the budget in future treatments which is a vital question to the economic system. Considering the management of the health care in Portugal, it's also important this knowledge, because we can reduced considerably the costs on future treatments with prevention, which is a vital question to economic system.

Therefore, we performed a quantitative descriptive study, in a convenience sample of 166 (one hundred and sixty-six) children aged between 4(four) and 18(eighteen), 91(ninety-one) boys and 75(seventy-five) girls who attended the Health Units, Primary Health Care (PHC), of the Municipality of Viseu. To do that we used a questionnaire and proceeded to anthropometric assessment, by the observation of the oral cavity to detect dental caries, and with the Snellen's scale to assess the visual acuity.

Children who attended the services in the Primary Health Care (PHC) have normal weight, don't have dental caries and may have, or not, visual acuity problems or changes/disturbances in sleep. 19,2% of the children have obesity and 20,5,7% overweight, while in girls the prevalence of obesity is 18,6 % and overweight is 22,7 % for boys is 19,8% and 18,7 % respectively; dental caries is 17;5 % , and the prevalence of dental caries and filled teeth, simultaneously, is 21,2%; 41,6 % of the children have changes in vision and 47,8 % of them have visual alterations that were already diagnosed (they already wear glasses); 44% have sleep disorders and difficulties falling asleep, 53% of these problems are related with waking up during the night and 34,3% when analyzing the quality of sleep. We concluded that the fact that a child has brothers with vision problems, may be an issue indicating that the same child may experience problems in visual acuity, that sex is a factor in the central changes in vision, and the girls have a greater probability of having changes in visual acuity and a child without brothers has a greater chance of having alterations in the quality of sleep.

Keywords: Health Profile; Child; Primary Health Care.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

h - horas

IMC – Índice de Massa Corporal

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

K – Kurtose

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Min – minutos

sig. – significância

SK - Skweness

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	5
2 – SAÚDE NA CRIANÇA.....	8
2.1 – Obesidade infantil.....	14
2.1.1 – Método de avaliação.....	15
2.1.2 – Tratamento e prevenção.....	17
2.1.3 – Revisão de estudos.....	18
2.1.4 – Custos da obesidade infantil.....	19
2.2 – Cárie dentária.....	20
2.2.1 – Saúde oral.....	21
2.2.2 – Prevenção.....	23
2.2.3 – Higiene oral.....	24
2.2.4 – Revisão de estudos.....	27
2.3 – Acuidade visual.....	29
2.3.1 – Vigilância em oftalmologia.....	29
2.3.2 – Rastreio oftalmológico.....	31
2.4 – Alterações do sono.....	35
2.4.1 – Higiene do sono.....	37
2.4.2 – Revisão de estudos.....	38
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	
3 – METODOLOGIA.....	43
3.1 – Concetualização e objetivos do estudo.....	43
3.1.1 – Objetivos.....	44
3.1.2 – Hipóteses.....	44
3.1.3 – Variáveis.....	46
3.2 – Desenho de investigação.....	47
3.2.1 – Tipo de estudo.....	48
3.2.2 – População e Amostra.....	49
3.2.3 – Instrumento de colheita de dados.....	50
3.3 – Procedimentos e considerações éticas.....	52

3.4 – Tratamento estatístico.....	53
3.5 – Teste de fidelidade.....	55

CAPÍTULO III – ANÁLISE DOS RESULTADOS

4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	61
4.1 – Análise descritiva dos resultados.....	61
4.1.1 – Caracterização da amostra em termos sociodemográficos.....	62
4.2.2 – Caracterização do perfil de saúde da criança.....	67
4.2.3 – Caracterização dos hábitos diários de higiene dentária.....	72
4.2.4 – Caracterização dos hábitos diários alimentares.....	76
4.2.5 – Visão.....	77
4.2.6 – Hábitos de exercício físico.....	79
4.2.7 – Higiene do sono.....	81
4.2 – Análise inferencial.....	83
5 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	97
5.1 – Caracterização sociodemográfica.....	97
5.2 – Obesidade infantil.....	98
5.3 – Cárie dentária.....	100
5.4 – Acuidade visual	100
5.5 – Alterações do sono.....	101
5.6 – Hábitos de higiene oral.....	103
5.7 – Hábitos alimentares.....	104
5.8 – Hábitos televisivos.....	105
5.9 – Hábitos de exercício físico.....	105

CAPÍTULO IV - CONCLUSÃO

6 – CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de colheita de dados.....	127
Anexo 2 – Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados	137

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Desenvolvimento ideal para uma criança.....	8
Figura 2 – Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios no primeiro ano de vida.....	10
Figura 3 – Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios do 1 aos 3 anos de vida.....	11
Figura 4 – Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios dos 4 aos 9 anos de vida.....	12
Figura 5 – Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios dos 10 aos 18 anos de vida.....	13
Figura 6 – Curva de crescimento de IMC em crianças do sexo masculino dos 2 aos 20 anos.....	15
Figura 7 – Curva de crescimento de IMC em crianças do sexo feminino dos 2 aos 20 anos.....	16
Figura 8 – Proposta de estratégias comportamentais na abordagem da obesidade infantil.....	17
Figura 9 – Custos com a obesidade, em euros, nos anos de 1996 e 2002.....	20
Figura 10 – Técnica de lavagem dos dentes.....	25
Figura 11 – Técnica de aplicação do fio dentário.....	26
Figura 12 – valor de faturação por grupo etário e por ARS.....	27
Figura 13 – Cronologia de observação sistemática da criança – idades chave.....	31
Figura 14 – Componentes do rastreio oftalmológico infantil.....	32
Figura 15 – Teste de símbolos de Lea.....	34
Figura 16 – Teste de Pigassou e teste de Weiss.....	34
Figura 17 – Tabela E e tabela letrada de Snellen.....	35
Figura 18 – Média diária das necessidades de sono.....	36
Figura 19 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação.....	48

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Elementos avaliados na análise descritiva.....	54
Quadro 2 – Coeficientes de consistência interna e correlação Item-Total das questões dicotômicas.....	56
Quadro 3 – Distribuição de questionários preenchidos por Unidade de Saúde...	61
Quadro 4 – Caraterização da amostra de acordo com o sexo.....	62
Quadro 5 – Caraterização da amostra de acordo com a idade.....	62
Quadro 6 – Estatísticas relativas à idade da amostra.....	63
Quadro 7 – Caraterização da amostra de acordo com o local de residência.....	63
Quadro 8 – Caraterização da amostra de acordo com a pessoa com quem vive...	64
Quadro 9 – Caraterização da amostra de acordo com as habilitações literárias dos pais.....	64
Quadro 10 – Caraterização da amostra de acordo com o estado civil dos pais....	65
Quadro 11 – Caraterização da amostra de acordo com o número de coabitantes na mesma casa.....	65
Quadro 12 – Estatísticas relativas ao número de coabitantes na mesma casa.....	65
Quadro 13 – Caraterização da amostra de acordo com o facto de ter um quarto individual.....	66
Quadro 14 – Caraterização da amostra de acordo com o facto de ter ou não irmãos.....	66
Quadro 15 – Caraterização da amostra de acordo com o número de irmãos.....	66
Quadro 16 – Caraterização da amostra relativamente ao Percentil de IMC de acordo com o sexo.....	67
Quadro 17 – Caraterização da amostra relativamente à presença de cárie dentária ou dentes obturados de acordo com o sexo.....	68
Quadro 18 – Caraterização da amostra relativamente à presença simultânea de dentes obturados e cariados.....	68
Quadro 19 – Caraterização da amostra relativamente ao uso de óculos.....	69
Quadro 20 – Caraterização da amostra relativamente à presença de alterações na acuidade visual.....	69
Quadro 21 – Caraterização da amostra relativamente à dificuldade em adormecer quando se deitou, no último mês.....	70

Quadro 22 – Caraterização da amostra relativamente à frequência com que acordou durante a noite, no último mês.....	71
Quadro 23 – Caraterização da amostra relativamente à dificuldade em adormecer após acordar durante a noite.....	71
Quadro 24 – Caraterização da amostra relativamente à qualidade do sono no último mês.....	72
Quadro 25 – Caraterização da amostra relativamente à altura do dia em que as crianças realizam a sua higiene oral.....	73
Quadro 26 – Caraterização da amostra relativamente à forma como as crianças realizam a sua higiene oral.....	73
Quadro 27 – Caraterização da amostra relativamente ao uso de fio dentário nas crianças acima dos 8 anos.....	74
Quadro 28 – Caraterização da amostra relativamente ao tempo que demoram a fazer a sua higiene oral.....	74
Quadro 29 – Caraterização da amostra relativamente à frequência com que fazem a sua higiene oral por dia.....	74
Quadro 30 – Estatísticas relativas ao tempo que a criança demora a realizar a higiene oral e à frequência com que o faz por dia.....	75
Quadro 31 – Caraterização da amostra relativamente à frequência de consultas de medicina dentária.....	75
Quadro 32 – Caraterização da amostra relativamente à frequência de consultas de medicina dentária no último ano.....	75
Quadro 33 – Estatísticas relativas à frequência de consultas de medicina dentária no último ano.....	75
Quadro 34 – Caraterização da amostra relativamente à frequência de refeições por dia.....	76
Quadro 35 – Estatísticas relativas ao número de refeições feitas por dia.....	76
Quadro 36 – Caraterização da amostra relativamente à frequência de ingestão de diferentes alimentos	77
Quadro 37 – Caraterização da amostra relativamente à presença de problemas de visão e/ou usa óculos nos familiares diretos da criança.....	78
Quadro 38 – Caraterização da amostra relativamente ao familiar da criança que tem problemas de visão.....	78

Quadro 39 – Caraterização da amostra relativamente ao número de horas que está em frente a um ecrã durante a semana.....	78
Quadro 40 – Caraterização da amostra relativamente ao número de horas que está em frente a um ecrã durante o fim de semana.....	79
Quadro 41 – Estatísticas relativas ao número de horas que está em frente a um ecrã durante a semana e durante o fim de semana.....	79
Quadro 42 – Caraterização da amostra relativamente à frequência de consultas de Oftalmologia.....	79
Quadro 43 – Caraterização da amostra relativa ao número de horas que dedica ao exercício físico durante a semana.....	80
Quadro 44 – Estatísticas relativas ao número de horas que dedica ao exercício físico.....	80
Quadro 45 – Caraterização da amostra relativa à prática de modalidades desportivas extraescola.....	81
Quadro 46 – Caraterização da amostra relativa à prática de atividades ao ar livre extraescola.....	81
Quadro 47 – Caraterização da amostra relativa à manutenção da hora de deitar diariamente.....	82
Quadro 48 – Estatísticas relativas ao número de horas dormidas durante a semana e ao fim de semana.....	82
Quadro 49 – Caraterização da amostra relativamente ao número de horas dormidas durante a semana.....	82
Quadro 50 – Caraterização da amostra relativamente ao número de horas dormidas durante o fim de semana.....	83
Quadro 51 – Resultados do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov.....	83
Quadro 52 - Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias na idade entre crianças com percentil de Índice de Massa Corporal entre 5 e 95.....	85
Quadro 53 - Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias no número de refeições realizadas diariamente entre crianças com percentil de Índice de Massa Corporal entre 5 e 95.....	86
Quadro 54 - Teste Qui-Quadrado para relação de obesidade das crianças com habilitações literárias dos pais.....	87
Quadro 55 - Teste Qui-Quadrado para relação de peso normal das crianças com	88

prática de exercício extraescolar.....	
Quadro 56- Teste U Mann-Whitney para diferença de médias na frequência de realização de higiene oral diária entre crianças com e sem cárie dentária.....	89
Quadro 57 - Teste Qui-Quadrado para relação de presença de cárie dentária com local de residência.....	90
Quadro 58 - Teste Qui-Quadrado para relação de acuidade visual com hereditariedade dos familiares diretos.....	91
Quadro 59 - Teste Qui-Quadrado para relação de acuidade visual com sexo da criança.....	92
Quadro 60 - Teste U Mann-Whitney para diferença de médias nas dimensões das perturbações do sono entre crianças do sexo masculino e do sexo feminino..	93
Quadro 61 - Teste U Mann-Whitney para diferença de médias nas dimensões da qualidade do sono entre crianças com e sem quarto individual.....	94
Quadro 62 - Teste U Mann-Whitney para diferença de médias nas dimensões das perturbações do sono entre crianças com e sem irmãos.....	95
Quadro 63 - Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias no número de horas dormidas durante a semana entre crianças que acordaram em número de vezes diferente durante a noite.....	96
Quadro 64 - Teste U Mann-Whitney para diferença de médias nas horas passadas em frente a um ecrã durante a semana e durante o fim de semana entre crianças com e sem visão alterada.....	97

INTRODUÇÃO

“A verdadeira medida do estado de uma nação está na forma como cuida das suas crianças – da sua saúde e proteção, da sua segurança material, da sua educação e socialização, e do modo como se sentem amadas, valorizadas e integradas nas famílias e sociedades onde nasceram.” UNICEF

Os fatores genéticos e o ambiente em que vive são fatores intervenientes na saúde da criança, mas outro dos fatores importantes nesta área é também os cuidados que lhe são prestados. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é um ponto prioritário para os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários.

As consultas de vigilância devem ser realizadas regularmente ao longo de toda a infância e adolescência, pois é nos primeiros anos de vida que se devem instituir hábitos de vida saudáveis. É extremamente importante proceder-se, nesta fase, à adoção de medidas que possam prevenir e/ou detetar precocemente qualquer problema de saúde.

Para uma boa gestão de serviços de saúde há que conhecer princípios de epidemiologia e conceitos de raciocínio económico que posteriormente se irão aplicar à prática e à gestão clínica desses mesmos serviços.

Este estudo tem o intuito de definir qual o perfil de saúde das crianças seguidas em consulta de vigilância nos cuidados de saúde primários, de forma a se poder criar uma estratégia de intervenção na educação para a saúde, mais direcionada para os problemas alvo, de maneira a que se possa evitar o aparecimento ou progressão de algumas doenças. A intervenção na evicção destes problemas leva conseqüentemente a uma diminuição da necessidade de tratamentos, o que se traduz numa melhor qualidade de vida da criança na idade em que se encontra, e posteriormente na sua vida adulta, trazendo também benefícios económicos ao país, na medida em que evitar tratamentos diminui conseqüentemente os gastos financeiros.

O centro fulcral desta investigação, e preocupação maior, é “Qual o perfil de saúde da criança seguida em consulta de vigilância nos cuidados de saúde primários?”.

Ao realizar-se este trabalho de investigação tem-se como objetivos principais, definir, relativamente às crianças seguidas em cuidados de saúde primários, os seguintes aspetos:

- prevalência da obesidade;
- prevalência de cárie dentária;
- prevalência de alterações da visão;
- prevalência de alterações do sono;

- avaliar a relação da obesidade e cárie dentária com as variáveis sociodemográficas;
- analisar a influência dos hábitos de vida diários na obesidade, alterações da visão, cárie dentária e perturbações do sono.

Para a realização desta investigação fez-se uma pesquisa de artigos científicos e outra literatura, relacionados com os temas abrangidos pelo trabalho, na base de dados científica *ISI Web of Knowledge*, no motor de pesquisa *Google scholar* e em bibliotecas universitárias.

Esta dissertação está dividida em duas partes essenciais, sendo estas o enquadramento teórico e a investigação empírica. Na fundamentação teórica apresenta-se um esquema concetualizado sobre os temas obesidade infantil, alterações visuais, alterações dentárias e alterações do sono. Na segunda parte, apresenta-se a investigação empírica, definindo o tipo de estudo, as variáveis, a técnica de amostragem e o instrumento de colheita de dados. Por último, procede-se à análise e interpretação dos resultados, apresentando-se a discussão dos resultados e consequentes conclusões e sugestões.

É do interesse geral que este tema contribua para uma melhor análise da problemática, por parte de todos os indivíduos que, de forma direta ou indireta, exercem um papel ativo sobre a saúde da criança, gerindo assim melhor os cuidados prestados a todas as crianças, tornando as suas vidas mais saudáveis e satisfatórias.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

É opinião geral de que se os sistemas de saúde estiverem assentes numa estrutura sólida de cuidados de saúde primários (CSP) estes são mais custo-efetivos, têm uma maior equidade e aumentam os níveis de saúde e satisfação dos indivíduos (Biscaia *et al*, 2008 *cit in* Miguel & Sá, 2010). Um dos princípios defendidos, a nível internacional, para que nos CSP haja um desenvolvimento nos serviços prestados é a articulação e a integração dos cuidados (Vital & Teixeira, 2012).

A reforma do sistema de saúde e da assistência criado por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa, em 1971, é o início dos CSP em Portugal. Só depois, em 1978, surgiu a Declaração de Alma Ata e em 1979 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) português. Os CSP são um sucesso em Portugal, com grandes ganhos em saúde, sendo que desde 1960 até 2002 houve uma grande evolução em indicadores como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil e as taxas de mortalidade neonatal e perinatal (Miguel & Sá, 2010).

A gestão e organização da prestação de cuidados nos CSP nem sempre foi a melhor, dada a centralização excessiva nas Sub-Regiões e nas Administrações Regionais de Saúde, dado o défice nos recursos humanos, comparativamente com os cuidados de saúde secundários, e dada a ausência de incentivos remuneratórios que premiassem e estimulassem o desempenho profissional. Tudo isto levou a uma desmotivação dos profissionais, pelo que teve que ser pensada uma nova reforma nos CSP, com a realização de experiências organizacionais e remuneratórias, que se iniciou em 2005 (Miguel & Sá, 2010). Desde então tem tido resultados muito positivos, quer com o aumento da satisfação profissional e dos utentes, quer com a melhoria na acessibilidade aos referidos cuidados (GCRCSP, 2009 *cit in* Miguel & Sá, 2010). Esta reforma não tem abrangido todas as áreas do país de forma equitativa, mas é esse um dos objetivos a atingir com o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Miguel & Sá, 2010). A reforma dos CSP reorganiza os locais de cuidados, com especial lugar para as Unidades de Saúde Familiar (USF) e para a extinção das Sub-Regiões, criando os Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) que reorganizaram os Centros de Saúde (Miguel & Sá, 2010).

Os ACES, para além das USF's e serviços de gestão e organização, incluem outras estruturas funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Como tal, os ACES para além de serem constituídos por

médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e operacionais, com esta reforma passam a incluir outro tipo de profissionais diferenciados (psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, motoristas,...) (Miguel & Sá, 2010).

Pisco (2007) refere, com base no Programa do XVII Governo Constitucional, que os CSP são o pilar do Sistema de Saúde, sendo os Centros de Saúde as entidades enquadradoras das USF's. As medidas políticas tomadas para a reestruturação dos CSP incluíram a criação de USF's, em termos de gestão, públicas ou privadas, com equipas multiprofissionais e auto-organizadas, com autonomia organizativa funcional e técnica, onde existe uma contratualização de uma carteira básica de serviços, com um sistema de prémios para incentivar a produtividade, acessibilidade e qualidade e com uma descentralização dos meios de diagnóstico; reforçaram em cada Centro de Saúde todos os serviços de apoio comuns às USF's, como sendo, a vacinação, a saúde oral, a saúde mental e consultorias especializadas, incluindo a participação de especialistas do hospital de referência, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação; e reforçaram os incentivos e a formação de médicos de clínica geral, para atrair mais candidatos.

As USF's são a inovação dos CSP em Portugal, sendo uma estrutura que assenta em equipas multiprofissionais coesas, com autonomia técnica e organizacional regulamentada por lei própria. Respondem às necessidades dos seus utentes e famílias, tentando alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e resultados de saúde, sendo avaliadas e responsabilizadas pelo seu desempenho. Há algumas resistências na expansão das USF's, mas os cidadãos são quem mais defende estas organizações, dado que têm tido bastantes benefícios em termos de acessibilidade e qualidade de cuidados (Nunes *et al*, 2012).

A localização das USF's tem em conta a diversidade geo-demográfica do país, de modo a que consigam dar a melhor resposta possível à sua comunidade, tendo em conta as suas necessidades e características (Nunes *et al*, 2012).

Em Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 22 de Setembro de 2005, publicada em Diário da República a 12 de Outubro, foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) com a missão de conduzir o projeto das USF's em termos de lançamento, coordenação e acompanhamento da reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das USF's (Pisco, 2007). Como objetivos intervencionais principais a MCSP declarou obter mais e melhores cuidados de saúde ao cidadão, aumentar a acessibilidade, proximidade e qualidade dos cuidados, aumentar a satisfação do utente e dos profissionais, melhorar as condições de trabalho, melhorar a organização do trabalho e recompensar as boas

práticas. Ao mesmo tempo melhorar a eficiência e promover a contenção nos custos (Pisco, 2007).

O Ministério da Saúde propõe que, para o período de 2011 a 2016, se continue o trabalho efetuado nos CSP a todos os cidadãos portugueses, para que se possa reforçar a oferta, diversificar e generalizar a nível nacional, aumentando a área abrangida pelo SNS e iniciando novas atividades relevantes para a saúde dos portugueses. Foram criadas metas e objetivos que incluem pontos como continuar a reforma dos ACES e reforçar as suas competências, reforçar a eficácia dos cuidados prestados, implantar novos sistemas de informação, entre outros. Para além destes objetivos mais institucionais, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 quer promover a intervenção em programas de saúde que começam a ficar subvalorizados, mas que são de extrema importância na saúde do indivíduo, nomeadamente a área da cessação tabágica, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, comportamentos alimentares e saúde oral (Miguel & Sá, 2010).

Relativamente ao que cada cidadão usufrui desta reforma dos CSP há que relevar que cada utente fará o seu contato com o SNS através do seu médico e do seu enfermeiro de família, de uma forma mais abrangente e personalizada, são integrados numa “equipa de saúde da pessoa e da família”, que substituirão o seu médico e enfermeiro de família nas suas ausências e através da sua equipa de família (médico e enfermeiro) poderão ter acesso a outros cuidados de saúde em CSP, hospitais e redes de cuidados continuados, à exceção das situações de urgência e emergência, conforme as suas necessidades (Nunes *et al*, 2012).

Sabe-se de antemão que a saúde ultrapassa os limites da medicina, da enfermagem, da logística administrativa, da farmácia ou do laboratório, e como tal, cada vez mais, os cuidados devem ser centrados na pessoa e não em protagonismos pessoais (Vital & Teixeira, 2012). Para que os CSP causem impacto na saúde dos cidadãos, das famílias e das comunidades o Ministério da Saúde promove algumas estratégias para a prestação de cuidados preventivos que capacitem, promovam e protejam a saúde do indivíduo, com muita ênfase nos fatores de risco das doenças crónicas mais comuns promovendo a sua prevenção e controlo. Para que tal aconteça é necessário criar planos regionais de saúde, promover estratégias locais que envolvam parceiros da comunidade e promover, nos CSP, informação sobre todos os assuntos de saúde, educação para a saúde como prevenção, educação para a saúde à pessoa doente (para que saiba lidar com a sua situação e a sua saúde) e educação da comunidade para uma correta utilização dos serviços de saúde (Nunes *et al*, 2012).

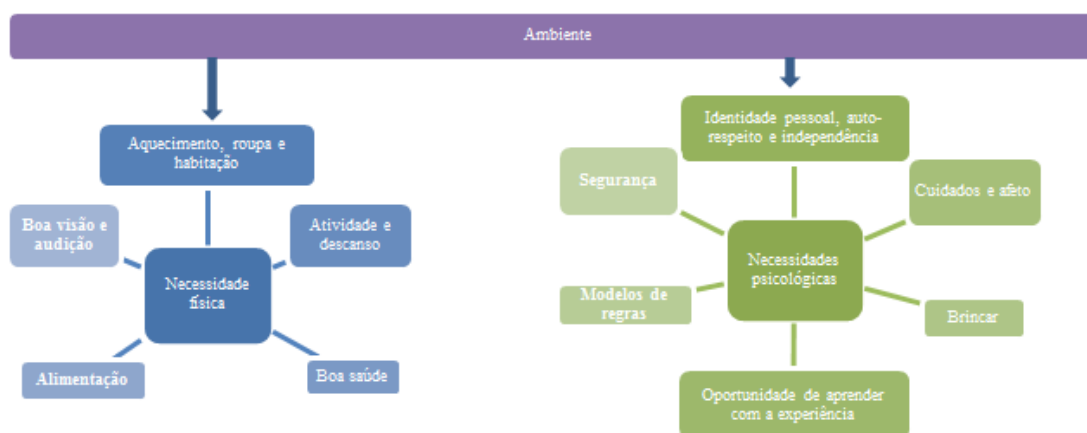
Num estudo realizado por Rocha & Sá (2011) relativo à satisfação da implementação da reforma dos CSP em Portugal obteve-se uma resposta uniforme por parte das pessoas que

usam os serviços até aos gestores das ARS's. Para todos, nos serviços nas USF's, é muito positiva a flexibilidade dos horários de atendimento até às 22 horas e aos sábados; outro dos pontos importantes é a consulta de Intersubstituição para atendimento ao utente, por outro médico, quando o seu médico de família está ausente, e os cuidados domiciliários, em especial os cuidados médicos, que não eram tão frequentes nos Centros de Saúde; a motivação e satisfação dos profissionais são muito altas, em parte, pelo facto de se poder escolher a equipa com quem se trabalha; os planos de saúde abrangidos, como a saúde Infantil, Saúde Materna, Hipertensão, entre outros, indicam um aperfeiçoamento na qualidade de prestação de serviços com um cumprimento dos padrões e das orientações técnicas; há uma maior gestão de processos em termos informáticos, administrativo, médico e de enfermagem; e a consolidação e sustentabilidade das condições de trabalho.

2 – SAÚDE NA CRIANÇA

A interação entre a hereditariedade e o ambiente define o desenvolvimento de uma criança. O potencial da criança é determinado pela hereditariedade e o ambiente determina a forma como esse potencial é alcançado. Para que a criança atinja um desenvolvimento ideal tem que haver um ambiente que promova as necessidades físicas e psicológicas ideais, que variam de acordo com a idade da criança, conforme se pode ver em esquema na figura 1 (Lissauer & Clayden, 2009).

Figura 1 – Desenvolvimento ideal para uma criança



Fonte: Lissauer & Clayden (2009)

É indiscutível o impacto que a vigilância da saúde tem nas crianças, sendo que todas as ações implementadas na saúde infantil e juvenil são pertinentes e de qualidade. Como tal, sabe-se que a manutenção e a promoção da saúde em todas as crianças é um ponto de importância fulcral para os profissionais e para os serviços (DGS, 2005). Uma consulta de vigilância em saúde infantil implica, segundo a DGS (2005, pp.7-8):

- fazer uma avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, fazendo os respetivos registos escritos e informáticos;
- incentivar as crianças, e acompanhantes, a optarem por estilos de vida saudáveis, no que diz respeito à alimentação, prática de exercício físico e prevenção de consumos nocivos;
- “promover o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, a suplementação vitamínica e mineral, nas idades e situações indicadas, a saúde oral, a prevenção de acidentes e intoxicações, a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar e a prevenção das perturbações da esfera psicoafectiva”;
- detetar o mais cedo possível, fazendo o encaminhamento necessário, problemas que interfiram, de uma forma negativa, na qualidade de vida da criança;
- saber como identificar e tratar doenças comuns e como preveni-las;
- Identificar necessidades de apoio e fazer encaminhamento necessário, para a criança com doença crónica e/ou deficiência;
- proporcionar aconselhamento genético, quando necessário;
- “identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência”;
- ajudar os adolescentes a promover a sua auto-estima;
- “apoiar e estimular a função parental”.

Em Portugal, de acordo com a DGS (2005), a periodicidade das consultas de vigilância em saúde infantil é:

- no 1º ano de vida – primeira semana, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses e 9 meses;
- do 1 aos 3 anos – 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 anos, 3 anos;
- dos 4 aos 9 anos – 4 anos, 5/6 anos (exame global de saúde), 8 anos;
- dos 10 aos 18 anos – 11/13 anos (exame global de saúde), 15 anos, 18 anos.

Nas consultas de saúde infantil, de acordo com as idades, são avaliados determinados parâmetros biométricos e prestados determinados cuidados antecipatórios (DGS, 2005). Nas figuras 2, 3, 4 e 5 são apresentados os parâmetros de acordo com as idades-chave.

Figura 2 – Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios no primeiro ano de vida

PRIMEIRO ANO DE VIDA

PARÂMETROS A AVALIAR

	1º CONS	1 MÊS	2 MESES	4 MESES	6 MESES	9 MESES
Peso						
Comprimento						
Perímetro cefálico						
Dentes						
Coração						
Anca						
Visão						
Audição						
Exame físico						4
Desenvolvimento			2		3	
Vacinação	1					

1 Verificar a realização do diagnóstico precoce

2 Sorriso social

3 Reacção ao estranho

4 Confirmar presença de testículos nas bolsas

PRIMEIRO ANO DE VIDA

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	1º CONS	1 MÊS	2 MESES	4 MESES	6 MESES	9 MESES
Alimentação						
Vitamina D						
Dentição						
Higiene						
Posição de deitar						
Hábitos de sono						
Hábitos intestinais e cólicas						
Desenvolvimento e temperamento						
Acidentes e segurança						
Temperatura normal e febre						
Sintomas/sinais de alerta 1						
Sinais/sintomas comuns 2						
Reacções às vacinas						
Outros				3	4,5,6	7

1 Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos Serviços de Saúde

2 Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação)

3 Vida na creche, ama ou outros atendimentos diurnos

4 Reacção ao estranho

5 Escolha de brinquedos

6 Cama e quarto próprios, rituais de adormecimento

7 Desenvolvimento da linguagem

Fonte: DGS (2005)

Figura 3 – Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios do 1 aos 3 anos

1 – 3 ANOS					
PARÂMETROS A AVALIAR					
	12 MESES	15 MESES	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS
Peso					
Estatura					
Perímetro cefálico					
Dentes					
Coração					
Anca/marcha			4	4	
Visão					
Audição					
Exame físico		2			
Desenvolvimento	1	3		5	
Linguagem					
Vacinação					

1 Imitação
 2 Confirmar presença de testículos nas bolsas
 3 Ansiedade de separação
 4 Problemas ortopédicos
 5 Jogo «faz de conta»

1 – 3 ANOS					
CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS					
	12 MESES	15 MESES	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS
Alimentação	1				
Saúde oral					
Desenvolvimento				7	
Temperamento e relacionamento	2	2	2, 4	4	9
Acidentes e segurança					
Dentição, higiene oral					
Calçado					
Estilos de vida saudáveis ³				5	5
Controlo de esfíncteres					
Outros			6	8	10, 11

1 Referir a anorexia fisiológica do 2º ano de vida
 2 Afirmação da personalidade, birras, regras sociais
 3 Brincar, passear, dormir
 4 Independência, ansiedade de separação, terrores nocturnos
 5 Brincar, desenhar, hábitos de televisão, ritual de adormecer
 6 Desmame do biberão e do leite ao adormecer
 7 Aprendizagem de regras e rotinas na vida diária
 8 Desmame da chupeta
 9 Negativismo, birras, ciúmes, rivalidade; relacionamento com outras crianças
 10 Sexualidade (reconhecimento da diferença de sexos)
 11 Medos, terrores nocturnos

Fonte: DGS (2005)

Figura 4 – Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios dos 4 aos 9 anos de vida

4 – 9 ANOS			
PARÂMETROS A AVALIAR			
	4 ANOS	5 – 6 ANOS ¹	8 ANOS
Peso			
Estatura			
Tensão arterial			
Dentes			
Coração			
Postura			
Visão		2	
Audição		3	
Exame físico			
Linguagem			
Desenvolvimento			
Vacinação			

1 EXAME GLOBAL DE SAÚDE antes da escolaridade obrigatória;

preencher ficha de ligação para a Saúde Escolar

2 Rastreio das perturbações visuais

3 Audiograma, nos grupos de risco

4 – 9 ANOS			
CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS			
	4 ANOS	5 – 6 ANOS	8 ANOS
Alimentação			
Higiene oral			8
Escola	1	5	
Desenvolvimento	2,3	3	3
Relacionamento e socialização	4	4,6	
Acidentes e segurança		7	7
Actividades desportivas e culturais – tempo livre			
Hábitos de sono			

1 Adaptação ao infantário

2 Desenvolvimento cognitivo, lateralidade

3 Estimular criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/computador

4 Avaliar sintomas de instabilidade psicomotora

5 Preparação da entrada para a escola, adaptação ao meio escolar e prevenção do insucesso escolar, postura correcta

6 Competitividade, prazer em jogos de regras

7 Caminho para a escola, transporte escolar

8 Utilização do fio dentário

Fonte: DGS (2005)

Figura 5 – Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios dos 10 aos 18 anos de vida

10 – 18 ANOS			
PARÂMETROS A AVALIAR			
	11 – 13 ANOS ¹	15 ANOS	18 ANOS
Peso			
Estatura			
Tensão arterial			
Dentes			
Visão			
Postura			
Estádio pubertário			
Exame físico			
Desenvolvimento ^{2, 3, 4}			
Sinais/sintomas de alerta ⁵			
Perfil lipídico ⁶			
Vacinação	7		

1 EXAME GLOBAL DE SAÚDE
preencher ficha de ligação para a Saúde Escolar

2 Impulsividade, egocentrismo, flutuações de humor

3 Construção de identidade pessoal e social, autonomização progressiva

4 Capacidade de lidar com impulsos, medos, ansiedades e frustrações

5 Alimentação desequilibrada, perturbação da imagem corporal, comportamentos sexuais de risco, passagens ao acto, equivalentes suicidários

6 Em adolescentes com factores de risco, se não tiver sido avaliado antes

7 Pode iniciar-se aos 10 anos, de acordo com o PNV

10 – 18 ANOS			
CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS			
	11 – 13 ANOS	15 ANOS	18 ANOS
Puberdade			
Alimentação			
Prática desportiva			
Saúde oral			
Escola		2	2
Família			
Amigos			
Tempos livres	1	3	3
Sexualidade			
Segurança e acidentes			
Consumos nocivos, riscos			
Cidadania			

1 Racionalizar hábitos de TV/computador

2 Projectos de futuro, actividade laboral

3 Interesses culturais e sociais; associativismo

Fonte: DGS (2005)

Após uma descrição do que se faz em consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, iremos abordar de seguida algumas das alterações de saúde comuns numa criança, que na sua vida adulta se podem vir a traduzir em doenças graves ou em fatores de comorbilidade em determinadas doenças.

2.1 – Obesidade infantil

De acordo com Nunes e Rego (2002) a nutrição é considerada um determinante da saúde, sendo que é de extrema importância que haja uma alimentação saudável para que se possam prevenir algumas das principais causas de morbilidade e mortalidade, como sejam as doenças cardiovasculares e as doenças neoplásicas.

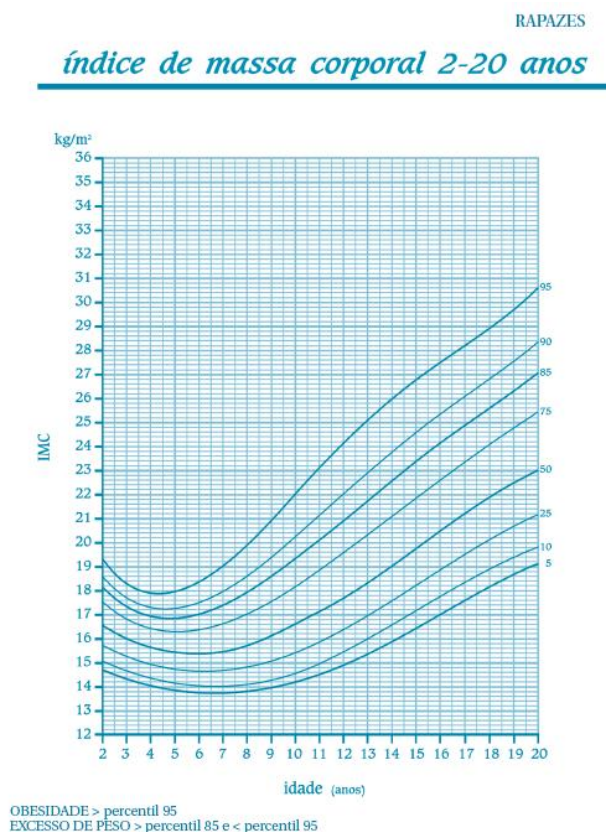
Segundo circular informativa nº 9/DGCG, da DGS, de 25 de março de 2004, a Obesidade reconhece-se, de acordo com a comunidade científica como “um importante problema de Saúde Pública”, com tendência a agravar-se. A OMS refere que a obesidade é uma doença em que há excesso de gordura corporal acumulada, que pode atingir patamares em que pode vir a interferir com a saúde, sendo que o que acontece é que a energia ingerida é superior à energia gasta, podendo ser causa os fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. A obesidade é algo que pode ser controlado, no entanto, se não houver intervenção nesta situação, prevê-se que em 2025 metade da população possa ser obesa. A Obesidade foi então denominada uma doença crónica, cujos intervenientes podem ser homens e mulheres, de qualquer etnia ou idade. Face ao exposto torna-se impreterível a sua prevenção e o seu tratamento (Carvalho *et al*, 2011).

A obesidade é a doença que afeta mais crianças e adolescentes em todo o mundo. O aumento da prevalência desta doença deve-se, em grande parte, ao aumento de ingestão de alimentos ricos em calorias e gorduras acompanhado de uma diminuição da atividade física. Este tipo de alimentação relaciona-se com o aumento da ingestão de “*fast food's*”, enquanto a diminuição da atividade física se relaciona com o facto de não se ir a pé para a escola, o não se brincar fora de casa, o aumento do uso de computadores, telemóveis, entre outras razões (Lissauer & Clayden, 2009).

2.1.1 – Método de avaliação

Para se fazer uma correta abordagem à obesidade infantil tem que se avaliar o índice de massa corporal (IMC). O IMC é efetuado com base no cálculo do peso, em Kg, a dividir pela estatura, em metros, ao quadrado ($\text{peso}/\text{estatura}^2$) (Barlow & Dietz, 1998). Dado que nas crianças a obesidade não pode ser avaliada como nos adultos, pois tem que ter em conta a idade e o género da criança (Lobstein, Baur & Uauy, 2004; Ogden, Carrol & Flegal, 2008), foram criadas curvas de crescimento, mas não há um consenso universal quanto às suas curvaturas, pelo que é um assunto que se mantém em discussão (Wang & Lobstein, 2006). Em Portugal foi adotado pela DGS, em 2005, as curvas de crescimento elaboradas nos Estados Unidos pelo CDC (*Center for Disease Control and Prevention*), conforme se observam nas figuras 6 e 7, que nos indica que uma criança com percentil de IMC ≥ 85 e < 95 tem excesso de peso e um IMC com percentil ≥ 95 é uma criança obesa (DGS, 2005). Encontra-se em avaliação o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil que irá adotar as curvas de crescimento instituídas pela OMS (DGS, 2013).

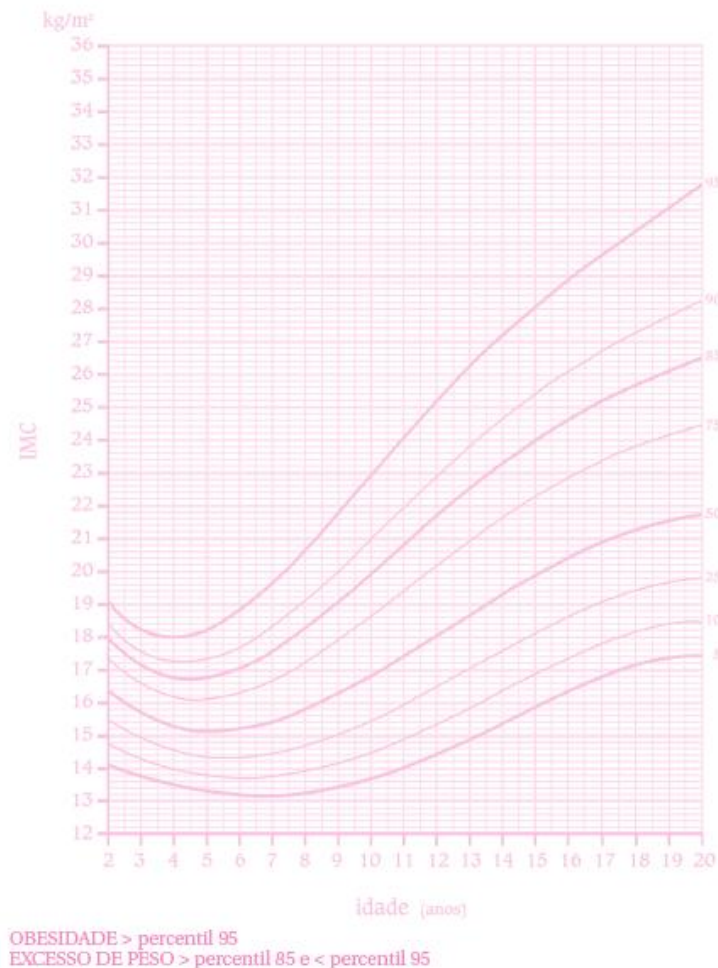
Figura 6 – Curva de crescimento de IMC em crianças do sexo masculino dos 2 aos 20 anos



Fonte: DGS (2005)

Figura 7 – Curva de crescimento de IMC em crianças do sexo feminino dos 2 aos 20 anos

RAPARIGAS
índice de massa corporal 2-20 anos



Fonte: DGS (2005)

Para além da avaliação do estado nutricional, é também muito importante avaliar as prováveis causas exógenas que levam à obesidade infantil, como por exemplo os problemas metabólicos ou genéticos, alterações no crescimento ou perturbações alimentares. Deve ser avaliada a história familiar de obesidade, os fatores envolventes sociais e psicológicos, os hábitos de alimentação e de exercício físico (Barlow & Dietz, 1998; Dietz & Robinson, 2005).

2.1.2 – Tratamento e prevenção

A abordagem à obesidade infantil implica a mudança de estilos de vida, conforme sugeridas na figura 8, de forma a serem adotados hábitos de vida saudáveis, principalmente na alimentação e atividade física, tanto por parte das crianças, como dos familiares (Barlow, 2007; Spear *et al*, 2007). O ideal será que as crianças se encontrem no percentil de IMC inferior a 85, mas para isso têm que ser implementadas estratégias (Barlow, 2007).

Figura 8 – Proposta de estratégias comportamentais na abordagem da obesidade infantil

Estratégia	Exemplos
Controlo do ambiente	<p>Eliminar os refrigerantes em casa</p> <p>Reduzir o tamanho das porções: servir as refeições directamente nos pratos e optar por pratos de sobremesa</p> <p>Substituir alimentos de elevada densidade energética por hortícolas e frutos frescos</p> <p>Retirar a televisão dos quartos das crianças e limitar o tempo destinado a ver televisão, jogar jogos electrónicos sem movimento e estar ao computador</p>
Monitorização dos comportamentos	<p><u>Comportamento individual:</u></p> <p>Registar o número de refrigerantes, porções de hortícolas e frutos consumidos diariamente</p> <p>Estabelecer o número de horas por semana destinadas a ver televisão</p> <p>Registar o peso corporal semanalmente</p> <p>Fazer um diário alimentar</p> <p><u>Alterações no ambiente:</u></p> <p>Registar o número de refrigerantes que há em casa, o número de dias por semana em que as refeições foram servidas directamente nos pratos assim como o número de dias por semana nos quais os frutos e hortícolas foram disponibilizados em casa</p>
Estabelecimento de objectivos	<p><u>Objectivos individuais para a criança:</u></p> <p>"Vou substituir os refrigerantes por água"</p> <p>"Vou comer fruta fresca ao lanche"</p> <p>"Só vou ver televisão, jogar jogos electrónicos sem movimento e estar ao computador depois de ter feito os trabalhos de casa e no máximo 7 horas por semana"</p> <p><u>Objectivos individuais para os pais:</u></p> <p>"Vou dar os parabéns ao meu filho sempre que ele alcance um objectivo estabelecido previamente"</p> <p>"Vou rever diariamente o diário alimentar com o meu filho"</p> <p>"Vou caminhar com o meu filho pelo menos 3 vezes por semana"</p> <p><u>Objectivos para a família:</u></p> <p>"Não vamos comprar refrigerantes para casa"</p> <p>"Todas as refeições vão ser servidas na cozinha directamente nos pratos de sobremesa"</p> <p>"Vamos disponibilizar diariamente frutos frescos e hortícolas em casa"</p> <p>"Não vamos ver televisão à hora das refeições"</p>
Recompensa dos objectivos alcançados	<p>Dar os parabéns à criança sempre que esta alcance um objectivo, recompensando-a através da elaboração de actividades, como por exemplo: ir ao mercado comprar o seu fruto preferido, dar um passeio, comprar uma peça de roupa adequada à prática de actividade física, etc.</p> <p><u>Evitar os seguintes comportamentos:</u></p> <p>Dar alimentos ricos em açúcares e gorduras (guloseimas, bolos, gelados)</p> <p>Dar dinheiro</p> <p>Dar bens materiais muito caros</p>

Fonte: Dietz & Robinson (2005)

Para que uma criança não tenha excesso de peso, a MCEESIP (2013) sugere estratégias comportamentais simples que devem ser inculcadas na criança desde sempre, diariamente. As estratégias são:

- tomar o pequeno-almoço, antes de sair de casa (quando se acorda é necessário ingerir alimentos que lhes permitam ter energia, para iniciar atividades, força e concentração);
- Comer a meio da manhã e a meio da tarde (se a criança estiver mais de 3 horas sem comer tem uma diminuição da energia o que vai perturbar a concentração e ritmo de aprendizagem);
- comer sempre sopa nas refeições principais e salada com o segundo prato (fornece vitaminas, minerais, fibras e água);
- praticar exercício físico e dedicar menos tempo a ver televisão e a jogar jogos de vídeo (para fortalecer os músculos e os ossos e para desgastar a energia ingerida nos alimentos);
- dormir bem (para descansar e recuperar para o dia seguinte e para fortalecer a memória para uma melhor aprendizagem).

O exercício físico, preponderante no combate à obesidade infantil, reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardiovasculares, ajuda a controlar o peso, interferindo na diminuição do risco de obesidade, interfere positivamente no crescimento ósseo, muscular e articular, entre outras situações. As crianças e os adolescentes, para terem uma vida saudável, devem praticar exercício físico 3 vezes por semana durante 20 minutos. As crianças e adolescentes que praticam exercício físico adquirem bem-estar físico e social. Relativamente aos adolescentes diz-se que quanto mais atividade física praticarem menor tendência têm em adquirir hábitos tabágicos, as crianças mais desportistas têm uma melhor *performance* académica, e as atividades físicas nos adolescentes promovem um maior desenvolvimento das suas capacidades sociais (DGS, 2007).

2.1.3 – Revisão de estudos

Nos países em desenvolvimento, a prevalência da obesidade infantil tem aumentado, sendo que dados recentes mostram que 1/3 das crianças entre os 6 e os 8 anos, em Portugal, têm excesso de peso e 14,6% são obesas (Rito, Paixão, Carvalho & Ramos, 2011), sendo que Portugal é um dos países da União Europeia com uma prevalência maior de obesidade infantil (Lobstein, Rigby & Leach, 2005). A nível europeu o excesso de peso é mais prevalente nos países mediterrânicos (entre 20% a 40%) do que na Europa Central (Lobstein & Frelut, 2003). Nos Estados Unidos da América, tendo em conta um estudo providenciado por *National Health and Nutrition Examination Survey*, denota-se que, numa amostra colhida entre 2003 e

2006, nas crianças entre os 2 e os 19 anos 31,9% têm excesso de peso e 16% são obesas (Ogden, Carrol & Flegal, 2008). De acordo com Padez *et al* (2005), quando analisadas as crianças com idades entre os 7 e os 9 anos e com 5 anos temos uma prevalência de excesso de peso de 10,8% e obesidade 5,1% nos meninos e 6,2% nas meninas. Num estudo realizado por Gouveia *et al* (2009), na Região Autónoma da Madeira, as crianças entre os 7 e os 18 anos apresentam uma prevalência, nos rapazes, de 14,2% de excesso de peso e 2,6% de obesidades, e nas raparigas 11,0% de excesso de peso e 1,9% de obesidade (Silva *et al* 2012).

A obesidade e o excesso de peso tiveram um aumento mundial. No ano de 2010 mais do que um em cada 10 adultos, em toda a população mundial, eram obesos (World Health Organization, 2012). O facto de se ter excesso de peso na infância pode trazer problemas relativos com perturbações físicas e mentais, aumentar o risco de dislipidémias, tensão arterial elevada e diabetes tipo 2 (Freedman, *et al*, 1999). Existem várias evidências internacionais de que a prevalência de obesidade e excesso de peso é maior nos grupos étnicos minoritários (Clarke *et al*, 2009; Freedman *et al*, 2006; Sherburne Hawkins, *et al*, 2009; Singh, *et al*, 2011). Esta evidência pode ser explicada pela diminuição de recursos, dificuldades económicas e menores conhecimentos, que se traduzem em más escolhas alimentares e fraca opção pelo exercício físico (Clarke *et al*, 2009; Dijkshoom, *et al*, 2008).

2.1.4 – Custos da obesidade infantil

A obesidade é dispendiosa para o SNS (c.f. figura 9), não pela patologia em si, mas pelo recurso a tratamentos por complicações associadas à obesidade. Em 1999, Pereira *et al* (*cit in* Miguel & Sá, 2010), fizeram uma estimativa relativamente aos custos económicos diretos que a obesidade trazia ao país, no ano de 1996, sem contar com as situações de excesso de peso e com os programas de redução de peso. Nesta estimativa preconizou-se um custo superior a 230 milhões de euros, o que seria 3,5% da despesa total do setor da saúde. Em 2002, de acordo com Pereira e Mateus (2003, *cit in* Miguel & Sá, 2010), os custos com a obesidade subiram para quase 300 milhões de euros, 2,5% da despesa total do setor da saúde em 2002. Estes autores fizeram ainda uma avaliação aos custos indiretos que a obesidade trouxe ao país, em 2002, com a diminuição de produção dos indivíduos obesos, que se apresenta perto de 116 milhões de euros, o que faz com que a obesidade tenha tido um custo total ao país de números superiores a 400 milhões de euros.

Figura 9 – Custos com a obesidade, em euros, nos anos de 1996 e 2002

	1996	2002
Ambulatório	63.780.594	82.384.764
Internamento	67.364.342	87.013.856
Medicamentos	99.152.802	128.074.671
Total	230.297.737	297.473.291

Fonte: Miguel & Sá (2010)

2.2 – Cárie dentária

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2007), a saúde oral define-se como um estado livre de dor crónica oro-facial, úlceras orais, cancro oral ou orofaríngeo, malformações congénitas, cáries e perdas de dentes e outras doenças ou distúrbios que possam afetar a cavidade oral.

A saúde oral e higiene oral baseiam-se numa aquisição de conhecimentos relacionados com a higiene pessoal e hábitos de vida saudáveis (Direção geral de saúde, 2005).

A cárie dentária diminui de forma significativa nos últimos anos, principalmente nas crianças e jovens portugueses, no entanto tem ainda uma alta prevalência, sendo um problema de saúde pública a resolver (DGS, 2008).

A cárie dentária surge por uma interação entre o hospedeiro e as bactérias da cavidade oral, conjuntamente com uma alimentação rica em açúcares, em especial doces e refrigerantes (Zero *et al*, 2009 *cit in* Leite, Leite, Correia & Pinto, 2011). No entanto, para além da alimentação também poderemos ter em conta, para o desenvolvimento da cárie dentária, a importância que os medicamentos infantis têm, por serem um transportador de sacarose para a cavidade oral (Passos *et al*, 2008 *cit in* Leite, Leite, Correia & Pinto, 2011). Por norma, os responsáveis das crianças não identificam as quantidades de açúcares que os alimentos e as bebidas possuem, nem os das fórmulas medicamentosas pediátricas, não promovendo, após a sua ingestão, a higiene oral necessária, o que contribui para o desenvolvimento de cáries (Neves *et at*, 2007 *cit in* Leite, Leite, Correia & Pinto, 2011).

Segundo Edelstein (2006), é necessário entender a etiologia da cárie dentária e como este problema se estende por todo o mundo para melhor se compreender como se conseguirá reduzir os níveis de cárie dentária no mundo, através de biotecnologia e biomateriais. A cárie dentária foi considerada uma pandemia, dado ser uma doença altamente prevalente em todo o

mundo, e dado que pode trazer consequências, muitas vezes graves (mas não fatais), em termos individuais e sociais. É uma situação que pode ser prevenida, com dieta adequada e hábitos de higiene oral, e que é facilmente tratável, através de intervenções cirúrgicas convencionais ou reparações dentárias, como tal a extensão e severidade das suas consequências dependem da disponibilidade e equilíbrio dos fatores referidos.

Segundo Petersen (2003), citado por Edelstein (2006), o relatório mundial de saúde oral de 2003 confirma a pandemia internacional da cárie dentária, sendo que as taxas mais elevadas se encontram nos países desenvolvidos, em detrimento dos países em desenvolvimento. A OMS refere que a causa pode estar relacionada com a fácil disponibilidade e alto consumo de açúcares simples, a exposição a fluoretos e aos tratamentos dentários (Beltran-Aguilar *et al*, 2005 *cit in* Edelstein, 2006). De um modo global, a OMS refere que a prevalência de cárie dentária em crianças em idade escolar é de 60 a 90% (Petersen, 2005 *cit in* Edelstein, 2006).

O impacto das doenças orais nos indivíduos e comunidades, no que diz respeito à dor, sofrimento, comprometimento da funcionalidade e redução da qualidade de vida, atinge níveis consideráveis (Petersen, 2008).

Existem vários estudos que tentam demonstrar o nível de cariogenicidade de diferentes alimentos, no entanto esse é um tipo de estudo difícil de ser feito pois os fatores extrínsecos como por exemplo a composição, o conteúdo mineral e a consistência dos alimentos afetam o potencial cariogénico, por mudanças de pH orais. De acordo com Stookey (2008), um dos fatores mais importantes que influenciam o potencial cariogénico é a frequência com que se come determinado alimento, a frequência com que se ingerem produtos açucarados, ou *snacks* entre as refeições, estão relacionados diretamente com o desenvolvimento da cárie dentária. No entanto, uma revisão de literatura feita pelo autor demonstrou que a ligação entre cárie e consumo de açúcar é muito menor na idade moderna, dada a exposição mais frequente ao flúor, do que nos tempos antigos. De acordo com Bowen (1980), citado por Stookey (2008), um elevado consumo diário de refrigerantes aumenta a prevalência das cáries.

2.2.1 – Saúde oral

Um dos principais problemas de saúde das crianças relaciona-se com as doenças orais, tendo estas uma elevada prevalência. Há doenças orais, como as cáries e as doenças periodontais, que se forem tratadas precocemente, ou prevenidas têm uma grande

vulnerabilidade, traduzindo-se em ganhos de saúde relevantes e custos económicos reduzidos (Martins, 2005). Segundo a circular normativa da direção geral de saúde nº 1/DSE de 8 de janeiro de 2005, pela sua grande prevalência, as doenças orais são um dos principais problemas de saúde das crianças e adolescentes. Este tipo de problemas, como refere também Martins (2005), podem ser prevenidos e tratados precocemente com custos financeiros reduzidos e com um aumento de ganhos em saúde. Para 2020, a OMS traça metas que vão necessitar de um aumento de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais.

As metas em saúde oral, a que a OMS se propõe para 2020, necessitam de um aumento nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças orais, o que irá necessitar de um maior envolvimento dos profissionais de saúde e da educação, tanto ao nível público como no privado (DGS, 2005).

A OMS tem tido um grande empenho em demonstrar a importância da saúde oral como um componente importante da saúde e da qualidade de vida do indivíduo. As doenças orais são um dos principais problemas de saúde pública nos países desenvolvidos, mas que estão em crescente aumento nos países em desenvolvimento (Petersen, 2008).

Para haver um bom desenvolvimento das atividades em saúde oral, é necessário que haja uma grande coesão entre a equipa multiprofissional (que não envolve apenas profissionais de saúde), sendo que todos os elementos terão que possuir alguma dinâmica de trabalho e terão que estar sensibilizados para o problema (DGS, 2006).

Nos centros de saúde existem consultas de saúde oral que proporcionam um atendimento clínico às crianças inscritas nesses mesmos centros que são encaminhadas pelas equipas de saúde, ou crianças que estejam inseridas no meio escolar da área de intervenção dessa instituição de saúde. As consultas individuais irão complementar todas as intervenções de promoção de saúde e prevenção da doença promovidas em meio escolar, em casa ou em consultas de vigilância. Nas consultas de saúde oral é feito diagnóstico dentário e registo na respetiva Ficha Individual, é avaliado o risco e feito planeamento da intervenção individual, são removidos cálculos dentários, é realizado polimento, aplicados selantes de fissuras, verniz de flúor e de cloro-hexidina, realizada educação para a saúde individualizada e feito encaminhamento para tratamentos dentários (através de contratualização e protocolos) (DGS, 2006).

A Portaria nº 301/2009, de 24 de março regulamenta o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Este programa prevê que todos os cuidados de saúde oral irão ser prestados de uma forma personalizada, tanto em termos preventivos como curativos, serão realizados por profissionais especializados na área, a grupos vulneráveis como as crianças

com menos de 16 anos que frequentam as escolas públicas e IPSS's, a grávidas, idosos que estejam contemplados com o complemento solidário do idoso e utentes do SNS (DGS, 2010).

2.2.2 – Prevenção

Para diminuir a prevalência de doenças orais, mantendo uma melhor qualidade de vida, pode usar-se uma estratégia de baixo custo financeiro que se baseia na promoção da saúde oral. Uma das principais estratégias, definida pela OMS, é reduzir o nível de exposição aos fatores de risco das doenças. Para Petersen (2006), algumas das medidas que poderão ser implementadas para promover uma boa saúde oral são:

- promover uma dieta saudável, com um menor consumo de açúcares e aumento do consumo de frutas e legumes (de acordo com a *WHO's Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, and reduction of malnutrition*);

- prevenir doenças orais relacionadas com o tabaco (envolver profissionais de saúde em programas de cessação tabágica e de incentivo das crianças e jovens de não adotarem o tabagismo como estilo de vida);

- promover o acesso a água potável, condições de higiene e boas condições sanitárias para uma higiene oral adequada;

- estabelecer planos nacionais para adequada administração de flúor através da água potável, sal, ou leite, ou o uso tópico de flúor;

- construir um sistema de saúde oral que esteja orientado para a prevenção das doenças através dos cuidados de saúde primários, em especial para as pessoas mais carenciadas. E que para além da prevenção promova também o diagnóstico, tratamento e reabilitação, assim como a gestão de problemas orais, de acordo com a população e as suas necessidades;

- promover a saúde oral nas escolas, tendo em conta hábitos saudáveis e promovendo práticas de autocuidado nas crianças;

- desenvolver sistemas de informação para saúde oral, de forma a que seja um fator de saúde e risco monitorizado, como qualquer outro fator, e para dar uma maior visibilidade na política de saúde oral, para criação de objetivos e metas.

2.2.3 – Higiene oral

A escovagem dos dentes é uma atividade essencial para a saúde oral e para a saúde em geral, dado que é o meio principal de prevenção de cáries dentárias e de doenças periodontais. A higiene da boca deve ser feita pelo menos 2 vezes por dia, em que uma destas 2 vezes deve ser preferencialmente à noite antes de se ir dormir. A lavagem dos dentes, que deve ser feita com um dentífrico com flúor (quantidades definidas de acordo com a idade do indivíduo), ajuda a remover a placa bacteriana e a promover a remineralização dos dentes, e deve ser eficazmente efetuada entre 2 a 3 minutos (DGS, 2005).

A lavagem dos dentes deve ser iniciada logo após a erupção do primeiro dente. Até aos 3 anos a lavagem é da exclusiva responsabilidade dos pais, entre os 3 e os 6 anos os pais devem sempre supervisionar esta atividade e realizá-la se a criança não for capaz. A partir dos 6 anos a escovagem é da responsabilidade da criança, no entanto os pais devem supervisionar e efetuar, em caso de necessidade. As pastas fluoretadas devem ter na sua composição entre 1000 a 1500ppm de flúor. Até aos 6 anos a quantidade indicada de dentífrico é o equivalente ao tamanho da unha do dedo mindinho da criança, a partir dos 6 anos o equivalente a 1cm, por cada escovagem (DGS, 2005).

A escova de dentes a utilizar pela criança deve ter o tamanho adequado à sua cavidade oral, deve ter uma textura macia e deve ser trocada sempre que os pelos começarem a ficar deformados, ou de 3 em 3 meses (DGS, 2005).

O fio dentário é um fio constituído por múltiplos filamentos, que ajuda na remoção da placa bacteriana nos diferentes espaços entre os dentes, promovendo também prevenção de cáries e de doenças periodontais. A técnica de aplicação do fio dentário deve ser iniciada entre os 9 e os 10 anos, sendo esta a idade em que as crianças começam a ter mais destreza manual e capacidade para o fazerem sozinhas (DGS, 2005).

A técnica de lavagem dos dentes e do uso de fio dentário é exemplificada nas figuras 10 e 11.

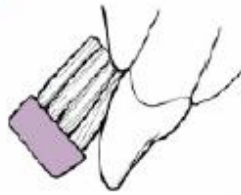
Figura 10 – Técnica de lavagem dos dentes

Como fazer

1. Colocar o dentífrico fluoretado na escova;



2. Inclinar a escova em direcção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares; fazer pouca pressão;



3. Escovar 2 dentes de cada vez, fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 no caso de crianças até aos 6 anos);

aos 6 anos);



4. Escovar com uma sequência. Começar a escovar a superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto;

Como fazer

5. Com a mesma sequência, escovar as superfícies do lado da língua;



6. Proceder do mesmo modo para escovar os dentes do outro maxilar;



7. Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes com movimentos de vaivém;



8. Por fim, pode escovar-se a língua e cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água.

Fonte: DGS (2005)

Figura 11 – Técnica de aplicação do fio dentário

Como se utiliza

1. Retira-se cerca de 40 cm de fio da caixa.

Enrola-se quase a totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão. À medida que se vai utilizando, desenrola-se o fio de um dedo e enrola-se no outro. É importante utilizar sempre fio limpo em cada espaço interdentário.



Os polegares e os indicadores ajudam a manuseá-lo.



Quando as crianças são mais pequenas, pode retirar-se cerca de 30 cm de fio e dar um nó juntando as duas pontas, não havendo necessidade de o enrolar nos dedos.

3. Introdz-se o fio, cuidadosamente, entre dois dentes e curva-se à volta do dente que se está a limpar, fazendo com que tome a forma de um "C".



4. Executam-se movimentos curtos, horizontais, desde o ponto de contacto entre os dois dentes até ao sulco gengival, em cada uma das superfícies dentárias desse espaço.



5. Procede-se da mesma forma até que todos os dentes estejam devidamente limpos.

Para facilitar a utilização do fio dentário, existem uns suportes onde se enrola o fio, não sendo precisa a ajuda dos dedos. Chamam-se *porta-fios*.



Porta-fios

A utilização do fio dentário complementa a escovagem dos dentes.

É preferível utilizar o fio antes de escovar os dentes.

Quando já o souber manusear com facilidade, pode até utilizá-lo enquanto vê televisão.

Fonte: DGS (2005)

O programa nacional de saúde oral contratualiza consultas de medicina dentária / estomatologia para cada Administração Regional de Saúde, contratualização essa que acarreta custos no orçamento para a saúde (c.f. Figura 12). No ano de 2007 foram abrangidas 52771 crianças, entre os 3 e os 16 anos, em tratamentos dentários e os custos com este programa foram os que se apresentam na figura seguinte (DGS, 2007).

Figura 12 – Valor de faturação por grupo etário e por ARS

Grupo etário ARS	3-5	6-8	9-13	14-16	Total
Norte	96.525 €	334.212 €	204.120 €	50.400 €	685.257 €
Centro	135.300 €	557.925 €	335.325 €	61.800 €	1.090.350 €
LVT *	54.750 €	353.550 €	268.800 €	25.200 €	702.300 €
Alentejo	24.975 €	146.175 €	139.950 €	45.075 €	356.175 €
Algarve	41.471 €	201.560 €	198.684 €	17.690 €	459.405 €
Total	353.021 €	1.593.422 €	1.146.879 €	200.165 €	3.293.487 €

Fonte: DGS (2007)

2.2.4 – Revisão de estudos

No ano letivo de 2005/2006, a DGS promoveu o estudo nacional de prevalência das doenças orais, para avaliar a prevalência de cárie dentária, das doenças orais e da fluorose e para determinar os fatores de risco relacionados com hábitos de higiene oral e alimentação. Um resultado a destacar é que, aos 6 anos de idade, 51% das crianças não têm cárie dentária. Comparando os resultados obtidos em 2000 com os de 2006 nota-se que há um aumento de 30% de jovens que têm os dentes tratados, o que pode ser justificado com o facto de se ter contratualizado tratamentos dentários, para crianças e jovens, com os serviços privados. Aos 6 anos, 50% das crianças escovam os seus dentes duas vezes por dia, aos 12 anos 67% e aos 15 anos 69%. Cerca de 50% dos jovens escovam os seus dentes ao deitar. Aos 12 anos e aos 15 foi questionada a utilização do fio dentário, sendo que apenas 14% e 10%, respetivamente, fazem essa utilização (DGS, 2008).

Quando analisado o comportamento alimentar, no que diz respeito aos jovens entre os 12 e os 15 anos, a fruta e o leite são os produtos ingeridos em maior quantidade (93% e 90%), seguidamente encontram-se os sumos naturais (86%), os chocolates (85%) e os bolos de pastelaria (80%), os refrigerantes tem uma percentagem de 78%, o leite achocolatado 78% e os rebuçados e gomas 77% (DGS, 2008).

Cerca de 85% das crianças dos 12 aos 15 anos foi a uma consulta de dentista no último ano, a principal razão foi a vigilância de saúde oral e o tratamento de dentes (DGS, 2008).

O programa de saúde oral vigora em Portugal há mais de 20 anos, e aos 6 anos subimos de 10% de crianças sem cáries em 1986 para 51% em 2006, o que se traduz em muito bons ganhos em saúde no país (DGS, 2008).

Segundo o estudo realizado por Almeida *et al* (2003), nas crianças com 12 anos foi obtida uma prevalência de cárie dentária de 52.9%, no estudo realizado em Mangualde, entre os 12 e os 15 anos, por Barata *et al* (2013), foi obtida uma prevalência de 81%, tendo sido obtidos resultados semelhantes por Ditmyer *et al* (2011), e no estudo de Patussi *et al* (2007) a prevalência já desce para os 33.3% (Barata *et al*, 2013). Gorbatova *et al* (2011), citado por Barata *et al* (2013), obteve uma prevalência de cárie dentária aos 15 anos de 91.8%.

Quando observado o número de vezes que as crianças escovam os dentes por dia denota-se que 74,4% lavam os dentes duas vezes ou mais por dia. No entanto, entre os 12 e os 15 anos, 71,4% dos jovens apenas escovam os dentes uma vez por dia (Barata *et al*, 2013). Ao ser analisado o estudo de Almeida *et al* (2003), citado por Barata *et al* (2013), denotamos que 55,6% dos jovens com 12 anos escovam os dentes duas vezes por dia. Em todos os estudos a prevalência de não usar fio dentário é sempre muito elevada (Barata *et al*, 2013).

A OMS associou-se a duas instituições, Federação Dentária Internacional e *International Association for Dental Research*, e definiu as metas para 2020 (Petersen, 2005; Hobdell *et al*, 2003, *cit in* Barata *et al*, 2013). As metas definidas encontram-se no documento *Global Goals for Oral Health* e um dos objetivos é que aos 6 anos de idade 80% das crianças esteja livre de cáries dentárias (Hobdell *et al*, 2003, *cit in* Barata, 2013).

Contrariamente ao que se vê no acesso aos cuidados de saúde oral, os portugueses têm um acesso facilitado e mais regular no que diz respeito aos cuidados de saúde primários e aos serviços de pediatras, desde a nascença. Como tal, os pediatras e profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, dado que têm um contato mais frequente com as crianças e os seus pais, têm um papel muito importante na prevenção de problemas em saúde oral, especialmente na primeira infância. Nestas consultas deve ser feita promoção de saúde, ajudando a prevenir o surgimento de hábitos de vida desadequados. Estes profissionais de saúde estão em posição privilegiada para a deteção precoce de lesões de cáries e para o seu encaminhamento para tratamento dentário (Della *et al* 2004 *cit in* Silva, Mendes, Bernardo & Barros, 2012). Como tal, pediatras e médicos de família são um ponto crucial na prevenção primária e secundária deste problema, no entanto têm que manter os seus conhecimentos sempre atualizados para que a implementação das suas práticas sejam eficazes (DiGiuseppe *et al*, 2006 *cit in* Silva, Mendes, Bernardo & Barros, 2012).

2.3 – Acuidade visual

A visão é um meio de comunicação fundamental no envolvimento entre indivíduos e na atividade profissional, sendo considerado um sentido com muito significado social. Desde o nascimento que se deve preservar a visão, prevenindo e tratando qualquer problema que surja, logo desde o início, para preservação da qualidade de vida do indivíduo (Miguel *cit in* DGS, 2005). De toda a informação que recolhemos do nosso ambiente, 70% relaciona-se com a visão. Por tudo isto, a visão é muito importante para um bom desenvolvimento da criança (DGS, 2008).

A visão tem uma função muito importante no desenvolvimento infantil, no que diz respeito à componente física, comportamental e cognitiva da criança. A entrada da luz e da transparência dos meios óticos, o alinhamento dos eixos oculares e o poder refrativo das lentes são pontos principais no desenvolvimento visual da criança, que, preferencialmente devem ser pontos iguais em ambos os olhos (Pinto & Guerra, 2007).

Quando a criança nasce o seu sistema visual não está ainda completamente desenvolvido (acuidade visual cerca de 1/10), no entanto aumenta de uma forma muito rápida nas primeiras semanas de vida. Aos 4 anos espera-se que as crianças tenham uma acuidade visual de 7/10 e após os 5 anos 10/10. Após os 6 anos de idade a maior parte dos problemas visuais são mais difíceis de tratar e é frequente que não se atinja uma recuperação total (DGS, 2008).

2.3.1 – Vigilância em oftalmologia

A melhor forma de detetar doenças oculares e/ou visuais é através da deteção precoce e do diagnóstico precoce. Todos os indivíduos devem ser observados por um oftalmologista sistematicamente, de acordo com as suas idades; todos os indivíduos devem manter a observação de um oftalmologista periodicamente conforme a doença que possuir; todos os indivíduos se devem submeter a rastreios para as doenças que possam conduzir a cegueira. A criança merece uma atenção especial, e é desde que nascem até à idade escolar que se podem prevenir, evitar e tratar muitas doenças que levam a uma visão deficiente. Como existem dois olhos, nunca podemos esquecer que um pode ver mal, mesmo que outro veja bem (DGS, 2008).

A especialidade de oftalmologia em Portugal tem um passado muito reconhecido e uma grande qualidade científica, no entanto houve a necessidade de criar o Programa Nacional para a Saúde da Visão, como meio complementar para uma melhor referência oftalmológica, para que todos os indivíduos tenham acesso a estes cuidados de saúde de igual forma e com condições apropriadas (DGS, 2005).

Os problemas de refração, com acessibilidade a uma correção ótica, são a principal causa da diminuição da acuidade visual, sendo as principais patologias a miopia, astigmatismo, hipermetropia, ambliopia e a presbiopia. Quando se fala em crianças, para além dos problemas anteriormente referidos, temos também como patologias frequentes a catarata congénita infantil, o estrabismo, o glaucoma congénito e o retinoblastoma, que estão diretamente ligados à prematuridade e a doenças genéticas e metabólicas. Estima-se que em Portugal, cerca de 20% das crianças tenham alterações de refração significativas (DGS, 2006).

As alterações de visão são um problema de saúde pública, que necessitam de ser combatidas através de prevenção primária e deteção precoce. No entanto, todos os indivíduos devem ter acesso a medidas de saúde pública, que são determinantes na redução da morbilidade por doenças da visão, como sendo as terapêuticas cirúrgicas oftalmológicas e a recuperação global visual (DGS, 2005).

A redução de taxas de morbilidade das doenças da visão está dependente da prevenção primária e dos rastreios oportunistas nos cuidados de saúde primários, sendo necessária uma interligação entre os cuidados de saúde primários e a rede de oftalmologia hospitalar (DGS, 2005).

As crianças têm características únicas que dificultam a deteção precoce de certas patologias, tanto para oftalmologistas como para médicos dos cuidados de saúde primários e pediatras. Este grupo de indivíduos é muito particular dado que nem sempre verbalizam as suas dificuldades de visão, pelo que os rastreios, em idades-chave, são uma parte muito importante na deteção precoce das alterações visuais (Varandas *et al*, 2012).

A ambliopia é um problema de saúde pública, e é uma das patologias mais temidas no grupo etário das crianças. Se por um lado pode vir a provocar cegueira unilateral, principalmente em países desenvolvidos, pode também levar à perda visual do olho não afetado (Varandas *et al*, 2012). A partir dos 7 anos de idade é mais difícil de se corrigir a ambliopia (dado que o desenvolvimento do sistema visual das crianças se encontra completamente desenvolvido), sendo um processo moroso e com custos financeiros elevados (PEDIG, 2005 *cit in* Varandas *et al*, 2012). A ambliopia tem uma prevalência de 4% e é uma

doença que se só verifica na infância e apenas é tratável nessa faixa etária (Pinto & Guerra, 2007).

Num estudo realizado por Varandas *et al* (2012), denotou-se que um dos maiores motivos de referenciação à consulta de oftalmologia, confirmando-se depois o diagnóstico de alterações refrativas com diminuição da acuidade visual, foi o “aproximar da televisão” por parte da criança. Dado estarmos numa era em que as crianças passam cada vez mais tempo em frente a ecrãs de televisão, este é um item que deve ser analisado em investigações futuras. Este facto indica também a necessidade de estas crianças realizarem um rastreio oftalmológico básico frequentemente. De acordo com o Programa Nacional para a Saúde da Visão (2008) foi estabelecida uma cronologia de observação sistemática da saúde da visão da criança, que se revê na figura 13.

Figura 13 – Cronologia de observação sistemática da criança – idades chave.



Fonte: DGS (2008)

2.3.2 – Rastreio oftalmológico

O rastreio oftalmológico é um processo que pode ser concretizável nas consultas de vigilância de saúde infantil (c.f. figura 14), sendo um rastreio que não tem custos acrescidos, e

que apenas exige que se sigam protocolos de atuação para diagnósticos e encaminhamentos precoces (Pinto & Guerra, 2007).

Um rastreio oftalmológico pressupõe uma preparação prévia da criança. O ideal será que a consulta tenha hora marcada, para evitar longos tempos de espera, dado que a criança tem que estar calma. Inicialmente deve-se ter uma conversa com as crianças e seus cuidadores para que a criança possa ganhar confiança e se sinta à vontade com o profissional de saúde. O rastreio não deve ser interrompido por ninguém, e a criança deve ter os pais, ou acompanhante, ao seu lado, para se manter mais tranquila, no entanto deve ser dito aos pais de que não devem dar pistas à criança. No caso de a criança não colaborar, deve ser agendado uma nova consulta para esse efeito (Pinto & Guerra, 2007).

Figura 14 – Componentes do rastreio oftalmológico infantil

Anamnese
<ul style="list-style-type: none">• Identificar antecedentes familiares de doença oftalmológica• Identificar antecedentes pessoais de risco para doença oftalmológica
Exame Ocular Externo
<ul style="list-style-type: none">• Realizado desde o nascimento
Reflexo pupilar vermelho ("Luar pupilar") / Teste de Bruckner
<ul style="list-style-type: none">• Realizado desde o nascimento, em sala escura e com oftalmoscópio directo a 30cm (luar pupilar) e a 100cm (Bruckner) dos olhos da criança.• Avaliar cor, brilho e simetria.
Reflexo da luz na córnea (Teste de Hirschberg)
<ul style="list-style-type: none">• Realizado logo que possível com lanterna a 60cm dos olhos da criança.• Avaliar bilateralmente a localização central do reflexo luminoso sobre a superfície da córnea.
Movimentos oculares conjugados
<ul style="list-style-type: none">• Avaliados a partir dos 3M, com "olho-de-boi" ou brinquedo.
Reflexos pupilares fotomotores
<ul style="list-style-type: none">• Realizados logo que possível, com lanterna.• Avaliar contracção da pupila no olho iluminado (reflexo directo) e contralateral (reflexo consensual)
Fixação
<ul style="list-style-type: none">• Avaliada desde o nascimento (até aos 2M recorrer a "olho-de-boi" ou objecto contrastado).
Seguimento
<ul style="list-style-type: none">• Avaliado desde o nascimento.

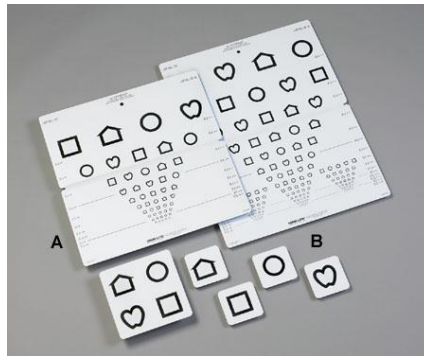
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar seguimento do objecto em todas as direcções.
Convergência
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliada a partir dos 4M, com brinquedo colocado a 50cm dos olhos da criança e progressivamente aproximado até ao nariz.
Teste de Cover e Cover/Uncover
<ul style="list-style-type: none"> • Realizado a partir dos 6M ou logo que possível, através da oclusão alternada dos olhos (com oclisor, polegar ou mão) com fixação de objecto real a 60cm. • Avaliar qualquer desvio.
Visão estereoscópica
<ul style="list-style-type: none"> • Teste de Lang: <ul style="list-style-type: none"> o Realizado na primeira infância (2 anos), pela apresentação do estereograma a 40cm dos olhos da criança o Avaliar a fixação, indicação digital e/ou nomeação de cada um dos elementos do teste. • Teste de Fly <ul style="list-style-type: none"> o Avaliação opcional. o Apresentação do teste a 40cm dos olhos da criança – mosca aos 2 anos, animais entre os 2 e 4 anos e círculos a partir dos 5 anos.
Coordenação olho-mão
<ul style="list-style-type: none"> • Efectuada dos 6 aos 36M com oferta de brinquedos atractivos. • Avaliar a preensão.
Teste de reacção à oclusão (desconforto à oclusão)
<ul style="list-style-type: none"> • Realizado até ser determinada a AV em monocularidade, com oclusão alternada dos olhos enquanto decorre observação de brinquedo atractivo • Avaliar reacção assimétrica.
Acuidade Visual
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliada logo que possível e obrigatoriamente até aos 4 anos.
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar avaliação pelo olho direito. • Registrar sempre a escala utilizada. • Tabelas de AV para perto e Longe: <ul style="list-style-type: none"> o Avaliação em monocularidade (com excepção das situações de nistagmo). o Aplicar escalas a 30/40 cm (AV perto) e a 3 metros (AV longe). o Seleccionar escala de acordo com idade e estadio do desenvolvimento (mais exigente tolerada pela criança). o Atribuir o valor de AV referente à última linha cumprida.

Fonte: Pinto & Guerra (2007)

Quando se faz uma avaliação da acuidade visual o que se testa é o reconhecimento de letras pretas, ou de símbolos, num plano de fundo branco. Esta avaliação é feita monocularmente, tendo em conta de que o indivíduo não deve mover o olho (Rossi *et al*, 2013).

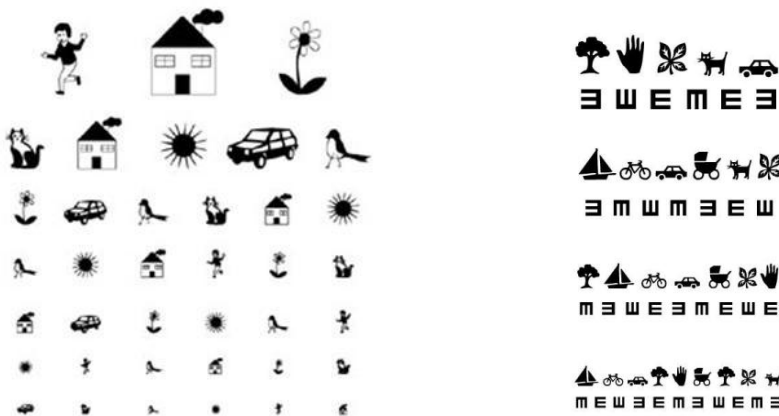
A avaliação da acuidade visual é obrigatória realizar-se a partir dos 4 anos de idade. Dos 4 aos 6 anos pode ser utilizado o teste de símbolos de Lea (Figura 15), o teste de Pigassou, a tabela de Rossano Weiss (Figura 16) e a tabela de E de Snellen (Figura 17). A partir dos 6 anos pode testar-se a acuidade visual com tabelas letradas como a tabela de letras de Snellen.

Figura 15 – Teste de símbolos de Lea



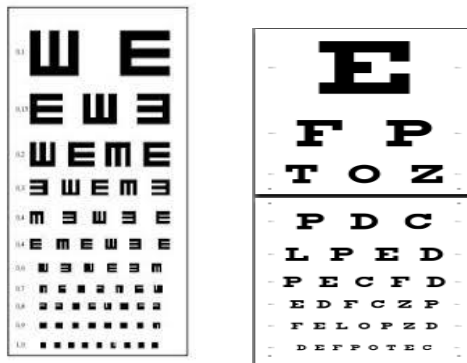
Fonte: <http://www.lea-test.fi/pt/vistests/instruct/2501-02/index.html>

Figura 16 – Teste de Pigassou e Teste de Weiss



Fonte: <http://www.aepap.org/previnfad/Vision.htm>

Figura 17 – Tabela E e tabela letrada de Snellen



Fonte: <http://www.google.pt/>

2.4 – Alterações do sono

As perturbações do sono definem-se como alterações na conciliação do sono, ou alterações que se relacionam com a duração do sono, ou podem ainda associar-se a comportamentos anormais, como por exemplo o terror noturno e o sonambulismo (Manual Merck, 2010).

Há diversos estudos que analisam a prevalência de alterações no sono e as suas correlações (Sarsour *et al*, 2010). A estimativa de prevalência de perturbações no sono, na população em geral, vai de 2,5% em Espanha até 16,1% no Reino Unido, com uma prevalência global de 8,9% nos 6 maiores países europeus (Kao *et al*, 2008 *cit in* Sarsour, 2010; Ohayon & Paiva, 2005).

É muito comum existirem problemas de sono na infância. Há, numa estimativa, 25% de crianças com problemas de sono, uns que podem ser diminuídos com alterações comportamentais, como por exemplo a dificuldade em adormecer ou o acordar frequente durante a noite, ou problemas de sono relacionados com patologias de base, como por exemplo a apneia obstrutiva, que serão resolvidos por meio de tratamentos cirúrgicos ou terapêuticos (Weiss, 2013).

A grávida no final do último trimestre consegue, na maior parte das vezes, notar se o bebé se encontra a dormir ou acordado. O feto, a partir das 20 semanas de gestação, começa a alternar atividade com imobilidade, que se pode comparar ao seu futuro ciclo de sono. Ao nascer, o recém-nascido não tem um sono influenciado pelo dia e pela noite, só a partir dos 2 a 3 anos é que a criança começa a ter características de sono similares ao adulto (Brunschwing, 2008). De acordo com Soares (2010) o sono é um conjunto de ações

provocadas pelos neurotransmissores e controladas por núcleos supraquiasmáticos do hipotálamo, que é acertado através do relógio biológico central, fazendo um ajuste ao ritmo circadiano. Tendo em conta a CIPE[®] (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0 de 2005, p. 73) o sono é “repouso com características específicas: redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos”. Cordeiro (2010) diz que se não se dormir o suficiente, essa situação leva frequentemente a períodos constantes de irritabilidade e diminuição da concentração o que conseqüentemente se irá traduzir em ansiedade aumentada e risco de depressão.

Um sono adequado, em qualidade e durabilidade, é um fator crítico na saúde das crianças e dos adolescentes e nos seus comportamentos. Dado que na vida de um humano 1/3 do tempo é passado a dormir, então conclui-se que a qualidade do sono é muito importante para a saúde. O sono é um período de descanso e relaxamento do corpo e do sistema nervoso do indivíduo e de síntese proteica (Fox, 1999 *cit in* Chen, Wang & Jeng, 2006; Liu *et al*, 2005 *cit in* Huang, Wang & Guilleminault, 2010).

Segundo Brazelton & Sparrow (2009) os estados de sono e vigília da criança vão alterando gradualmente, acompanhando o crescimento, e as crianças vão construindo os seus próprios padrões de conforto, e aprendem a adormecer sozinhas quando acordam. Aos 3 anos, o padrão de sono da criança é similar ao do adulto, podendo haver alguns problemas no adormecer e na hora de ir para a cama.

De acordo com a MCEESIP (2013) o número de horas que a criança deve dormir, para se considerar que foi uma boa noite bem dormida, é 10 horas por noite, sendo que a hora de deitar deve ser entre as 21 horas e as 22 horas. Na figura 18 pode observar-se, por idades, o número de horas que as crianças devem dormir por noite.

Figura 18 – Média diária das necessidades de sono

Média diária das necessidades de sono	
Idade	Número total de horas
Recém-nascidos	13 a 17
2 anos	9 a 13
10 anos	10 a 11
16 a 65 anos	6 a 9
Maiores de 65 anos	6 a 8

Fonte: Manual Merck (2010)

2.4.1 – Higiene do sono

No que diz respeito à higiene do sono, aos hábitos de sono e descanso de uma criança, os pais devem ser educados, no que concerne às alterações do desenvolvimento da criança, às necessidades pessoais e às suas necessidades de sono e descanso, que alteram de acordo com a idade.

As horas de sono necessárias diariamente vão diminuindo de acordo com o aumento da idade. Relativamente às condições do local de repouso da criança, o quarto deve ter o máximo de conforto possível, temperatura adequada (entre 18 a 21°C), deve ser escuro e silencioso. No caso de a criança não suportar a escuridão, deve ser colocada uma luz ambiente baixa, que deve ser mantida acesa durante toda a noite (Weiss, 2013). De acordo com Mindell & Owens (2010, citado por Weiss, 2013) o relógio circadiano de um indivíduo pode ser ajustado para o dia, aumentando a sonolência à noite, se de manhã o indivíduo se expuser à luz matinal e evitar a luz no início da noite. Outros ruídos noturnos podem prejudicar o sono da criança e os pais devem evitá-los ao máximo, sendo que alguns deles se relacionam com barulho provocado por irmãos da criança, televisões, música ou computadores.

Segundo Weiss (2013), a hora de dormir deve ser fixa, deve ser criada à criança uma “rotina curta e consistente”, que com o passar do tempo será alterada tendo em conta o seu desenvolvimento e as suas necessidades. O início da rotina deve começar 15 a 30 minutos antes da hora estipulada para adormecer, deve incluir atividades de calma e relaxamento e deve ser feita no quarto onde a criança irá dormir. As rotinas devem ser mantidas iguais por todos os cuidadores da criança. A rotina e a hora certa para dormir é uma das regras principais e básicas de uma correta higiene do sono.

Sempre que possível, os horários de adormecer e acordar devem ser iguais, durante os sete dias da semana. Se, eventualmente, a criança, um dia por outro, adormecer mais tarde, a hora de acordar deve manter-se a mesma, nunca deixando passar mais do que uma hora da hora habitual a que a criança acorda nos dias regulares. Quanto mais regular for o momento de acordar, melhor será o sono (Weiss, 2013).

Outra das situações que ajuda a ter um sono mais relaxado é a prática de exercício físico (Hughes & Rogers, 2004 *cit in* Chen, Wang & Jeng, 2006; Weiss, 2013). Esse exercício deve ser praticado, de preferência, no início do dia, ou até 3 horas antes da hora de adormecer (Weiss, 2013).

Deve evitar-se a ingestão de alimentos ou bebidas que contenham a presença de cafeína, como por exemplo chocolate, café, chá e Coca-Cola® à tarde e no início da noite, pois

a cafeína pode permanecer no organismo entre 3 a 5 horas e, nalguns casos, até 12 horas, o que irá interferir com a hora do sono. Alguns estudos preconizam que se se evitar a ingestão desses produtos por completo as crianças dormirão muito melhor (Weiss, 2013).

A literatura não identifica muita incidência de estudos na informação, sobre higiene do sono, que os cuidadores das crianças possuem, pelo que poderá ser um facto que interfere nos bons ou maus cuidados de higiene de sono da criança (Weiss, 2013).

2.4.2 – Revisão de estudos

Muitas das investigações feitas nesta área propõem que os adolescentes devem dormir, no mínimo, 8 horas por noite (Hughes & Rogers, 2004; Mercer, Merrit & Cowell, 1998 *cit in* Huang, Wang & Guilleminault, 2010; WHO, 2002 *cit in* Chen, Wang & Jeng, 2006). O sono influencia diretamente o bem-estar físico e psicológico, nomeadamente a maturação cerebral, as alterações pubertárias e a interação dos domínios físico e psicossocial (Dahl & Lewin, 2002; Johnson *et al* 2006 *cit in* Roane & Taylor, 2008; Redeker, Rugiero & Hedges, 2004 *cit in* Chen, Wang & Jeng, 2006). No entanto o sono também é influenciado por fatores físicos e psicológicos assim como por fatores culturais e sociais (Liu *et al*, 2005 *cit in* Huang, Wang & Guilleminault, 2010) acabando por se tornar um “ciclo vicioso”. A privação do sono e os seus distúrbios podem provocar sonolência durante o dia, o que poderá provocar alterações em termos cerebrais, afetando o crescimento e a rentabilidade escolar do adolescente (Giannotti *et al*, 2002; Sallinen *et al*, 2004; Wolfson & Carskadon, 2003 *cit in* Chen, Wang & Jeng, 2006). Entre 11 a 30% das crianças experienciam distúrbios do sono, nomeadamente dificuldade em adormecer, parassónias, enurese noturna e distúrbios respiratórios noturnos (Liu *et al*, 2005 *cit in* Huang, Wang & Guilleminault, 2010). Segundo Johnson *et al* (2006, *cit in* Roane & Taylor, 2008) cerca de 10,7% dos adolescentes têm antecedentes de insónias. A insónia é, segundo Taylor, Lichstein & Durrence (2003, *cit in* Roane & Taylor, 2008), um fator de risco para que na vida adulta se tenham problemas psicológicos, como sejam a depressão *major* (Breslau *et al*, 1996 *cit in* Roane & Taylor, 2008), dependência de álcool e drogas (Weissman *et al*, 1997 *cit in* Roane & Taylor, 2008) e suicídio (Paffenbarger *et al*, 1994 *cit in* Roane & Taylor, 2008). Os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários devem alertar sobre os problemas de um sono não adequado à idade, sobre a sua importância as suas consequências.

Num estudo dedicado ao tema “Padrão de sono e fatores de risco para privação de sono numa população pediátrica portuguesa”, Crispim *et al* (2011) concluíram que as crianças portuguesas dormem menos horas por noite do que a média obtida em séries internacionais. Algumas das conclusões declaradas neste estudo dizem que a escolaridade e diferenciação profissional dos pais influenciam no padrão de sono da criança. As crianças inseridas em famílias menos diferenciadas são o alvo de intervenção em termos de privação de sono, em especial uma intervenção direta na hora de deitar.

Chen, Wang & Jeng (2006) realizaram um estudo em que comparam as diferenças na saúde, relacionando comportamentos de um sono adequado com comportamentos de procura de saúde nos adolescentes tailandeses. Concluíram que um sono adequado se correlaciona positivamente com a participação em eventos promotores de comportamentos de saúde, assim como se correlaciona positivamente com o facto de não se ter excesso de peso. Também este estudo delinea a importância dos profissionais dos cuidados de saúde primários terem um importante papel na identificação dos problemas que causam alterações do sono, podendo depois promover sessões de grupos de esclarecimento e discussão do assunto, em especial com os pais das crianças.

Deste modo, é de notar que uma constante parametrização e avaliação de determinados indicadores, que se possam quantificar, como é o caso da obesidade infantil, da cárie dentária, da acuidade visual e das alterações do sono, permite que se possa criar um conjunto de estratégias e intervenções, que posteriormente se irão traduzir num instrumento facilitador de mudança nos CSP, dado que responsabiliza os coordenadores dos programas pelos resultados obtidos e incita a motivação dos profissionais, que lidam diretamente com a criança, no alcance de melhores resultados de saúde. Com esta situação pode haver uma estimulação ao aumento da produtividade, que se traduz num melhor desempenho, o que indica uma melhor organização dos serviços de saúde.

Assim, esta investigação será desenvolvida com base nos pressupostos do Programa de Saúde Infantil e Juvenil, da Direção Geral de Saúde, de forma a obter resultados que possam ser um guia na prática profissional para obter melhores cuidados de saúde e melhores níveis de saúde nas crianças.

CAPÍTULO II
METODOLOGIA

3 - METODOLOGIA

De acordo com Fortin (2006), uma das estratégias ou processo racional de aquisição de novos conhecimentos é através da investigação científica, sendo este um método de excelência sistemático e rigoroso.

Uma das condições prévias num processo de investigação, sendo que é uma condição fundamental no processo de pesquisa, é a formulação do problema da pesquisa e a criação de hipóteses (LoBiondo-Wood & Haber, 1998). Um processo de investigação pressupõe que haja fases e etapas seguidoras de um método científico. Esta investigação determina-se a encontrar um problema a resolver, construir uma hipótese ou uma solução provável para esse problema, criar a hipótese de forma a ser testável e verificar a veracidade dessa mesma hipótese através de testes estatísticos (Freixo, 2009).

Um projeto de investigação científica baseia-se em vários procedimentos, sendo que os principais pontos são a identificação do objeto de trabalho, a explicitação da hipótese, a escolha do método, a seleção de fontes, a elaboração de um plano de trabalho, a recolha e tratamento dos dados e a apresentação das conclusões (Azevedo & Azevedo, 2008).

Com base nestes pressupostos dá-se continuidade ao tema fazendo-se a explicitação metodológica da investigação.

3.1 – Concetualização e objetivos do estudo

O tema da investigação deve, segundo Freixo (2009) e Fortin (2006), estar de acordo com as necessidades do investigador, tendo em conta os interesses, os valores e os constrangimentos com que se possa deparar na sua prática. Inicialmente só são identificadas as áreas temáticas, áreas essas que posteriormente irão despertar a curiosidade para um problema central (Azevedo & Azevedo, 2008). Ao tema em desenvolvimento está sempre associado um problema ou questão que irá precisar o direcionamento do estudo (Fortin, 2006).

Um problema de pesquisa, ou uma questão de investigação, pressupõe uma “situação enigmática, inquietante ou perturbadora” (Polit, Beck & Hungler, 2004). A questão de investigação deve ser analisada em termos de aspetos subjetivos (deve ser uma escolha do agrado do investigador), deve estar de acordo com as capacidades e limites do investigador, deve ser objetiva e concretizável, deve delimitar o objeto de investigação de uma forma

precisa e profunda e deve ser orientadora da investigação (Azevedo & Azevedo, 2008). “Um problema de investigação é uma situação que necessita de uma elucidação ou de uma modificação” (Diers, 1979 *cit in* Fortin, 2006; pp. 66-67).

Como tal, nesta investigação o problema que se levanta é: “Qual o perfil de saúde da criança seguida em consulta de vigilância nos cuidados de saúde primários?”.

3.1.1 – Objetivos

Os objetivos de um estudo de investigação definem as metas e finalidades que o investigador deseja alcançar (LoBiondo-Wood & Haber, 1998). Para Freixo (2009) o objetivo de um estudo consiste na criação de um enunciado declarativo onde são enunciadas as variáveis-chave, a população e a orientação da investigação, que por sua vez, em conjunto com o problema ou questão de investigação, ajuda a definir as hipóteses do trabalho. “O enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue.” (Fortin, 2006; p.160)

Como tal definiram-se como objetivos para esta investigação definir e descrever, relativamente às crianças seguidas em cuidados de saúde primários, os seguintes aspetos:

- prevalência da obesidade;
- prevalência de alterações da visão;
- prevalência de cárie dentária;
- prevalência de alterações do sono;
- hábitos de vida diários das crianças;
- avaliar a relação da obesidade e cárie dentária com as variáveis sociodemográficas;
- analisar a influência dos hábitos de vida diários na obesidade, alterações da visão, cárie dentária e perturbações do sono.

3.1.2 – Hipóteses

De forma a incluir o problema de investigação em quadros teóricos já definidos, surge muitas vezes a necessidade da formulação de hipóteses, que deverá ser feita de acordo com a revisão da literatura, que, à partida, serão teorias provisórias que poderão ser comprovadas

cientificamente com o decorrer da investigação (Azevedo & Azevedo, 2008). Segundo LoBiondo-Wood & Haber (1998) e Polit, Beck & Hungler (2004) uma hipótese é o tentar prever uma relação entre duas ou mais variáveis, na população que se estuda. Para Freixo (2009, p.163) uma hipótese é “uma sugestão de resposta para o problema (...) que assumirá a condição de uma predição e consistirá numa resposta plausível para o problema e que orientará a investigação”.

As hipóteses definidas para testar nesta investigação são as seguintes:

Hipótese 1 – A idade influencia a obesidade infantil.

Hipótese 2 – Existe relação entre a obesidade e o número de refeições que a criança faz diariamente.

Hipótese 3 – A obesidade relaciona-se diretamente com as habilitações literárias dos pais.

Hipótese 4 – O peso normal relaciona-se com a prática de exercício extraescolar.

Hipótese 5 – A cárie dentária relaciona-se com o número de vezes que a criança realiza a sua higiene oral diariamente.

Hipótese 6 – A presença de cárie dentária depende do local em que a criança vive.

Hipótese 7 – A acuidade visual depende da hereditariedade dos familiares diretos da criança.

Hipótese 8 – As alterações na acuidade visual estão relacionadas com o sexo da criança.

Hipótese 9 – A qualidade do sono relaciona-se com o facto de a criança não ter um quarto só para ela.

Hipótese 10 – O facto de a criança ter irmãos interfere na perturbação do sono.

Hipótese 11 – A média de horas dormidas durante a semana influencia a frequência com que acorda durante a noite.

Hipótese 12 – A média de horas que a criança fica em frente a um ecrã interfere com a alteração da visão.

3.1.3 – Variáveis

As propriedades estudadas são chamadas variáveis e os investigadores, ao longo de todo o processo de investigação, tentam perceber como e porquê existem diferenças de uma variável que se relacionam com diferenças de outras variáveis (LoBiondo-Wood & Haber, 1998). A variável pode definir-se como uma característica qualquer da realidade, podendo adquirir dois ou mais valores mutuamente exclusivos, sendo essa característica manipulada, medida ou controlada (Freixo, 2009). Para Fortin (2006, p.171), as variáveis são “a substância das questões de investigação e das hipóteses”.

A variável independente supostamente terá uma interferência sobre a variável dependente, a variável dependente é vista como “a consequência ou o suposto efeito” que vai variando conforme as mudanças das variáveis independentes (LoBiondo-Wood & Haber, 1998, Freixo, 2009).

Esta investigação tem com variáveis dependentes:

- índice de massa corporal;
- dentes cariados e/ou obturados;
- acuidade visual;
- alterações do sono.

Como variáveis independentes tem-se:

- idade;
- sexo;
- local de residência;
- responsável pela criança (com quem vive a criança);
- número de coabitantes;
- número de irmãos;
- quartos individuais;
- estado civil dos pais;
- habilitações literárias dos pais;
- hábitos de higiene oral;
- hábitos de vigilância da saúde oral;
- hábitos de alimentação;
- problemas visuais em familiares diretos;

- número de horas em frente a um ecrã;
- hábitos de vigilância de saúde oftalmológica;
- hábitos de prática de exercício físico;
- hábitos de higiene de sono.

3.2 – Desenho de investigação

Um desenho de investigação consiste num plano lógico que é elaborado, para que o investigador consiga obter respostas às suas questões de investigação. Neste desenho descreve-se o tipo de estudo a efetuar e como as variáveis serão controladas (Freixo, 2009). Os elementos mais significativos num desenho de investigação são o meio onde o estudo se realizará, a população e a amostra, a dimensão da amostra, o tipo de estudo, o controlo das variáveis, a colheita de dados e os principais métodos de recolha de dados (Freixo, 2009).

O desenho de investigação é um conjunto de decisões que têm que se tomar para se criar uma estrutura que permita explorar a questão de investigação e que defina os mecanismos de controlo, tendo por objetivo a minimização de riscos de erros (Fortin, 2006). A figura 19 assenta no desenho de investigação deste trabalho servindo de guia orientador para uma situação hipotética que justifica o perfil de saúde da criança vigiada em cuidados de saúde primários.

O perfil de saúde da criança é definido, nesta investigação, pela parametrização do índice de massa corporal, pela presença ou ausência de cárie dentária, pela acuidade visual e pelas alterações no padrão do sono. Estes fatores serão avaliados neste processo de investigação dado que a obesidade infantil e a cárie dentária são problemas de saúde que continuam a ser recorrentes na sociedade e sentiu-se a necessidade de saber a prevalência desta situação nas crianças seguidas em consulta de vigilância nos cuidados de saúde primários. A acuidade visual e as alterações do sono são fatores que não têm tido uma incidência tão grande na investigação, mas que se têm vindo a registar cada vez mais na prática, o que se traduziu na curiosidade de quantificar a sua prevalência. Os hábitos de saúde diários, relativos à alimentação, higiene dentária, higiene do sono, hábitos de exercício físico e vigilância da visão, são uma forma de se poder perceber como se comportam as crianças relativamente a estes aspetos para que se possa, posteriormente a esta investigação, criar estratégias de intervenção adequadas para um melhoramento da qualidade de vida e estado de saúde da criança.

Figura 19: Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação.



3.2.1 – Tipo de estudo

O estudo em questão denomina-se por estudo quantitativo descritivo. Um estudo quantitativo mede variáveis e obtém resultados numéricos, que se podem generalizar a uma população ou a um contexto, que podem dar explicações, prever ou estabelecer relações de causa e efeito (Fortin, 2006). Numa investigação descritiva tem-se como objetivo “descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos já existentes, determinar a frequência da

ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”. Um estudo descritivo define características de uma população ou de um fenómeno (Fortin, 2006).

3.2.2 – População e Amostra

Uma população é um conjunto bem definido de pessoas, animais, objetos ou acontecimentos, com propriedades específicas (LoBiondo-Wood & Haber, 1998). Para Hill & Hill (2012) a população é um conjunto total de casos, sobre o qual um investigador pretende obter conclusões. A amostra é uma fração de uma população, sobre a qual incide o estudo, que deve ser representativa dessa mesma população (Fortin, 2006). A população que se irá estudar é designada como população alvo. Esta mesma população é um grupo de pessoas com características comuns. Como raramente se consegue estudar toda uma população é feita a eleição de uma amostra que se baseia num grupo limitado a um lugar, uma região ou uma escola (Fortin, 2006).

Existem diferentes tipos de amostras: amostras não probabilísticas, ou amostragem não casual (Hill & Hill, 2012), em que a seleção de casos é feita de forma não aleatória, e amostras probabilísticas, ou amostragem casual (Hill & Hill, 2012), em que os casos são recolhidos de uma certa forma aleatória, permitindo fazer-se uma estimativa da probabilidade de cada elemento da população ser incluído na amostra. Nas não probabilísticas existem as amostras por conveniência, por quota e intencionais e nas probabilísticas as amostras aleatórias simples, aleatórias estratificadas e sistemáticas (LoBiondo-Wood & Haber, 1998).

A amostra desta investigação é não probabilística, por conveniência. Este método permite escolher indivíduos mais facilmente acessíveis, que estão de acordo com os critérios de inclusão do estudo, que estão no local certo e no momento certo (Fortin, 2006).

A população desta investigação são as crianças residentes em Portugal vigiadas nos cuidados de saúde primários. A amostra serão as crianças, entre os 4 e os 18 anos, vigiadas nos cuidados de saúde primários, nas unidades de saúde da cidade de Viseu.

Os questionários serão aplicados às crianças que frequentem a consulta de vigilância de saúde infantil na Unidade de Saúde Familiar Viriato, Unidade de Saúde Familiar Lusitana, Unidade de Saúde Familiar Alves Martins, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Dom Duarte, Unidade de Saúde Familiar Grão Vasco, Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique e Unidade de Saúde Familiar Alves Martins no período de 1 de julho de 2013 a 15 de setembro de 2013.

3.2.3 – Instrumento de colheita de dados

Para a colheita de dados ser efetuada deve seguir-se um plano preestabelecido. Existem diferentes métodos de colheita de dados, entre eles as entrevistas, os questionários, as grelhas de observação, escalas de medidas, entre outros (Freixo, 2009).

Os questionários permitem que haja uma maior cobertura da população que irá ser inquirida, não havendo interação direta com o investigador, no entanto exige ao investigador um grande investimento no arranjo visual do instrumento de colheita de dados, e na clareza e explicitação das questões (Azevedo & Azevedo, 2008).

Tendo em conta os objetivos deste estudo e o tipo de estudo definido, a colheita de dados foi efetuada com base num questionário, de forma a conseguir fazer uma caracterização da amostra em termos de perfil de saúde da criança, características sociodemográficas e hábitos de vida diários.

O questionário envolvido nesta investigação é precedido de uma folha com a informação relativa ao estudo, nomeadamente a identificação do investigador, questão de investigação, objetivos do estudo e amostra abrangida, e juntamente com esta informação encontra-se uma folha para consentimento informado que deverá ser assinada e datada pela pessoa que vai responder às perguntas e posteriormente entregue à pessoa a quem se irá devolver o questionário (ver anexo 1).

O instrumento de colheita de dados divide-se em três partes. A primeira parte é constituída pela avaliação de parâmetros biométricos, avaliação de acuidade visual e observação da cavidade oral, por parte do profissional de saúde. A segunda parte relaciona-se com a caracterização sociodemográfica da família da criança e a terceira parte diz respeito aos hábitos de vida diários da criança. A segunda e a terceira parte do questionário são preenchidas pelo responsável que acompanha a criança à consulta de vigilância. Na terceira parte a pessoa responsável que responde ao questionário pode questionar, sempre que achar necessário e pertinente, a criança, relativamente aos seus hábitos diários, nomeadamente no que diz respeito aos hábitos de sono. É de referir que, ao longo de todo o questionário existe um alerta que aviva a memória de que o questionário diz respeito aos hábitos de vida da criança e não da pessoa que está a responder ao questionário.

A primeira parte do questionário é preenchida pelo profissional de saúde, no que diz respeito aos parâmetros relativos ao peso, altura, presença de cárie ou dentes obturados e acuidade visual, e pelo investigador, no que diz respeito ao índice de massa corporal e percentil de índice de massa corporal, de forma a verificar todos os valores de índice de massa

corporal e de serem utilizadas as mesmas curvas de crescimento relativamente ao percentil de índice de massa corporal. As avaliações são efetuadas pelo enfermeiro que realiza a consulta de enfermagem de vigilância à criança. O peso e a altura são avaliados numa balança, calibrada, com craveira, com as crianças descalças e com o menor peso de roupa possível. A deteção de cárie dentária ou dentes obturados é feita por observação direta da cavidade oral, sem recurso a outros meios, por não haver disponíveis nos serviços. A avaliação da acuidade visual é feita às crianças que não usam óculos, com recurso à tabela de Snellen, aplicando as letras a partir da idade em que a criança já saiba ler e aplicando a letra E em rotação às crianças que ainda não estejam alfabetizadas. A tabela é colocada aproximadamente a 1,5 metros do chão, a uma distância aproximada de 3 metros da criança. É considerada visão alterada, pelo investigador, as situações em que a criança usa óculos e quando a acuidade é igual ou inferior a 8/10 em ambos os olhos, ou apenas em um. O cálculo do índice de massa corporal é feito pelo investigador com base na fórmula “ $IMC = \text{peso (Kilogramas)} / \text{altura}^2$ (metros)” e o percentil do índice de massa corporal é observado e definido pelas curvas de crescimento de IMC em crianças do sexo masculino e do sexo feminino dos 2 aos 20 anos da DGS (2005), pelo valor do índice de massa corporal e pela idade em anos e meses registada pelo profissional de saúde.

A segunda parte faz a caracterização sociodemográfica da criança no que diz respeito ao sexo, ao local de residência, à pessoa responsável com quem a criança vive, ao número de coabitantes na mesma casa onde a criança reside, ao número de irmãos, ao facto de ter ou não um quarto individual, ao estado civil dos pais e às habilitações literárias dos pais.

Na terceira parte do questionário faz-se uma revisão dos hábitos de vida diários da criança relativamente a diferentes situações. No que diz respeito à higiene dentária é questionado o número de vezes que a criança lava os dentes por dia e em que período do dia, quanto tempo demora a fazer a lavagem dos dentes, a utilização, ou não, de fio dentário e qual a frequência com que faz consultas de medicina dentária. Relativamente à alimentação é perguntado quantas refeições a criança faz por dia e qual a frequência com que come determinados alimentos ao longo da semana. Quando avaliada a visão questiona-se a presença de problemas de visão em familiares diretos da criança, o número de horas que a criança passa em frente a um ecrã durante a semana e o facto de já ter sido, ou não, consultada por um oftalmologista. De seguida responde-se ao facto de a criança praticar, ou não, exercício físico, extraescola, e qual a carga horária desse mesmo exercício durante a semana. Por fim são questionados os hábitos de sono da criança, incluindo qual a hora a que se levanta e a hora a que se deita durante a semana e durante o fim de semana.

No final da aplicação do questionário, este é devolvido ao profissional de saúde que entregou o mesmo ao responsável da criança, é verificado se todas as questões foram respondidas, é arquivado em envelope fechado e devolvido posteriormente ao investigador.

Todas as questões irão ser tratadas estatisticamente pelo investigador e apresentadas no ponto 2 deste capítulo.

3.3 – Procedimentos e considerações éticas

Um dos aspetos éticos a ter em consideração numa investigação é a integridade. A integridade deve manter-se desde que se inicia a compilação de dados até que se publica a investigação. Como tal, uma investigação deve respeitar o domínio privado de cada um, promover o consentimento livre e informado, garantir confidencialidade, promover o respeito à segurança, intimidade e dignidade de cada indivíduo, não manipular respostas, respeitar valores religiosos e culturais, manter privacidade e respeitar o direito ao anonimato, pedir autorização a instituições envolvidas e não plagiar, fazendo sempre referência ao autor (Tuckman, 2000).

Segundo Freixo (2009), numa investigação não pode haver “falsos moralismos” ou “éticas distorcidas”, deve seguir-se apenas a ética e a moral. Qualquer indivíduo tem o direito a não participar na investigação e tem direito à privacidade. Ao falar-se no direito à privacidade salvaguarda-se o direito de o indivíduo não ter que responder a questões relativas à sua privacidade, pelo que o investigador deve evitar questões desnecessárias, assegurando e protegendo a intimidade de cada participante (Freixo, 2009). Para evitar a inviolabilidade da pessoa humana (protegida por lei), o investigador deve obter consentimento informado e nunca recolher dados sem permissão dos sujeitos envolvidos (Freixo, 2009). Todos os participantes têm o direito ao anonimato e à confidencialidade, que é obtido através da não identificação dos sujeitos em qualquer parte, sendo os documentos do processo de investigação identificados por um número e não por um nome (Freixo, 2009). Para fazer um correto tratamento de dados deve haver um consentimento livre e esclarecido, sendo dada uma explicação verbal sobre a investigação e sendo fornecida, por escrito, uma informação clara e precisa, com linguagem simples e comum (Freixo, 2009).

No que concerne ao investigador, este deve ser isento e imparcial, trabalhar em função dos dados obtidos e não dos que gostaria de obter e possuir preparação adequada para realizar o estudo (Tuckman, 2000).

Assim, para iniciar este estudo primeiramente foi realizado um projeto de investigação a fim de ser aprovado pelo coordenador do Mestrado em Gestão da Universidade Católica Portuguesa – Pólo Viseu, seguidamente foi pedida autorização de aplicação dos questionários à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, ao Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões e aos Coordenadores das Unidades de Saúde da cidade de Viseu. Para aplicação do questionário foi sempre pedido um consentimento ao responsável pela criança na consulta de vigilância.

Numa fase experimental foram aplicados 15 questionários na USF Viriato, de forma a verificar a viabilidade da execução do estudo e para verificar se as questões se encontravam bem formuladas e perceptíveis. Foi alterada a questão 8 (Quais as habilitações literárias dos pais?) no que diz respeito à forma como foram enunciadas as habilitações literárias e foram alteradas várias questões de forma a colocar sempre a resposta Sim e Não pela mesma ordem, para não confundir no momento da resposta.

3.4 - Tratamento estatístico

Após a recolha final de dados realizou-se uma análise inicial de todos os instrumentos de colheita de dados para verificar se havia questionários incompletos, que porventura houvesse necessidade de serem eliminados. De seguida codificou-se o questionário de modo a poder proceder-se à sua introdução no programa informático estatístico para fazer consequentemente o tratamento de dados. Para o tratamento de dados recorreu-se a uma análise de estatística descritiva e inferencial.

Na análise descritiva destacam-se um conjunto de dados brutos, extraídos da amostra, para uma mais fácil compreensão dos dados (Fortin, 2006). Nesta análise são determinados diferentes elementos, segundo Fortin (2006), que se apresentam no quadro 1.

Quadro 1 – Elementos avaliados na análise descritiva.

Frequências	
Absoluta (N)	Número de vezes que cada valor aparece nos dados.
Percentual (%)	Número de vezes que cada valor aparece nos dados, por cada 100 elementos da amostra.
Medidas de tendência central	
Média	Soma de valores dos dados dividida pelo número total de dados.
Moda	Valor que aparece mais vezes numa distribuição de frequências.
Medidas de dispersão	
Desvio padrão	Distância de cada um dos scores em relação à média do grupo.
Coefficiente de variação	Permite comparar a dispersão de duas variáveis.
Medidas de simetria e achatamento	
Skewness	Traduz a simetria
Kurtosis	Traduz o achatamento

De acordo com Pestana & Gageiro (2008), o grau de dispersão da distribuição, em função do coeficiente de variação traduz-se nos seguintes valores:

- $0\% > CV \leq 15\%$ → Dispersão baixa
- $15\% > CV \leq 30\%$ → Dispersão moderada
- $CV > 30\%$ → Dispersão alta.

Pestana & Gageiro (2008) referem que a simetria é obtida pela divisão entre a *Skewness* (SK) e o seu *Std Error*. O achatamento é dado pela divisão entre a *Kurtosis* (K) e o seu *Std Error*.

Na simetria (Pestana & Gageiro, 2008) se o resultado estatístico for inferior a 1,96 temos uma distribuição simétrica, se o resultado for menor que -1,96 temos uma distribuição assimétrica negativa, ou enviesada à direita e se for superior a 1,96 diz-se que a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda. No achatamento, de acordo com Pestana & Gageiro (2008), se o resultado estatístico for inferior a 1,96 temos uma distribuição mesocúrtica, se o resultado for inferior a -1,96 temos uma distribuição platicúrtica (mais achatada) e se for maior que 1,96 diz-se que a distribuição é leptocúrtica (menos achatada do que o normal).

De acordo com Maroco (2007), a análise inferencial é uma técnica que permite inferir, através da amostra obtida, resultados para a população teórica, e ou validar hipóteses. Para este autor esta fase divide-se em duas fases: a fase de estimação (em que o objetivo principal é estimar o valor dos parâmetros da população através dos da amostra) e a fase de decisão (onde se fundamentam decisões através dos testes de hipóteses).

Os testes utilizados nesta investigação foram testes não paramétricos: Teste de Kolmogorov-Smirnov, para testar se a distribuição das variáveis é normal, (Maroco, 2007); Teste de independência do Qui-Quadrado, para averiguar se duas variáveis estão relacionadas, (Pereira, 2006); Teste U de Mann-Whitney, para comparar o centro de localização das duas amostras e detetar diferenças entre as duas populações correspondentes (Pestana & Gageiro, 2008); Teste de Kruskal-Wallis, para ver se existem diferenças em grupos que se podem definir por três ou mais fatores.

A análise estatística foi feita com base nos seguintes valores, citados por D'Hainaut (1997):

- Sig. < 0,05 (5%) – diferença estatística significativa;
- Sig. < 0,01 (1%) – diferença estatística bastante significativa;
- Sig. < 0,001 (0,1%) – diferença estatística altamente significativa;
- Sig. > 0,05 (5%) – diferença não significativa.

O tratamento estatístico foi efetuado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 21.

3.5 – Teste de fidelidade

A fidelidade relaciona-se com a precisão e a constância das medidas que se obtêm através do instrumento de colheita de dados (Fortin, 2006). Num instrumento de medida, quando se avalia a fidelidade, tem-se sempre em conta erros aleatórios e sistemáticos (Laurencelle, 1998, *cit in* Fortin, 2006). O grau de fidelidade é expresso por um coeficiente de correlação, que varia entre 0,00 (quando não há correlação) e 1,00 (quando a correlação é perfeita) (Fortin, 2006). A fidelidade, nesta investigação, será avaliada através da consistência interna, onde se avalia “a concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida” (Fortin, 2008; p.350).

A técnica de consistência interna mais utilizada, desde 1951, é o cálculo do coeficiente *alfa* de Cronbach, em que os coeficientes, variando entre 0,00 e 1,00, quanto mais altos forem

mais elevada é a consistência interna. Quando os enunciados se baseiam em respostas dicotômicas, como o “Sim” e “Não” a técnica utilizada é o coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20), que é uma variante da técnica anterior (Fortin, 2006). De acordo com Nunnally (1978) e Streiner & Norman (1991), citados por Fortin (2006), os níveis desejáveis nos valores dos coeficientes situam-se entre os 0,70 e o 0,90. Laurencelle (1998), citado por Fortin (2006), partilha da mesma opinião dos autores anteriormente citados, no entanto considera que se o coeficiente de fidelidade está entre 0,85 e 0,95 é excelente e se está entre 0,70 e 0,85 é bom; no caso do coeficiente se encontrar abaixo de 0,70 o instrumento de medida é impreciso, mas pode permitir obter informação útil.

Nesta investigação foi analisada a fidelidade das questões medidas em escalas dicotômicas, através do KR-20, apresentando-se os dados no quadro 2. O valor de α é de 0,653, pelo que poderá ser um instrumento de medida impreciso, no entanto os dados foram tidos em conta pela importância ou utilidade que essas informações poderão trazer à investigação.

Quadro 2 - Coeficientes de consistência interna e correlação Item-Total das questões dicotômicas

Questão	Correlação Item-Total	KR-20 se o Item for apagado
Tem dentes cariados?	0,045	0,659
Tem dentes obturados?	0,187	0,647
Tem alteração na visão?	0,215	0,644
A criança tem irmãos?	-0,040	0,657
A criança tem um quarto só para ela?	0,073	0,667
Alguma vez foi consultado por um médico dentista?	0,242	0,643
Nos últimos 12 meses foi consultado por um médico dentista?	0,200	0,645
Alguém na família direta tem problemas na visão e/ou usa óculos?	0,756	0,576
O pai tem problemas na visão?	0,595	0,569
A mãe tem problemas na visão?	0,651	0,550
Os irmãos têm problemas na visão?	0,688	0,560
Alguma vez foi consultado por um médico oftalmologista?	0,295	0,634

Pratica alguma modalidade desportiva extraescola?	-0,097	0,679
Pratica atividades ao ar livre extraescola?	0,049	0,683
Quando acordou durante a noite teve dificuldade em voltar a adormecer?	0,069	0,669
$\alpha = 0,653$		

CAPÍTULO III
ANÁLISE DE RESULTADOS

4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados, segundo Fortin (2006), serve para realçar o essencial da investigação, tendo em conta os resultados obtidos, pondo em evidência as variáveis que caracterizam a amostra e as que se relacionam entre si e para testar se as hipóteses levantadas se confirmam ou não. Uma análise de resultados divide-se em duas partes, a análise descritiva e a análise inferencial (Fortin, 2006).

4.1 – Análise descritiva dos resultados

No que diz respeito à amostra selecionada, os questionários foram distribuídos pelas sete Unidades de Saúde da cidade de Viseu, não tendo sido obtida colaboração direta por parte dos profissionais em três das referidas unidades.

Os questionários foram aplicados às crianças que frequentaram a consulta de vigilância de saúde infantil na Unidade de Saúde Familiar Viriato, Unidade de Saúde Familiar Lusitana, Unidade de Saúde Familiar Alves Martins e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Dom Duarte, no período de 1 de julho de 2013 a 15 de setembro de 2013, sendo que dos 200 questionários disponíveis foram aplicados 167, tendo 1 sido excluído por apresentar várias questões por responder. Como tal, obteve-se uma amostra de 166 inquiridos, como se observa no quadro seguinte.

Quadro 3 – Distribuição de questionários preenchidos por Unidade de Saúde.

		Número de questionários	%
Unidade	Viriato	142	85,5
	Grão Vasco	0	0,0
	Infante D. Henrique	0	0,0
	Viseu Cidade	0	0,0
	D. Duarte	3	1,8
	Lusitana	19	11,4
	Alves Martins	2	1,2
	Total	166	100,0

Denota-se uma grande adesão à aplicação de questionários na USF Viriato por ser o local de trabalho da investigadora. Nas restantes unidades a adesão foi mais baixa, por o período de colheita ser coincidente com o período de férias de verão dos profissionais de saúde e assim não haver tanta disponibilidade, por carga de trabalho aumentada, e por não haver tantas consultas marcadas por ausências médicas.

4.1.1 – Caraterização da amostra em termos sociodemográficos

De acordo com o quadro 4 denota-se que a amostra desta investigação é constituída por 166 crianças, 91 do sexo masculino (54,8%) e 75 do sexo feminino (45,2%).

Quadro 4 – Caraterização da amostra de acordo com o sexo

Sexo	n	%
Masculino	91	54,8
Feminino	75	45,2
Total	166	100,0

Através do quadro 5 e 6 vê-se que a idade das crianças varia entre os 4 anos e os 18 anos, sendo que a média de idades dos inquiridos se situa nos 9,08 anos de idade, com um desvio padrão de 3,656 e um CV de 40,26% a indicar uma dispersão elevada. Ao observar-se as medidas de assimetria (Sk) e de achatamento (K) verifica-se uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Quadro 5 – Caraterização da amostra de acordo com a idade

Idade	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Total
N	18	21	8	4	39	7	7	19	16	5	3	11	2	4	2	166
%	10,8	12,7	4,8	2,4	23,5	4,2	4,2	11,4	9,6	3,0	1,8	6,6	1,2	2,4	1,2	100,0

Quadro 6 – Estatísticas relativas à idade da amostra

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Skewness (Sk)		Kurtosis (K)	
							Estatística	Erro	Estatística	Erro
Idade	166	4	18	9,08	3,656	40,26	0,434	0,188	-0,610	0,375

Verifica-se que 39,2% da amostra (64) vivem na aldeia, 6,0% (10) vivem numa vila e 54,8% (90) vivem na cidade (c.f. Quadro 7).

Quadro 7 – Caracterização da amostra de acordo com o local de residência

Local de residência	n	%
Aldeia	64	39,2
Vila	10	6,0
Cidade	90	54,8
Total	166	100,0

Quando se observa os resultados nos quadros 8, 9 e 10, denota-se que 83,7% das crianças vivem com o pai e a mãe (139), e 13,9% com a mãe (23). Relativamente ao estado civil dos pais, 83,1% das crianças (138) tem os pais casados ou em união de facto e 11,4% (19) são divorciados. No que diz respeito às habilitações literárias do pai da criança, 24,2% (40) tem entre o 10º e o 12º ano de escolaridade, 23,6% (39) é licenciado, 18,8% (31) tem entre o 7º e o 9º ano de escolaridade e 15,7% (26) tem entre o 4º e o 6º ano de escolaridade, denotando-se que existem pais em todos os tipos de escolaridade. Relativamente à mãe da criança, 37,3% (62) é licenciada, 27,1% (45) tem entre o 10º e o 12º ano de escolaridade, 10,8% (18) tem entre o 4º e o 6º ano de escolaridade, 9,6% (16) tem um mestrado, de notar que não há mães que não saibam ler nem escrever nem com doutoramento (c.f. Quadro 8, 9 e 10).

Quadro 8 – Caraterização da amostra de acordo com a pessoa com quem vive

Com quem vive	n	%
Pai e Mãe	139	83,7
Mãe	23	13,9
Mãe e Avó	1	0,6
Avó e Tia	1	0,6
Alternadamente com Pai ou Mãe	1	0,6
Tios	1	0,6
Total	166	100,0

Quadro 9 – Caraterização da amostra de acordo com as habilitações literárias dos pais

Habilitações literárias	Pai		Mãe	
	n	%	n	%
Não sabe ler nem escrever	1	0,6	0	0,0
Inferior ao 4º ano de escolaridade	3	1,8	8	4,8
Entre o 4º e 6º ano de escolaridade	26	15,7	18	10,8
Entre o 7º e 9º ano de escolaridade	31	18,8	14	8,4
Entre o 10º e 12º ano de escolaridade	40	24,2	45	27,1
Bacharelato	12	7,3	3	1,8
Licenciatura	39	23,6	62	37,3
Mestrado	11	6,7	16	9,6
Doutoramento	3	1,8	0	0,0
Total	166	100,0	166	100,0

Quadro 10 – Caraterização da amostra de acordo com o estado civil dos pais

Estado civil dos pais	n	%
Solteiro	3	1,8
Casado / União de facto	138	83,1
Separado	3	1,8
Divorciado	19	11,4
Viúvo	3	1,8
Total	166	100,0

O número de coabitantes na mesma casa da criança varia entre 2 e 7, sendo que 54,2% das crianças (90) possui 4 coabitantes, 20,5% (34) tem 3 coabitantes e 15,1% (25) tem 5 coabitantes. A média de coabitantes por casa é de 3,93 pessoas, com um desvio padrão de 0,925 e um CV de 23,54%. Tem-se então uma distribuição com uma dispersão média, sendo simétrica e mesocúrtica (c.f. Quadro 11 e 12).

Quadro 11 – Caraterização da amostra de acordo com o número de coabitantes na mesma casa

Coabitantes	n	%
2	10	6,0
3	34	20,5
4	90	54,2
5	25	15,1
6	4	2,4
7	3	1,8
Total	166	100,0

Quadro 12 – Estatísticas relativas ao número de coabitantes na mesma casa

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Skewness (Sk)		Kurtosis (K)	
							Estatística	Erro	Estatística	Erro
Nº de coabitantes	166	2	7	3,93	0,925	23,54	0,424	0,188	1,561	0,375

Cerca de 82,5% das crianças (137) tem um quarto só para ela, enquanto que 17,5% (29) tem que dividir o seu quarto com alguém (c.f. Quadro 13).

Quadro 13 – Caraterização da amostra de acordo com o facto de ter um quarto individual

Quarto individual	n	%
Sim	137	82,5
Não	29	17,5
Total	166	100,0

Na amostra obtida, 135 crianças (81,3%) têm irmãos, enquanto 31 (18,7%) são filhos únicos. Nas crianças que têm irmãos, o número de irmãos varia entre 1 e 4. Cerca de 105 crianças (63,3%) têm 1 irmão e 28 crianças (16,9%) têm 2 irmãos (c.f. Quadro 14 e 15).

Quadro 14 – Caraterização da amostra de acordo com o facto de ter ou não irmãos

Irmãos	n	%
Sim	135	81,3
Não	31	18,7
Total	166	100,0

Quadro 15 – Caraterização da amostra de acordo com o número de irmãos

Número de irmãos	n	%
1	105	63,3
2	28	16,9
3	1	0,6
4	1	0,6
Total	166	100,0

4.2.2 - Caracterização do perfil de saúde da criança

O perfil de saúde da criança define-se, nesta investigação, pelo índice de massa corporal, pela presença de dentes cariados e/ou obturados, pela acuidade visual, pelas alterações no sono e pelos hábitos de higiene e saúde diários.

De acordo com o quadro 16 observa-se que existem 34 crianças com excesso de peso (20,5%) e 32 (19,2%) com obesidade, o que se traduz em 66 crianças (39,7%) com um IMC fora do considerado normal. De entre estas crianças 18 rapazes (19,8%) e 14 raparigas (18,6%) são obesos e 17 rapazes (18,7%) e 17 raparigas (22,7%) têm excesso de peso. Na amostra geral 4 crianças do sexo masculino (4,4%) e 1 criança do sexo feminino (1,3%) apresentam baixo peso, o que na amostra total se traduz numa percentagem de 3,0%. Contabilizando os valores restantes 95 crianças (57,2%) têm um peso normal, de entre as quais 52 são do sexo masculino (57,1%) e 43 são do sexo feminino (57,3%).

Quadro 16 – Caracterização da amostra relativamente ao Percentil de IMC de acordo com o sexo

Sexo		Percentil									Total
		<5	5	10	25	50	75	85	90	≥95	
Masculino	N	4	1	1	5	22	23	11	6	18	91
	%	4,4	1,1	1,1	5,5	24,2	25,2	12,1	6,6	19,8	100,0
Feminino	N	1	1	3	7	11	21	11	6	14	75
	%	1,3	1,3	4,0	9,3	14,7	28,1	14,7	8,0	18,6	100,0
Total	N	5	2	4	12	33	44	22	12	32	166
	%	3,0	1,2	2,4	7,2	19,9	26,6	13,3	7,2	19,2	100,0

Quando analisados os dados relativos aos dentes cariados e dentes obturados 82,5% da amostra não tem dentes cariados (137 crianças) e apenas 31,3% das crianças (52) tem dentes obturados. De acordo com o sexo 24,2% (22) dos rapazes têm dentes cariados e 35,2% (32) tem dentes obturados e as raparigas, apenas 9,3% (7) têm dentes cariados e 26,7% (20) têm

dentes obturados (c.f. Quadro 17). Quando se cruzam os dados de crianças com dentes cariados e com dentes obturados (Quadro 18) denota-se que 11 crianças (21,2%) têm dentes obturados e simultaneamente têm dentes cariados e 18 crianças (15,8%) têm cáries e nunca trataram nenhum dente, não têm dentes obturados.

Quadro 17 – Caracterização da amostra relativamente à presença de cárie dentária ou dentes obturados de acordo com o sexo

Sexo		Dentes cariados			Dentes obturados		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Masculino	N	22	69	91	32	59	91
	%	24,2	75,8	100,0	35,2	64,8	100,0
Feminino	N	7	68	75	20	55	75
	%	9,3	90,7	100,0	26,7	73,3	100,0
Total	N	29	137	166	52	114	166
	%	17,5	82,5	100,0	31,3	68,7	100,0

Quadro 18 – Caracterização da amostra relativamente à presença simultânea de dentes obturados e cariados

			Dentes cariados		Total
			Sim	Não	
Dentes Obturados	Sim	N	11	41	52
		%	21,2	78,8	100,0
	Não	N	18	96	114
		%	15,8	84,2	100,0

No que diz respeito à acuidade visual da amostra, primeiramente existiam 33 crianças (19,9%) com alterações na acuidade visual declarada, usando óculos, sendo que 20 são raparigas (26,7%) e 13 são rapazes (14,3%) (c.f. Quadro 19). Após avaliação da acuidade

visual, com apoio da Tabela de Snellen, verifica-se que há 69 crianças com visão alterada (41,6%), sendo 36 raparigas (48%) e 33 rapazes (36,3%). Cerca de 10 crianças (6,0%) não colaboraram no teste de acuidade visual sendo que todas as crianças tinham 4 anos de idade e poderão repetir o teste nos próximos 6 meses (c.f. Quadro 20).

Quadro 19 – Caraterização da amostra relativamente ao uso de óculos

Sexo		Usa óculos		Total
		Sim	Não	
Masculino	N	13	78	91
	%	14,3	85,7	100,0
Feminino	N	20	55	75
	%	26,7	73,3	100,0
Total	N	33	133	166
	%	19,9	80,1	100,0

Quadro 20 – Caraterização da amostra relativamente à presença de alterações na acuidade visual

Sexo		Visão alterada			Total
		Sim	Não	Não colaborou no teste	
Masculino	N	33	55	3	91
	%	36,3	60,4	3,3	100,0
Feminino	N	36	32	7	75
	%	48,0	42,7	9,3	100,0
Total	N	69	87	10	166
	%	41,6	52,4	6,0	100,0

Avaliando as alterações demonstradas durante o sono, 56% da amostra (93) nunca sentiram dificuldades a adormecer no último mês. No entanto 44% (73) sentiram dificuldades,

36 (21,7%) menos do que uma vez por semana, 28 (16,9%) uma a duas vezes por semana e 9 (5,4%) três ou mais vezes por semana. Quando avaliada com que frequência a criança acordou durante a noite no último mês temos que 47% (78) nunca acordaram durante a noite, 31,9% (53) acordaram menos do que uma vez por semana, 14,5% (24) acordaram uma a duas vezes por semana e 6,6% (11) acordaram três ou mais vezes por semana. Das crianças que costumam acordar durante a noite 20 (22,7%) têm dificuldade em adormecer de seguida e 77,3% (68) não têm dificuldades. Ao analisar a qualidade do sono da criança verifica-se que 65,7% (109) nunca tiveram um sono agitado, de má qualidade ou superficial no último mês, a 19,9% (33) aconteceu menos do que uma vez por semana, a 11,4% (19) uma a duas vezes por semana e a 3% (5) aconteceu três ou mais vezes por semana. Em todas as questões os valores por sexo são semelhantes aos valores obtidos para a amostra total (c.f. Quadro 21, 22, 23 e 24).

Quadro 21 – Caracterização da amostra relativamente à dificuldade em adormecer quando se deitou, no último mês.

Sexo		Quando se deitou sentiu dificuldade em adormecer				Total
		Nunca	Menos do que uma vez por semana	Uma a duas vezes por semana	Três ou mais vezes por semana	
Masculino	N	52	22	13	4	91
	%	57,1	24,2	14,3	4,4	100,0
Feminino	N	41	14	15	5	75
	%	54,7	18,7	20,0	6,6	100,0
Total	N	93	36	28	9	166
	%	56,0	21,7	16,9	5,4	100,0

Quadro 22 – Caracterização da amostra relativamente à frequência com que acordou durante a noite, no último mês.

Sexo		Com que frequência acordou durante a noite				Total
		Nunca	Menos do que uma vez por semana	Uma a duas vezes por semana	Três ou mais vezes por semana	
Masculino	N	46	28	14	3	91
	%	50,5	30,8	15,4	3,3	100,0
Feminino	N	32	25	10	8	75
	%	42,7	33,3	13,3	10,7	100,0
Total	N	78	53	24	11	166
	%	47,0	31,9	14,5	6,6	100,0

Quadro 23 – Caracterização da amostra relativamente à dificuldade em adormecer após acordar durante a noite.

Sexo		Teve dificuldade em adormecer		Total
		Sim	Não	
Masculino	N	7	38	45
	%	15,6	84,4	100,0
Feminino	N	13	30	43
	%	30,2	69,8	100,0
Total	N	20	68	88
	%	22,7	77,3	100,0

Quadro 24 – Caracterização da amostra relativamente à qualidade do sono no último mês.

Sexo		Sono agitado, de má qualidade ou superficial				Total
		Nunca	Menos do que uma vez por semana	Uma a duas vezes por semana	Três ou mais vezes por semana	
Masculino	N	63	18	8	2	91
	%	69,2	19,8	8,8	2,2	100,0
Feminino	N	46	15	11	3	75
	%	61,3	20,0	14,7	4,0	100,0
Total	N	109	33	19	5	166
	%	65,7	19,9	11,4	3,0	100,0

4.2.3 - Caracterização dos hábitos diários de higiene dentária

De acordo com o observado nos quadros seguintes, a altura do dia em que mais crianças lavam os dentes é antes de deitar (69,9%, 116 crianças). Cerca de 54,2% (90) realizam a sua higiene oral ao fim do pequeno-almoço e 25,9% (43) ao fim de jantar. Apenas 3 crianças (1,8%) não costumam lavar os dentes (c.f. Quadro 25). No que diz respeito ao modo como realizam a sua higiene oral, 43,4% (72) escovam as gengivas, os dentes e a língua, 21,1% (35) escovam os dentes e a língua, 17,5% (29) e 16,3% (27) escovam os dentes e os dentes e as gengivas, respetivamente, e 1,8% (3) não costuma realizar a higiene oral (c.f. Quadro 26). Quando analisados os dados referentes à realização da higiene oral por sexo verifica-se que temos valores semelhantes à amostra total.

Relativamente ao uso de fio dentário, após os 8 anos de idade, denota-se que a maioria, 64,3% (74), não usa fio dentário, 33,1% (38) refere usar o fio dentário às vezes e apenas 3 raparigas (2,6% da amostra total) usam fio dentário todos os dias (c.f. Quadro 27).

As crianças inquiridas, quando se fala no tempo usado a realizar a higiene oral, demoram entre 1 a 15 minutos, sendo que o tempo médio é de 3,34 minutos (c.f. Quadro 30). Quando analisada a frequência com que as crianças realizam a higiene oral por dia verifica-se que 3 crianças (1,8%) não realizam higiene oral e de entre as restantes crianças a frequência varia entre 1 e 4 vezes por dia. 63,3% (105) realizam 2 vezes por dia, sendo a média 1,88 vezes por dia (c.f. Quadro 25 e 30).

Na amostra, 87,3% das crianças (145) já foram consultados, pelo menos uma vez, por médico dentista, sendo que 68,7% (114) foram a uma consulta de medicina dentária no último ano. Em média as crianças foram, no último ano, 2,63 vezes a uma consulta de medicina dentária, sendo que no mínimo foram 1 vez e no máximo 14 vezes (c.f. Quadro 31, 32 e 33).

Quadro 25 – Caraterização da amostra relativamente à altura do dia em que as crianças realizam a sua higiene oral

	Quando se levanta	Ao fim do pequeno almoço	Ao fim do almoço	Ao fim do lanche	Ao fim do jantar	Antes de deitar	Não costuma lavar os dentes
N	34	90	30	2	43	116	3
%	20,5	54,2	18,1	1,2	25,9	69,9	1,8

Quadro 26 – Caraterização da amostra relativamente à forma como as crianças realizam a sua higiene oral

Sexo							Total
		Gengivas, dentes e língua	Dentes e língua	Dentes e gengivas	Dentes	Não costuma realizar higiene oral.	
Masculino	N	36	17	17	18	3	91
	%	39,6	18,7	18,7	19,8	3,3	100,0
Feminino	N	36	18	10	11	0	75
	%	48,0	24,0	13,3	14,7	0,0	100,0
Total	N	72	35	27	29	3	166
	%	43,4	21,1	16,3	17,5	1,8	100,0

Quadro 27 – Caracterização da amostra relativamente ao uso de fio dentário nas crianças acima dos 8 anos

		Não	Sim, às vezes	Sim, diariamente	Não sei o que é fio dentário	Total
Masculino	N	46	20	0	0	66
	%	69,7	30,3	0,0	0,0	100,0
Feminino	N	28	18	3	0	49
	%	57,1	36,8	6,1	0,0	100,0
Total	N	74	38	3	0	115
	%	64,3	33,1	2,6	0,0	100,0

Quadro 28 – Caracterização da amostra relativamente ao tempo que demoram a fazer a sua higiene oral

Minutos	1	2	3	4	5	7	10	15	Total
N	19	66	29	3	35	1	10	1	164
%	11,4	39,8	17,5	1,8	21,1	0,6	6,0	0,6	100,0

Quadro 29 – Caracterização da amostra relativamente à frequência com que fazem a sua higiene oral por dia

	0	1	2	3	4	Total
N	2	38	105	20	1	166
%	1,2	22,9	63,3	12,0	0,6	100,0

Quadro 30 – Estatísticas relativas ao tempo que a criança demora a realizar a higiene oral e à frequência com que o faz por dia

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Skewness (Sk)		Kurtosis (K)	
							Estatística	Erro	Estatística	Erro
a)	166	0	4	1,88	0,640	30,04	-0,030	0,188	0,670	0,375
b)	164	1	15	3,34	2,371	70,99	2,030	0,190	4,889	0,377

Legenda: a) – Frequência com que realiza a higiene oral diariamente; b) – Tempo que demora a realizar higiene

Quadro 31 – Caracterização da amostra relativamente à frequência de consultas de medicina dentária

	Sim	Não	Total
N	145	21	166
%	87,3	12,7	100,0

Quadro 32 – Caracterização da amostra relativamente à frequência de consultas de medicina dentária no último ano

	Sim	Não	Total
N	114	52	166
%	68,7	31,1	100,0

Quadro 33 – Estatísticas relativas à frequência de consultas de medicina dentária no último ano

n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Skewness (Sk)		Kurtosis (K)	
						Estatística	Erro	Estatística	Erro
166	1	14	2,63	2,576	97,95	2,647	0,226	7,437	0,447

2.2.4 – Caracterização dos hábitos diários alimentares

Quanto ao número de refeições feitas por dia, 50,6% (84) fazem 5 refeições por dia, 27,1% (45) fazem 4 refeições e 15,1% (25) fazem 6 refeições diárias. Apenas 4,8% (8) fazem 3 refeições por dia e 2,4% (4) fazem 7. O número médio de refeições por dia são 4,83, sendo a moda 5 refeições diárias, com um desvio padrão de 0,829 e um CV de 17,16%, sendo o mínimo 3 e o máximo 7 (c.f. Quadro 34 e 35).

Quadro 34 – Caracterização da amostra relativamente à frequência de refeições por dia

	3	4	5	6	7	Total
N	8	45	84	25	4	166
%	4,8	27,1	50,6	15,1	2,4	100,0

Quadro 35 – Estatísticas relativas ao número de refeições feitas por dia

n	Mínimo	Máximo	Moda	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Skewness (Sk)		Kurtosis (K)	
							Estatística	Erro	Estatística	Erro
166	3	7	5	4,83	0,829	17,16	0,066	0,188	0,234	0,375

Relativamente à frequência com que as crianças comem determinados produtos alimentares observa-se que, todos os dias ou entre 4 a 6 dias por semana, 83,8% (139) comem sopa e legumes, 97,6% (162) ingerem produtos láteos e 94% (156) comem fruta. Na situação oposta temos que, entre 1 a 3 vezes por semana, ou nunca, 91,5% (152) ingerem gorduras, 59% (98) comem peixe, 59% (98) comem doces e 81,4% (135) bebem bebidas açucaradas (c.f. Quadro 36).

Quadro 36 – Caracterização da amostra relativamente à frequência de ingestão de diferentes alimentos

		Todos os dias	Entre 4 a 6 dias por semana	Entre 1 a 3 vezes por semana	Nunca	Total
Sopa e legumes	N	106	33	26	1	166
	%	63,9	19,9	15,7	0,6	100,0
Produtos láteos	N	155	7	4	1	166
	%	93,4	4,2	2,4	0,6	100,0
Gorduras	N	2	12	134	18	166
	%	1,2	7,2	80,7	10,8	100,0
Peixe	N	5	63	95	3	166
	%	3,0	38,0	57,2	1,8	100,0
Doces	N	17	51	97	1	166
	%	10,2	30,7	58,4	0,6	100,0
Bebidas açucaradas	N	9	22	104	31	166
	%	5,4	13,3	62,7	18,7	100,0
Fruta	N	121	35	7	3	166
	%	72,9	21,1	4,2	1,8	100,0

4.2.5 – Visão

Analisando-se o facto de os familiares diretos das crianças terem problemas de visão e/ou usarem óculos, ou não, observa-se que 60,8% (101) dos familiares diretos têm problemas de visão, sendo que em 45,2% dos casos (75) é a mãe, 31,9% (53) é o pai e 13,3% (22) são os irmãos, notando-se que em vários casos há mais do que um familiar com esses mesmos problemas (c.f. Quadro 37 e 38).

Quadro 37 – Caraterização da amostra relativamente à presença de problemas de visão e/ou usa óculos nos familiares diretos da criança

	Sim	Não	Total
N	101	65	166
%	60,8	39,2	100,0

Quadro 38 – Caraterização da amostra relativamente ao familiar da criança que tem problemas de visão

	Pai	Mãe	Irmãos
N	53	75	22
%	31,9	45,2	13,3

Após se questionar os pais sobre quantas horas a criança está em frente a um ecrã (a ver televisão, jogar computador ou jogar videojogos) obteve-se os resultados apresentados no Quadro 39, 40 e 41. Durante os dias semana (entre 2^a feira e 6^a feira) a criança está em frente a um ecrã entre 0 a 42 horas, sendo que 52,4% (87) estão entre 30 minutos a 4 horas e 22,9% (38) estão entre 5 a 8 horas. Apenas 5,4% (9) estão mais de 17 horas em frente a um ecrã. A média de horas em frente ao ecrã durante a semana é de 6,081 horas o que se traduz em 1 hora e 15 minutos por dia. No que diz respeito ao fim de semana (sábado e domingo), as crianças estão em frente a um ecrã entre 0 e 16 horas, sendo que a média são 4,506 horas por fim de semana o que se traduz em 2 horas e 15 minutos por dia. 63,9% (108) das crianças tem por hábito estar entre 30 minutos e 4 horas em frente ao ecrã ao fim de semana, 26,6% (44) está entre 5 e 8 horas e apenas 0,6% (1) está entre 13 e 16 horas em frente a um ecrã ao fim de semana.

Quadro 39 – Caraterização da amostra relativamente ao número de horas que está em frente a um ecrã durante a semana

	0h	30min a 4h	5h a 8h	9h a 12h	13h a 16h	Mais de 17h	Total
N	2	87	38	22	8	9	166
%	1,2	52,4	22,9	13,3	4,8	5,4	100,0

Quadro 40 – Caracterização da amostra relativamente ao número de horas que está em frente a um ecrã durante o fim de semana

	0h	30min a 4h	5h a 8h	9h a 12h	13h a 16h	Total
N	1	108	44	12	1	166
%	0,6	63,9	26,6	7,3	0,6	100,0

Quadro 41 – Estatísticas relativas ao número de horas que está em frente a um ecrã durante a semana e durante o fim de semana

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Skewness (Sk)		Kurtosis (K)	
							Estatística	Erro	Estatística	Erro
Semana	166	0	42	6,081	6,3987	105,01	2,592	0,188	8,935	0,375
Fim de semana	166	0	16	4,506	2,7147	60,24	1,380	0,188	2,285	0,375

Cerca de 57,8% das crianças da amostra total (96) nunca foram a uma consulta de oftalmologia, enquanto que 42,2% (70) já foram consultadas por um oftalmologista (c.f. Quadro 42).

Quadro 42 – Caracterização da amostra relativamente à frequência de consultas de Oftalmologia

	Sim	Não	Total
N	70	96	166
%	42,2	57,8	100,0

4.2.6 – Hábitos de exercício físico

As crianças inquiridas dedicam, ao exercício físico, durante a semana, entre 0 a 21 horas, numa média de 3,367 horas, com um desvio padrão de 3,183 e um CV de 94,54. Cerca

de 68,7% das crianças (114) praticam entre 30 minutos e 4 horas e 18,7% (31) praticam entre 4 horas e 30 minutos e 8 horas de exercício físico por semana. Apenas 8,4% (14) não praticam qualquer tipo de exercício físico (c.f. Quadro 43 e 44).

Quadro 43 – Caracterização da amostra relativa ao número de horas que dedica ao exercício físico durante a semana

	0h	30min a 4h	4h30min a 8h	9h a 10h	Mais de 11h	Total
N	14	114	31	4	3	166
%	8,4	68,7	18,7	2,4	1,8	100,0

Quadro 44 – Estatísticas relativas ao número de horas que dedica ao exercício físico

n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Skewness (Sk)		Kurtosis (K)	
						Estatística	Erro	Estatística	Erro
166	0	21	3,367	3,183	94,54	2,972	0,188	13,007	0,375

Relativamente à prática de modalidades desportivas extraescola mais de metade da amostra pratica exercício fora do ambiente escolar, 57,8% (96). Quando analisada a situação por sexo temos 60% das raparigas (45) e 56% dos rapazes (51) a aderirem a este tipo de práticas. Quando se fala de prática de atividades ao ar livre extraescola, como caminhadas, andar de bicicleta, entre outras, temos que 87,9% (146) da amostra, em que 82 (90,1%) são rapazes e 64 (85,3%) são raparigas têm este hábito inculcido. Apenas 12,1% da amostra (20) refere não ter este tipo de práticas (c.f. Quadro 45 e 46).

Quadro 45 – Caracterização da amostra relativa à prática de modalidades desportivas extraescola

		Sim	Não	Total
Masculino	N	51	40	91
	%	56,0	44,0	100,0
Feminino	N	45	30	75
	%	60,0	40,0	100,0
Total	N	96	70	166
	%	57,8	42,2	100,0

Quadro 46 – Caracterização da amostra relativa à prática de atividades ao ar livre extraescola

		Sim	Não	Total
Masculino	N	82	9	91
	%	90,1	9,9	100,0
Feminino	N	64	11	75
	%	85,3	14,7	100,0
Total	N	146	20	166
	%	87,9	12,1	100,0

4.2.7 - Higiene do sono

No que diz respeito à higiene do sono e horas dormidas por noite verifica-se que 63,3% da amostra (105) se deita quase todas as noites à mesma hora, 10,8% (18) deita-se todas as noites à mesma hora, mas 25,9% (43) só se deita á mesma hora às vezes, raramente ou nunca (c.f. Quadro 47).

Durante a semana (de 2^a a 6^a feira), em média, as crianças dormem 9,93 horas, tendo como mínimo 7 horas e 30 minutos e como máximo 12 horas, sendo a moda dormir 10 horas. Apresenta um desvio padrão de 0,896 e um CV de 9,02%, denotando-se uma dispersão baixa

e uma distribuição simétrica (Sk -0,103) e mesocúrtica (K 0,107). No fim de semana a média de horas dormidas é de 10,639 horas, com um mínimo de 8 horas e um máximo de 13 horas, sendo a moda dormir 11 horas. Esta distribuição tem um desvio padrão de 0,832 e um CV de 7,82% o que se traduz numa distribuição também com uma dispersão baixa e simétrica (Sk -0,074) e mesocúrtica (K 0,339) (c.f. Quadro 48). Cerca de 44% (73) das crianças dormem entre 9 horas e 15 minutos e 10 horas durante a semana e no fim de semana 49,4% (82) dormem entre 10 horas e 15 minutos e 11 horas (c.f. Quadro 49 e 50).

Quadro 47 – Caracterização da amostra relativa à manutenção da hora de deitar diariamente

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase todas as noites	Todas as noites	Total
N	2	10	31	105	18	
%	1,2	6,0	18,7	63,3	10,8	

Quadro 48 – Estatísticas relativas ao número de horas dormidas durante a semana e ao fim de semana

	n	Mín.	Máx.	Moda	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Skewness (Sk)		Kurtosis (K)	
								Estatística	Erro	Estatística	Erro
Semana	166	7,5	12	10	9,930	0,896	9,02	-0,103	0,188	0,107	0,375
Fim de semana	166	8	13	11	10,639	0,832	7,82	-0,074	0,188	0,339	0,375

Quadro 49 – Caracterização da amostra relativamente ao número de horas dormidas durante a semana

	7h30 a 8h	8h15 a 9h	9h15 a 10h	10h15 a 11h	11h15 a 12h	Total
N	5	30	73	46	12	166
%	3,0	18,1	44,0	27,7	7,2	100,0

Quadro 50 – Caracterização da amostra relativamente ao número de horas dormidas durante o fim de semana

	8h a 9h	9h15 a 10h	10h15 a 11h	11h15 a 12h	12h15 a 13	Total
n	7	47	82	28	2	166
%	4,2	28,3	49,4	16,9	1,2	100,0

4.2 – Análise Inferencial

A análise inferencial permite aplicar os resultados que provêm da amostra a uma população (Fortin, 2006).

Com base na análise do Quadro 51, observa-se que, através do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, todas as variáveis apresentam uma significância igual a 0,000, como tal, inferior a 0,05, logo rejeita-se a hipótese da igualdade, de que os dados seguem uma distribuição normal. Não existindo uma distribuição normal, decidiu-se usar testes não paramétricos na análise inferencial, mais especificamente o teste de independência do Qui-Quadrado, Teste U de Mann-Whitney e Teste Kruskal-Wallis.

Quadro 51 – Resultados do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov

Variáveis	Valor do teste de normalidade	Significância (p)
Idade	0,158	0,000
Percentil de IMC	0,263	0,000
Dentes cariados	0,502	0,000
Dentes obturados	0,436	0,000
Visão alterada	0,310	0,000
Sexo	0,365	0,000
Local de residência	0,358	0,000
Presença de irmãos	0,497	0,000

Quarto individual	0,502	0,000
Habilitações literárias do pai	0,168	0,000
Habilitações literárias da mãe	0,260	0,000
Frequência diária de realização de higiene oral	0,334	0,000
Frequência de refeições diárias	0,261	0,000
Problemas visuais em familiares diretos	0,397	0,000
Problemas visuais no pai	0,256	0,000
Problemas visuais na mãe	0,299	0,000
Problemas visuais em irmãos	0,278	0,000
Média de horas em frente a um ecrã durante a semana	0,236	0,000
Média de horas em frente a um ecrã durante o fim de semana	0,231	0,000
Prática de modalidades desportivas extraescola	0,381	0,000
Prática de atividades ao ar livre extraescola	0,459	0,000
Dificuldade em adormecer no último mês	0,339	0,000
Frequência do acordar durante a noite no último mês	0,280	0,000
Dificuldade em voltar a adormecer	0,298	0,000
Qualidade do sono no último mês	0,394	0,000
Média de horas dormidas durante a semana	0,131	0,000
Média de horas dormidas durante o fim de semana	0,151	0,000

A análise inferencial testa as hipóteses pré-estabelecidas com uma probabilidade de 95%, onde o nível de significância é de 5%. Ao trabalhar com este nível de significância pode verificar-se, em 95%, uma relação entre as variáveis, no caso de as hipóteses serem validadas. Se o nível de significância for inferior a 5% é aceite a hipótese formulada e rejeitada a hipótese nula, no caso de a significância ser superior a 5% rejeita-se a hipótese formulada e aceita-se a hipótese nula.

Apresenta-se de seguida a análise inferencial das hipóteses formuladas.

De forma a se saber se a idade da criança se relaciona com o problema da obesidade infantil formulou-se a seguinte hipótese:

Hipótese 1

A idade influencia a obesidade infantil.

De acordo com a análise do Quadro 52 observa-se que a média das classificações, obtida através do teste de Kruskal-Wallis, é semelhante para as crianças com percentil de índice de massa corporal entre valores inferiores a 5 e percentil 50, e valores ligeiramente variáveis nas crianças com percentil de índice de massa corporal superior a 75. Com um χ^2 de 7,632 e uma significância de 36,6% aceita-se a hipótese nula e rejeita-se então a hipótese previamente formulada, pelo que se infere que a idade não influencia a obesidade infantil.

Quadro 52 - Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias na idade entre crianças com percentil de Índice de Massa Corporal entre 5 e 95.

	Percentil								χ^2	Sig.
	≤ 5	10	25	50	75	85	90	≥ 95		
	(n=7)	(n=4)	(n=12)	(n=33)	(n=44)	(n=22)	(n=12)	(n=32)		
	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal		
Idade	98,79	96,88	95,92	95,98	76,08	86,50	67,54	75,08	7,632	0,366

Com o intuito de verificar se o número de refeições que a criança faz por dia se relaciona com a obesidade, definiu-se a seguinte hipótese:

Hipótese 2

Existe relação entre a obesidade e o número de refeições que a criança faz diariamente.

Com base nos resultados obtidos, e descritos no Quadro 53, observa-se que, através do teste de Kruskal-Wallis as médias das classificações são semelhantes entre si. Dado ter-se obtido um χ^2 de 3,811 e uma significância de 80,1%, verifica-se que não existem associações estatisticamente significativas, pelo que se rejeita a hipótese criada, não havendo relação entre a obesidade e o número de refeições que a criança faz diariamente.

Quadro 53 - Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias no número de refeições realizadas diariamente entre crianças com percentil de Índice de Massa Corporal entre 5 e 95.

	Percentil								χ^2	Sig.
	≤ 5 (n=7)	10 (n=4)	25 (n=12)	50 (n=33)	75 (n=44)	85 (n=22)	90 (n=12)	≥ 95 (n=32)		
	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal		
Número de refeições diárias	74,21	93,00	74,00	84,65	77,48	84,43	99,21	88,47	3,811	0,801

Para testar se há relação entre a obesidade infantil e as habilitações literárias dos pais das crianças criou-se a hipótese a seguir mencionada:

Hipótese 3

A obesidade relaciona-se diretamente com as habilitações literárias dos pais.

Para testar a hipótese referida usou-se o teste Qui-Quadrado, para relacionar as variáveis em questão (c.f. Quadro 54). Com o referido teste para a relação da obesidade infantil com as habilitações literárias do pai da criança obteve-se um χ^2 igual a 64,859 e uma variância de 19,5% e na relação com as habilitações literárias da mãe um χ^2 de 37,124 e uma significância de 68,5%. Com estes dados, também esta hipótese é rejeitada; não há associações estatísticas significativas, pelo que não há relação entre a obesidade infantil e as habilitações literárias dos pais das crianças.

Quadro 54 - Teste Qui-Quadrado para relação de obesidade das crianças com habilitações literárias dos pais.

		Percentil							
		≤5	10	25	50	75	85	90	≥95
Habilitações Literárias do pai	a)	0	0	0	0	1	0	0	0
	b)	0	0	0	0	1	0	1	1
	c)	1	0	2	4	5	7	2	5
	d)	1	0	2	6	5	4	2	11
	e)	1	0	3	14	10	3	2	7
	f)	1	0	1	4	3	1	1	1
	g)	2	3	4	4	16	3	1	6
	h)	0	1	0	0	3	4	2	1
	i)	1	0	0	1	0	0	1	0
$\chi^2 = 64,859$ Sig. = 0,195									
Habilitações Literárias da mãe	a)	0	0	0	0	0	0	0	0
	b)	0	0	1	1	3	2	0	1
	c)	2	0	1	5	5	2	1	2
	d)	1	0	0	4	2	2	0	5
	e)	0	0	6	9	11	6	3	10
	f)	0	0	1	1	0	0	0	1
	g)	3	3	3	7	20	7	7	12
	h)	1	1	0	6	3	3	1	1
	i)	0	0	0	0	0	0	0	0
$\chi^2 = 37,124$ Sig. = 0,685									

Legenda: a)- Não sabe ler nem escrever; b)- Inferior ao 4º ano de escolaridade; c) – Entre o 4º e o 6º ano de escolaridade; d) – Entre o 7º e o 9º ano de escolaridade; e) – Entre o 10º e o 12º ano de escolaridade; f) – Bacharelato; g) – Licenciatura; h) – Mestrado; i) – Doutoramento.

De forma a testar a relação entre o peso da criança e a prática de exercício físico extraescolar definiu-se a hipótese a seguir mencionada:

Hipótese 4

O peso normal relaciona-se com a prática de exercício extraescolar.

Pela análise ao Quadro 55 denota-se que, pelo teste de Qui-Quadrado no que diz respeito às crianças que praticam modalidades desportivas extraescola obteve-se um χ^2 de 3,400 e uma significância de 84,6%. Quanto às crianças que praticam atividades ao ar livre obteve-se um χ^2 de 12,664 e uma significância de 8,1%. Dado ter-se obtido significâncias superiores a 5%, aceita-se a hipótese nula, pelo que o peso e a prática de exercício extraescolar são variáveis independentes.

Quadro 55 - Teste Qui-Quadrado para relação de peso normal das crianças com prática de exercício extraescolar.

		Percentil							
		≤5	10	25	50	75	85	90	≥95
Prática de modalidades desportivas	Sim	4	4	7	18	26	13	7	17
	Não	3	0	5	15	18	9	5	15
$\chi^2 = 3,400$ Sig. = 0,846									
Atividades ao ar livre	Sim	4	4	9	31	41	20	11	26
	Não	3	0	3	2	3	2	1	6
$\chi^2 = 12,664$ Sig. = 0,081									

Para verificar que existe relação entre a presença de cárie dentária e o número de vezes que a criança realiza a sua higiene oral diariamente criou-se a seguinte hipótese:

Hipótese 5

A cárie dentária relaciona-se com o número de vezes que a criança realiza a sua higiene oral diariamente.

Recorrendo ao teste U de Mann-Whitney, conforme demonstrado no Quadro 56, para testar a média de vezes que crianças com cárie dentária e sem cárie, realizam a sua higiene oral por dia, obteve-se um resultado de teste de 1723,50 (U) com uma significância de 19,1%. Após estes resultados infere-se que a hipótese nula é aceite pelo que a presença de cárie dentária e o número de vezes que a criança realiza, diariamente, a sua higiene oral não estão relacionados.

Quadro 56 – Teste U Mann-Whitney para diferença de médias na frequência de realização de higiene oral diária entre crianças com e sem cárie dentária.

	Crianças com dentes cariados (n=29)	Crianças sem dentes cariados (n=137)	U	Z	Sig.
	Média ordinal	Média ordinal			
Frequência de realização de higiene oral diária	74,43	85,42	1723,50	-1,306	0,191

Com a finalidade de testar a relação entre a presença de cárie dentária e o local de residência da criança surgiu a seguinte hipótese:

Hipótese 6

A presença de cárie dentária depende do local em que a criança vive.

De acordo com a análise do Quadro 57 observa-se que com o teste do Qui-Quadrado se atingiu um valor de χ^2 de 4,174 e uma significância de 12,4%. Como tal aceita-se a hipótese nula e rejeita-se então a hipótese previamente formulada, pelo que se infere que a presença de cárie dentária não é influenciada pelo local de residência da criança.

Quadro 57 - Teste Qui-Quadrado para relação de presença de cárie dentária com local de residência.

	Crianças com cárie dentária	Crianças sem cárie dentária
Aldeia	16	49
Vila	2	8
Cidade	11	80
$\chi^2 = 4,174$ Sig. = 0,124		

Para testar a relação entre a acuidade visual das crianças com a hereditariedade de problemas visuais por parte de familiares diretos criou-se a seguinte hipótese:

Hipótese 7

A acuidade visual depende da hereditariedade dos familiares diretos da criança.

Para esta análise excluíram-se todos casos em que a criança não colaborou no teste, e todas as situações em que a questão não era aplicável.

Pela análise ao Quadro 58 denota-se que, pelo teste de Qui-Quadrado no que diz respeito às crianças com e sem alterações na acuidade visual em que os familiares diretos têm problemas de visão, obteve-se, para a relação com os familiares em geral um χ^2 de 1,854 e uma significância de 17,3%; quando analisado apenas o facto de o pai ter problemas de visão verificou-se um χ^2 de 0,867 e uma significância de 35,2%; na análise de mães com problemas de visão obteve-se um χ^2 de 0,170 e uma significância de 68%; e quando observados os valores correspondentes ao facto de os irmãos terem problemas de visão verificou-se um χ^2 de 9,899 e uma significância de 0,2%.

Inferencialmente pode-se afirmar que não há diferenças estatisticamente significativas quando observada a relação entre a acuidade visual das crianças e a hereditariedade de familiares diretos no geral, e em particular com os problemas do pai e da mãe. No entanto, quando analisada a relação entre a acuidade visual da criança e o facto de os irmãos terem problemas de visão existem diferenças estatísticas bastante significativas, o que leva a aceitar parcialmente a hipótese inicial, podendo dizer-se que a acuidade visual da criança depende da

hereditariedade dos irmãos. Como tal, e analisando-se as frequências relativas da amostra verifica-se que as crianças que têm irmãos com alterações na visão têm uma maior probabilidade de ter alterações na acuidade visual.

Quadro 58 - Teste Qui-Quadrado para relação de acuidade visual com hereditariedade dos familiares diretos.

		Crianças com visão alterada	Crianças sem visão alterada
Tem familiares diretos com alterações de visão	Sim	47	50
	Não	22	37
$\chi^2 = 1,854$ Sig. = 0,173			
Pai com alterações na visão	Sim	27	24
	Não	20	26
$\chi^2 = 0,867$ Sig. = 0,352			
Mãe com alterações na visão	Sim	34	38
	Não	13	12
		$\chi^2 = 0,170$	Sig. = 0,680
Irmãos com alterações na visão	Sim	16	5
	Não	21	37
$\chi^2 = 9,899$ Sig. = 0,002			

Para verificar a relação entre a acuidade visual e o sexo das crianças surgiu a seguinte hipótese:

Hipótese 8

As alterações na acuidade visual estão relacionadas com o sexo da criança.

De acordo com o teste Qui-Quadrado registado no Quadro 59, verifica-se que, com um χ^2 de 6,328 e uma significância de 4,2% os dados são estatisticamente significativos permitindo inferir que a hipótese criada é aceite. Pelos dados descritivos denota-se que há

uma maior probabilidade de as raparigas terem alterações na acuidade visual do que os rapazes. Logo, o sexo da criança influencia as alterações na acuidade visual.

Quadro 59 - Teste Qui-Quadrado para relação de acuidade visual com sexo da criança.

	Crianças com visão alterada	Crianças sem visão alterada
	n	n
Sexo Masculino	33	55
Sexo Feminino	36	32
$\chi^2 = 6,328$ Sig. = 0,042		

De modo a verificar se o sexo da criança influencia as perturbações do sono surgiu a seguinte hipótese:

Hipótese 9
O sexo da criança interfere nas perturbações do sono.

Através do teste U Mann-Whitney (c.f. Quadro 60) testaram-se as médias dos scores atribuídos às perturbações do sono, de acordo com o sexo da criança. No que diz respeito à dificuldade em adormecer quando se deita encontrou-se um resultado U de 3224,50 e uma significância de 49,8%, relativamente à frequência com que acordam durante a noite obteve-se um U de 3063,00 e uma significância de 22,1% e na vertente da qualidade do sono no último mês observa-se um U de 3091,00 e uma significância de 21,5%. De acordo com estes valores, dadas as significâncias superiores a 5% aceita-se a hipótese nula, logo não existe relação entre o sexo das crianças e as perturbações do sono.

Quadro 60 - Teste U Mann-Whitney para diferença de médias nas dimensões das perturbações do sono entre crianças do sexo masculino e do sexo feminino.

	Crianças do sexo masculino (n=91)	Crianças do sexo feminino (n=75)	U	Z	Sig.
	Média ordinal	Média ordinal			
Dificuldade em adormecer, quando se deitou, no último mês	81,43	86,1	3224,50	-0,678	0,498
Frequência com que acordou durante a noite no último mês	79,66	88,16	3063,00	-1,223	0,221
Qualidade do sono no último mês	79,97	87,79	3091,00	-1,240	0,215

De forma a testar a qualidade do sono com o facto de a criança ter um quarto individual surgiu a seguinte hipótese:

Hipótese 10

A qualidade do sono relaciona-se com o facto de a criança não ter um quarto só para ela.

Utilizando o teste U Mann-Whitney (c.f. Quadro 61) testaram-se as médias dos scores atribuídos à qualidade do sono da criança relacionando-as com o facto de a criança ter um quarto só para ela, tendo sido obtido um U de 1637,00 e uma significância de 7,7%. Como tal, não foram obtidos dados estatisticamente significativos, pelo que se rejeita a hipótese, não havendo relação entre a qualidade do sono e o facto de a criança ter um quarto só para ela.

Quadro 61 - Teste U Mann-Whitney para diferença de médias nas dimensões da qualidade do sono entre crianças com e sem quarto individual.

	Crianças com quarto individual (n=137)	Crianças sem quarto individual (n=29)	U	Z	Sig.
	Média ordinal	Média ordinal			
Qualidade do sono	80,95	95,55	1637,00	-1,767	0,077

Para testar a relação entre as perturbações do sono e o facto de as crianças terem irmãos criou-se a hipótese seguinte:

Hipótese 11

O facto de a criança ter irmãos interfere na perturbação do sono.

Para análise desta hipótese usou-se de novo o teste U Mann-Whitney, relacionando as médias dos scores atribuídos a cada item com o facto de a criança ter ou não irmãos.

Quando analisada a questão da dificuldade em adormecer quando se deita obteve-se um U de 1949,50 e uma significância de 51%. Na questão sobre a frequência com que acordam durante a noite temos um U de 1884,50 com uma significância de 35,3% e relativamente à qualidade de sono obteve-se um U de 1608,00 e uma significância de 1,7%. De acordo com estes dados pode aceitar-se a hipótese parcialmente, no que diz respeito à qualidade do sono. Ou seja, não existe relação entre o facto de as crianças terem irmãos e a dificuldade em adormecer quando se deitam e a frequência com que acordam durante a noite, mas existe uma relação estatisticamente significativa entre a qualidade do sono da criança e o facto de terem irmãos. De acordo com as médias de classificações obtidas a qualidade do sono tem uma maior probabilidade de não ter qualquer alteração em crianças com irmãos (c.f. Quadro 62).

Quadro 62 - Teste U Mann-Whitney para diferença de médias nas dimensões das perturbações do sono entre crianças com e sem irmãos.

	Crianças com irmãos (n=135)	Crianças sem irmãos (n=31)	U	Z	Sig.
	Média ordinal	Média ordinal			
Dificuldade em adormecer, quando se deitou, no último mês	82,44	88,11	1949,50	-0,659	0,510
Frequência com que acordou durante a noite no último mês	81,96	90,21	1884,50	-0,929	0,353
Qualidade do sono no último mês	79,91	99,13	1608,00	-2,387	0,017

Para testar a relação entre as horas que a criança dorme por noite durante a semana e a frequência com que as crianças acordam durante a noite surge a hipótese seguinte:

Hipótese 12

A média de horas dormidas durante a semana influencia a frequência com que acorda durante a noite.

Com base nos resultados obtidos, e descritos no Quadro 63, observa-se que, através do teste de Kruskal-Wallis as médias das classificações são semelhantes entre si. Dado ter-se obtido um χ^2 de 3,032 e uma significância de 38,7%, com estes dados, verifica-se que não existem associações estatisticamente significativas, pelo que se rejeita a hipótese criada, não havendo relação entre a média de horas dormidas durante a semana e a frequência com que a criança acordou durante a noite.

Quadro 63 - Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias no número de horas dormidas durante a semana entre crianças que acordaram em número de vezes diferente durante a noite.

	Nunca acordou (n=78)	Acordou menos do que uma vez (n=53)	Acordou entre 1 a 2 vezes (n=24)	Acordou 3 ou mais vezes (n=11)	χ^2	Sig.
	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal	Média ordinal		
Número de horas dormidas durante a semana	80,29	80,04	96,15	95,36	3,032	0,387

Para testar a relação entre o número de horas que uma criança passa em frente a um ecrã e a acuidade visual surgiu a seguinte hipótese:

Hipótese 13

A média de horas que a criança fica em frente a um ecrã interfere com a alteração da visão.

Através do teste U Mann-Whitney (c.f. Quadro 64) testaram-se as médias das horas que uma criança passa em frente a um ecrã, de acordo com a alteração da acuidade visual da criança. No que diz respeito às horas que passam em frente a um ecrã durante a semana observa-se um resultado U de 2771,00 e uma significância de 40,8% e às horas em frente a um ecrã durante o fim de semana obteve-se um U de 2726,50 e uma significância de 31,9%. De acordo com estes valores, dadas as significância superiores a 5% aceita-se a hipótese nula, logo não existe relação entre o número de horas que a criança passa em frente a um ecrã e a acuidade visual.

Quadro 64 - Teste U Mann-Whitney para diferença de médias nas horas passadas em frente a um ecrã durante a semana e durante o fim de semana entre crianças com e sem visão alterada.

	Crianças com visão alterada (n=69)	Crianças sem visão alterada (n=87)	U	Z	Sig.
	Média ordinal	Média ordinal			
Horas em frente a um ecrã durante a semana	75,16	81,15	2771,00	-0,828	0,408
Horas em frente a um ecrã durante o fim de semana	82,49	75,34	2726,50	-0,997	0,319

5 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Durante a recolha, tratamento e análise dos dados, obtiveram-se resultados que importa discutir, interpretar e comentar.

A discussão dos resultados permite examinar as ligações lógicas entre o problema, as variáveis e as questões de investigação. Ao mesmo tempo, procura-se confrontar os dados mais significativos com as teorias e modelos que dão suporte a estudos de natureza similar.

Para uma melhor organização da discussão, de forma a melhorar a interpretação dos resultados obtidos, esta será estruturada tendo por base a caracterização da amostra e questão de investigação e as hipóteses levantadas.

5.1 - Caracterização sociodemográfica

Ao analisarmos os dados tratados vemos, para relembrar, que a nossa amostra foi constituída por 166 crianças, das quais 91 (54,8%) eram do sexo masculino e 75 (45,2%) do sexo feminino.

Estas crianças situam as suas idades entre os 4 anos e os 18, tendo uma maior predominância aos 8 anos, 39 indivíduos (23,5%), aos 5 anos, 21 crianças (12,7%), aos 11 anos, 19 crianças (11,4%) e aos 4 anos, 18 crianças (10,8%). A média de idades situa-se nos 9 anos.

A maior parte da amostra vive na cidade, 90 crianças (54,8%), na vila vivem 64 crianças (39,2%) e 10 (6%) na aldeia.

83,7% (139) das crianças vivem com o pai e a mãe, em simultâneo e 138 (83,1%) são filhos de pais casados ou em união de facto. Em casa das crianças estudadas vivem, em média, 3,93 pessoas, sendo que 54,2% das crianças têm 4 coabitantes na mesma casa, sendo que 81,3% das crianças têm irmãos, em média 1 irmão por criança (63,3% das crianças têm 1 irmão). 82,5% das crianças têm um quarto individual.

No que diz respeito às habilitações literárias dos pais, 24,2% têm um pai com escolaridade entre o 10º e o 12º ano e 23,6% são licenciados. Relativamente às mães, 37,3% são licenciadas e 27,1% têm entre o 10º e o 12º ano de escolaridade.

O perfil de saúde da criança, nesta investigação, é caracterizado pelo percentil de índice de massa corporal, pela acuidade visual, pela integridade dentária e pelas alterações do sono e pelos hábitos de saúde diários.

5.2 – Obesidade infantil

O grande aumento da obesidade infantil e juvenil deu a esta doença crónica o “estatuto de epidemia do século XXI”. O nosso país é o sexto país europeu com a maior prevalência de obesidade. Cerca de 3,5% das despesas anuais da saúde em Portugal destinam-se a esta doença (Costa, Ferreira & Amaral, 2010). Segundo Costa, Ferreira & Amaral (2010), no seu estudo, depois de ter sido feita uma análise aos boletins de saúde Infantil e Juvenil, verificou-se que a partir dos cinco anos de idade, em média, se observa um aumento ponderal contínuo acima do percentil 95. De acordo com os autores referidos anteriormente quem tem um maior grau de obesidade são as crianças com idade igual ou superior a 9 anos. Neste estudo a prevalência de risco de sobrepeso é de 19%.

Segundo Sibbald (2006) existem no mundo mais de 1 bilião e meio de adultos e 10% de crianças que sofrem de obesidade ou de excesso de peso; existem mais pessoas com peso a mais do que pessoas desnutridas, que são aproximadamente 800 milhões.

De acordo com Fox (2003), nos Estados Unidos da América sofrem, com excesso de peso e obesidade, 30% das crianças. Em países europeus nota-se diferença nestes valores, de acordo com o local em que o país se situa, sendo que se denotam níveis de excesso de peso mais altos nos países junto ao Mediterrâneo, comparativamente com os países da Europa Central e do Leste (Lobstein & Frelut, 2003). Há países, como a Sicília e a Itália, em que 36% das crianças, com 9 anos, são obesos ou têm excesso de peso, sendo que na Grécia, em crianças entre os 6 e os 17 anos, têm uma prevalência de 19% no sexo feminino e 26% no sexo masculino (WHO, 2010). Em Portugal foi realizado um estudo no Programa de Combate à Obesidade Infantil, na região do Algarve, com crianças entre os 7 e os 9 anos, tendo sido obtidos resultados de prevalência de 20% de excesso de peso e 10,2% de obesidade (Carso *et al.*, 2008).

Como tal, nesta investigação, temos que 3% das crianças têm baixo peso, 57,3% têm peso normal, 20,5% têm excesso de peso e 19,2% são obesos, resultados estes que estão de acordo com os valores obtidos a nível europeu. Relativamente à avaliação de acordo com o sexo, temos que 57,3% das meninas têm peso normal, 1,3% têm baixo peso, 22,7% têm excesso de peso e 18,6% são obesas. No que diz respeito aos rapazes 19,8% são obesos e 18,7% têm excesso de peso, 4,4% apresentam baixo peso e 57,1 % têm peso normal.

A taxa de obesidade tem tido um grande aumento, principalmente entre as crianças, no entanto, para prevenir e tratar esta doença é necessária a participação dos pais. Não há estratégias suficientes que sejam eficazes, se os pais não detetarem ou reconhecerem o excesso de peso e as complicações que esta situação pode trazer à saúde da criança (Macedo, Festas & Vieira, 2010). Segundo alguns autores há fatores familiares que podem estar relacionados com a obesidade, entre eles a unidade económica familiar e o rendimento do agregado familiar. Num estudo de Denninson, Herb & Jenkins (2002) foi verificada uma correlação forte entre o facto de estar a ver televisão e a obesidade, nas crianças com menos recursos económicos e com pais com grau de escolaridade inferior. No presente estudo foi testada a influência das habilitações literárias dos pais na obesidade, não tendo sido encontrados resultados estatisticamente significativos para esta situação, pelo que se inferiu que nas crianças seguidas em consulta de vigilância nos CSP não há relação entre estes dois fatores, indo contra os resultados obtidos pelos autores anteriormente citados. Sobal & Stunkard (1989) encontraram resultados que relacionam o baixo rendimento económico com um aumento do risco de obesidade, pois associado a esta situação temos uma alimentação menos saudável, e também há nestas pessoas uma menor atividade física.

5.3 – Cárie dentária

Em 2006 a percentagem de crianças com 6 anos livres de cárie dentária subiu para 51% relativamente aos 10% que existiam em 1986, no entanto, existe ainda uma grande prevalência de cárie dentária (Dias *et al*, 2013). A OMS estabeleceu como meta europeia para 2020 80% de crianças livres de cárie aos 6 anos. No estudo realizado por Dias *et al* (2013) no Exame Global de Saúde dos 5/6 anos a prevalência de cárie dentária foi de 46,7%, pelo que 53,3% estão livres de cárie dentária.

Relativamente à presença de cárie dentária e dentes obturados, na investigação em curso, temos que 82,5% da amostra não tem dentes cariados e apenas 31,3% tem dentes obturados. No cruzamento de dados denotamos que 84,2% das crianças nem tem dentes cariados nem obturados, pelo que são dados que estão dentro das metas estabelecidas pela OMS para 2020. Os resultados obtidos no presente estudo são um pouco superiores aos obtidos por Dias (2013) podendo haver duas razões para esta situação. Por um lado pode haver neste momento um grande incentivo à saúde oral nos CSP o que faz com que as crianças tenham melhores hábitos de higiene oral e uma maior vigilância da sua saúde oral. Por outro lado, dado que não existe nas Unidades de Saúde, o material necessário para a deteção das cáries dentárias mais internas, poderão alguns dos resultados deste estudo ser falsos negativos.

5.4 – Acuidade visual

A visão rege 85% da aprendizagem de uma criança e segundo a OMS há uma estimativa de que 7,5 milhões de crianças em idade escolar possam ter uma alteração na visão, mas apenas 25% apresentam sintomas (Zanoni *et al*, 2010). Em estudos realizados por Zanoni (2010) existe uma prevalência de 60,5% de problemas visuais em alunos repetentes.

Quando observada a acuidade visual das crianças vigiadas em CSP temos que 41,6% das crianças têm alterações na acuidade visual (69 crianças), das quais 47,8% (33) já usam óculos. Cerca de 48% das meninas têm alterações na acuidade visual e 36,3% dos meninos também têm essas alterações.

Relativamente aos problemas de visão denotamos que 60,8% das crianças têm familiares diretos com problemas na visão, sendo que em 31,9% dos casos é o pai o portador

das alterações, 45,2% são as mães e 13,3% são os irmãos. Através da leitura dos resultados viu-se que 57,8% da amostra nunca foi a uma consulta de oftalmologia.

Dado que não existem muitos estudos realizados nesta área em Portugal são poucos os valores com que se podem comparar os resultados desta investigação. No entanto, tendo em conta o autor citado anteriormente, os resultados encontrados são semelhantes aos citados por Zanoni (2010).

5.5 – Alterações do sono

As perturbações do sono iniciam-se na infância dado que a organização do padrão de sono-vigília e a consolidação do sono fazem parte do desenvolvimento infantil (Carskadon *et al.*, 1993). Conhecer o sono das crianças é necessário para que não se confundam fenómenos fisiológicos com distúrbios da organização do sono (Mendes, 2005). Vários estudos demonstraram que um terço das crianças em idade escolar sofre de problemas do sono (Blader & Gallagher, 2001; Kahn *et al.*, 1989; Rona, Guilford & Chinun, 1998; Simonds & Parraga, 1984).

Um estudo de Blader, Koplewicz, Abikoff e Foley (1997) observou uma prevalência relativamente alta de problemas de sono em crianças de idade escolar, entre eles, 27% de crianças com resistência à hora de deitar, 11% que acordam durante a noite, 17% tem problemas ao acordar de manhã e 17% apresentam muito cansaço. Outro estudo denotou uma prevalência de problemas de sono em crianças em idade escolar em 10,8% da amostra. O ressonar, o cansaço durante o dia e o tempo que levavam a adormecer eram problemas de sono muito comuns, ocorrendo pelo menos uma noite por semana, em 20% da amostra (Stein, Mendelsohn, Obermeyer, Amromin & Benca, 2001).

Em Portugal num estudo de Clemente, Silva, Ferreira, César e Azevedo (1997 *cit in* Klein & Gonçalves, 2008), os resultados mostraram que as crianças dormem em média 9-10 horas por noite nos dias de semana, sendo a média ligeiramente maior ao fim de semana. Outro estudo realizado por Klein *et al.* (2007) em Portugal, demonstrou que a duração do sono para 8,9% das crianças era de menos de 5 horas. Para Antunes (2009) as crianças precisam de dormir cerca de 12 a 14 horas, diminuindo o número para 10 horas quando entram na fase escolar.

As perturbações de sono das crianças são queixas comuns em toda a infância, no entanto, muito frequentemente, são resultantes do comportamento dos pais e não de disfunções da criança (Klein e Gonçalves, 2008).

Na observação das alterações do sono temos que 56% das crianças nunca tiveram dificuldades em adormecer no último mês, no entanto, 44% sentiram dificuldades em adormecer entre menos do que uma vez por semana (21,7%) até três ou mais vezes por semana (5,4%). Relativamente à frequência com que as crianças acordaram durante a noite 47% nunca acordou durante a noite e 53% acordaram entre menos do que uma vez por semana (31,9%) até três ou mais vezes na semana (6,6%). Dos 53% que acordaram durante a noite, apenas 22,7% tiveram dificuldades em adormecer de novo. Quanto à qualidade do sono das crianças 65,7% dessas mesmas crianças nunca tiveram um sono agitado, de má qualidade ou superficial no último mês e 34,3% tiveram este tipo de alterações no sono entre menos do que uma vez por semana (19,9%) a três ou mais vezes por semana (3%).

Comparando os resultados obtidos com os estudos de outros autores denota-se que as alterações do sono são ligeiramente mais elevadas neste estudo. Estes resultados podem estar relacionados com o fácil acesso a videojogos com jogos estimulantes, o tipo de programas televisivos e desenhos animados que cada vez são mais violentos, o que automaticamente torna a criança mais ansiosa e que se pode traduzir em alterações do sono, o consumo de bebidas açucaradas com cafeína como a Coca-Cola® e o Ice-Tea®, entre outras situações que poderão vir a ser estudadas em investigações futuras.

De acordo como Padez *et al* (2009) o número de horas de sono está associado ao excesso de peso, pois relaciona-se com a inatividade física e com comportamentos sedentários. Num estudo realizado por Vasconcelos (2011) observou-se que durante a semana 52,8 % das crianças dormia entre nove a dez horas por dia e no fim de semana, em média, dormiam 10 horas e 25 minutos.

Knutson & Lauderdale (2007) referem que crianças e adolescentes devem, pelo menos, dormir 9 horas durante a noite, para um bom funcionamento do seu organismo. Lumeng *et al* (2007) referem que quanto maior for o período de sono maior é a probabilidade de a criança ser mais ativa fisicamente e de não sofrer de risco de obesidade. Segundo Iglowstein, Jenni, Molinari & Largo (2003) entre os dois e os cinco anos as crianças têm uma necessidade de sono de 10 a 12 horas e entre os sete e os doze anos a média de horas baixa para de 8 horas e 30 minutos até 10 horas e 30 minutos. No estudo de Oliveira & Anastácio (2011), 72,1% das crianças dormem entre 7 horas e 30 minutos e 9 horas durante a semana e ao fim de semana 46,2% dormem mais de 9 horas.

A média de horas dormidas por noite durante a semana, das crianças inquiridas nesta investigação é 9 horas e 55 minutos e durante o fim de semana é 10 horas e 38 minutos, estando os valores de acordo com as diversas investigações. Cerca de 63,3% das crianças deitam-se quase todos os dias à mesma hora e 10,8% todas as noites têm o mesmo horário de deitar o que é uma atitude correta na higiene do sono.

5.6 – Hábitos de higiene oral

Segundo indicações da DGS (2005) a higiene dentária deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia, sendo que uma das vezes é obrigatório que seja antes de deitar. De acordo com o estudo de Sá (2008) num grupo de crianças com 4 anos a higiene oral é realizada uma vez por dia por 62% da amostra e 34% faz duas vezes ao dia. No grupo dos 6 anos 53,7% realiza a higiene oral uma vez por dia e 41% duas vezes. Cerca de 91,1% das crianças de 4 anos escova os dentes antes de deitar e no grupo das crianças de 6 anos 90,6%. No grupo dos 4 anos, 64,5% das crianças nunca foram ao dentista e no grupo das crianças de 6 anos esta situação aconteceu a 43,4% dos inquiridos.

Quando analisados os hábitos de higiene oral das crianças vigiadas nos CSP temos que 69,9% das crianças realiza a sua higiene oral antes de deitar e 54,2% ao fim do pequeno-almoço. Cerca de 43,4% das crianças realizam a sua higiene oral abrangendo as gengivas, dentes e língua e apenas 1,8 não costuma realizar a sua higiene oral. Quando questionado o uso do fio dentário denotamos que, nas crianças com idade igual ou superior a 8 anos, 64,3% das crianças não usam fio dentário, 33,1% usam fio dentário às vezes e apenas 2,6% usa fio dentário diariamente. Em média cada criança realiza a sua higiene oral 2 vezes por dia (1,88), durante, em média, 3,34 minutos. Cerca de 87,3% das crianças já foram a pelo menos uma consulta de medicina dentária e em média, das 68,7% das crianças que neste último ano foram a uma consulta, a frequência das consultas é 2,63 vezes.

De acordo com as indicações da DGS (2005), as crianças vigiadas nos CSP realizam a sua higiene oral dentro das normas, 2 vezes por dia. Comparando os dados apresentados pela DGS (2008), citados na parte I da investigação, obtiveram-se resultados similares no que diz respeito à frequência com que se realiza a higiene oral e quanto ao uso de fio dentário os resultados demonstrados nesta investigação foram superiores (14% vs 35,7%). Quando comparados os dados com o estudo de Sá (2008), depreende-se que as crianças seguidas nos CSP têm uma grande adesão à vigilância da sua saúde oral, dado que 87,3% já foram a pelo

menos uma consulta de medicina dentária, melhores resultados do que os obtidos por Sá (2008).

5.7 – Hábitos alimentares

No estudo de Costa, Ferreira & Amaral (2010), quando analisados os hábitos alimentares das crianças, 95% dos inquiridos refere que faz três refeições diárias, sendo que 81% dessas refeições são cozinhadas fora de casa.

Almeida (2013) afirma que as refeições fora de casa são cada vez mais frequentes, o que leva a comer mais *fast food*, comida mais rica em calorias e gorduras. Birch & Davison (2001) denotaram que quem faz mais refeições em família são aquelas crianças que consomem mais fruta e vegetais e menos gorduras e bebidas com gás.

Sobre os hábitos alimentares das crianças temos que 50,6% das crianças fazem 5 refeições por dia e 27,1% fazem 4 refeições diárias. Relativamente ao tipo de alimentos ingeridos 93,4% das crianças ingere produtos láteos, 72,9% fruta e 63,9% sopa e legumes todos os dias, 80,7% ingere gorduras, 57,2% peixe, 58,4% doces e 62,7% bebidas açucaradas entre uma a três vezes por semana.

Analisando o número de refeições diárias temos que as crianças vigiadas nos CSP fazem, em média, 5 refeições por dia, sendo este um aspeto positivo, ao contrário do obtido no estudo de Costa, Ferreira & Amaral (2010) em que fazem apenas 3 refeições diárias. O número diminuto de refeições pode incrementar o problema da obesidade infantil, pelo que se deve incentivar aos hábitos de 5 a 6 refeições por dia. Tal como no estudo da DGS (2008) os produtos láteos e a fruta são os alimentos ingeridos em maior quantidade durante a semana, no entanto os valores obtidos nesta investigação, relativamente à ingestão de doces e bebidas açucaradas é inferior ao apresentado pela DGS, pelo que se pode pensar que ou os hábitos alimentares estão a ser mais controlados e está a fazer-se uma alimentação saudável, ou as pessoas tendem a dar a resposta mais aceitável e não a resposta mais correta. Há ainda, entre as crianças, um consumo diminuto de peixe, alimento rico em proteínas e gorduras saudáveis.

Três maneiras de prevenir e tratar a obesidade através do controlo na ingestão de calorias são aumentar o consumo de frutas e vegetais, diminuir o consumo de bebidas açucaradas e reduzir as porções alimentares (Sherry, 2005).

5.8 – Hábitos televisivos

Num estudo longitudinal, realizado por Hancox & Poulton (2006), inferiu-se uma correlação positiva significativa entre o IMC e a prevalência de excesso de peso em diferentes idades com a média de horas de visionamento televisivo, sendo que o visionamento televisivo é um fator participante na obesidade infantil, com maior probabilidade de acontecer no sexo feminino. Segundo Carvalhal, *et al* (2006) o visionamento televisivo também se encontra correlacionado com a obesidade e segundo este autor a prevalência da obesidade aumenta de acordo com o aumento do número de horas a ver televisão.

Em média, durante a semana, as crianças passam 4 horas a ver televisão e apenas uma a fazer os trabalhos de casa (Gentil *et al*, 2004).

Em média, durante a semana, as crianças nesta investigação estão na frente de um ecrã durante 6 horas e ao fim de semana em média 4 horas e 30 minutos, em que 52,4% da amostra durante a semana, e 63,9% durante o fim de semana, está entre 30 minutos e 4 horas em frente a um ecrã. Estes dados são consistentes com o estudo apresentado por Gentil *et al* (2004), no entanto não foi efetuado o relacionamento do número de horas em frente a um ecrã com o problema da obesidade, pelo que será uma perspetiva a equacionar em estudos futuros.

5.9 – Hábitos de exercício físico

Costa, Ferreira & Amaral (2010) denotaram que 89% das crianças estudadas eram sedentárias. Almeida (2013) diz que a prática de atividade física nas crianças diminuiu devido a uma importância aumentada, por parte dos pais, com a componente académica da educação e com as dificuldades económicas; também interfere um aumento da preocupação dos pais com lesões que possam acontecer aos seus filhos. Num estudo de Copeland (2012) vê-se que o facto de as crianças passarem muito tempo, durante o dia, em espaços interiores e a falta de locais exteriores seguros perto das residências das crianças, são mais um motivo para a diminuição da atividade física. Como os pais também acham que todos os locais exteriores são inseguros e não permitem os filhos sair para brincar, as crianças gastam mais tempo a ver televisão ou a jogar jogos de computador (Lumeng, Appugliese, Cabral, Bradley & Zuckerman, 2006).

Almeida (2013) refere que os pais não têm noção de qual o tempo adequado que uma criança deve dedicar a atividades físicas e não sabe, ao certo, quanto tempo o seu filho dedica

ao exercício físico. Segundo Hood *et al* (2000) a maior parte dos pais considera que o tempo que os seus filhos dedicam ao exercício é satisfatório, mesmo sabendo que a maior parte deles praticam menos de duas horas por semana.

A média de horas de exercício físico praticado durante a semana, pelas crianças, é 3 horas e 20 minutos. Observou-se que 57,8% das crianças praticam modalidades desportivas extraescola e que 87,9% pratica atividades ao ar livre, como caminhadas, andar de bicicleta, entre outras.

Denota-se então que as crianças estudadas praticam, em média, mais tempo de exercício físico (3 horas e 20 minutos) do que a hora que a DGS (2007) aconselha, no entanto não foi avaliada a periodicidade com que a criança pratica esse mesmo exercício físico, sendo que a DGS aconselha que todas as crianças devem praticar 20 minutos de exercício 3 vezes por semana. Outro dos fatores positivos encontrados na presente investigação é o facto de 87,9% das crianças pratica atividades ao ar livre, ao contrário dos estudos que dizem que devido à insegurança nas ruas as crianças andam pouco em espaços públicos. Esta situação pode estar relacionada com o facto da investigação ter sido realizada na cidade de Viseu que foi considerada a cidade portuguesa com melhor qualidade de vida para viver e com níveis de segurança altos.

CAPÍTULO IV
CONCLUSÃO

6 – CONCLUSÃO E SUGESTÕES

A conclusão da investigação leva-nos a um momento de reflexão sobre o trabalho efetuado e os resultados obtidos. Após esta reflexão e retratamento de resultados obtidos iremos sugerir algumas propostas de melhoria da investigação e de resolução dos problemas encontrados.

Numa fase inicial foi efetuada uma revisão bibliográfica de acordo com o tema da dissertação, de forma a consolidar conhecimentos e a identificar áreas aonde ainda não existisse muita investigação de forma a colmatar lacunas em resultados pouco estudados e de forma a verificar dados já existentes. Após esta revisão desenvolveu-se toda a parte metodológica, com a formulação da nossa questão de investigação principal, com a delimitação da investigação e com a formulação das hipóteses que nos levariam aos resultados e à consecução dos objetivos aos quais nos propusemos na parte introdutória deste trabalho.

De acordo com a revisão bibliográfica realizada e com todos os documentos analisados é de salientar que no que diz respeito ao tema obesidade infantil e cárie dentária existe uma panóplia de investigações, com os mais diversos resultados e metas, no entanto, relativamente a problemas na acuidade visual e problemas do sono a bibliografia não é tão extensa, pelo que foi um pouco difícil fundamentar estas duas temáticas. No entanto, com esta investigação foram encontrados alguns resultados pertinentes e que poderão ter uma aplicabilidade benéfica na prática clínica.

A obesidade infantil continua a ser um problema na saúde em Portugal, e no mundo, o que vai fazer com que as próximas gerações adultas sejam ainda mais doentes do que as atuais, dada a prevalência de obesidade infantil e de obesidade na vida adulta neste momento. Cada vez mais há um aumento na ingestão de alimentos calóricos contrastando com a diminuição do gasto energético, no que diz respeito à atividade física. O aumento crescente da necessidade de fazer refeições fora de casa, do aumento nas porções alimentares, do pensamento dos pais de que há falta de segurança nas ruas para os seus filhos terem uma atividade física regular, associados às dificuldades económicas, ao tempo que as crianças passam dentro de casa a ver televisão ou em frente a um computador, e à forma como se deslocam ou como são transportados para todo o lado, irá provocar um balanço energético positivo, que irá levar ao conseqüente excesso de peso. Estas rotinas diárias acoplam uma série de fatores, intervenientes na obesidade infantil, não só biológicos ou comportamentais, mas também sociais e culturais.

A obesidade infantil virá a traduzir-se no futuro na contração de outras doenças crónicas, como a diabetes tipo 2, o aumento dos níveis de colesterol e tensão arterial que se irão traduzir em doenças cardiovasculares graves, problemas renais e hepáticos, apneia de sono, entre outros. Dado que os problemas causadores da obesidade infantil estão instalados e com tendência a se manterem, a prevenção da obesidade e o seu tratamento são uma questão prioritária na saúde pública.

Apesar de nos cuidados de saúde primários haver uma grande limitação técnica na observação dentária, dada a ausência de materiais necessários para realizar essa atividade, esta é uma prática que deve ser mantida, dado que pode fazer uma deteção de cárie dentária precoce, e dado que serve como forma de motivação para uma realização da higiene oral correta. Sempre que haja dúvidas, os profissionais têm em seu poder, em idades-chave, os cheques dentista que poderão utilizar para encaminhamento para consultas de Medicina Dentária, no privado ou nos centros de saúde, que irá permitir uma melhor observação e uma consolidação de diagnóstico.

A cárie dentária é uma situação que afeta quase 90% da população. Caracteriza-se por uma destruição localizada de tecidos (esmalte, dentina ou cimento) através de agentes bacterianos, que podem ser ácidos, ou pela fermentação bacteriana dos hidratos de carbono, provenientes da ingestão alimentar do indivíduo. Este problema é algo que pode ser prevenido com a ajuda de uma correta higiene oral, com pelo menos duas realizações de higiene oral por dia, sendo que uma deve ser antes de deitar, com pasta fluoretada, escovando os dentes, as gengivas, e a língua, usando diariamente o fio dentário (de preferência à noite), reduzindo a ingestão de doces e de bebidas açucaradas e fazendo consultas de medicina dentária preventivas anualmente.

Quando a criança entra para a escola começa a utilizar mais os mecanismos visuais, ao deparar-se com um maior tempo despendido com a leitura e com a escrita, o que se torna mais exigente em termos de acomodação da visão e binocularidade. Logo, é nesta fase que, se as alterações na visão não tiverem sido detetadas e corrigidas, se vão manifestar os sinais e sintomas. Estas alterações da visão, se não detetadas, vão interferir com a qualidade de vida da criança e com o seu rendimento escolar. Os distúrbios visuais, se não forem tratados, vão influenciar a forma como a criança interpreta o meio ambiente e pode fazer com as escolhas feitas não sejam informadas, o que se pode vir a refletir, mais tardiamente, nas perspetivas de emprego e na integração social.

A grande parte das crianças pré-escolares, no seu ambiente familiar, não tem a noção de ver mal, pois as atividades que fazem em casa não exigem um grande esforço visual. Como

tal, há uma necessidade efetiva de estar atento aos sinais e sintomas mais precoces e fazer rastreio visual o mais cedo possível, de acordo com as normas da DGS.

O sono tem um papel preponderante no desenvolvimento e na saúde da criança, dado que interfere com processos fisiológicos do organismo, como o apetite, crescimento e maturação e manutenção de peso. A privação do sono pode interferir no humor da criança, na sua rentabilidade escolar pela sonolência diurna que pode provocar, entre outras situações. Vários estudos revistos ao longo desta investigação reportam a situação de que a duração do sono de uma criança pode influenciar o IMC da criança, pelo que este é outro fator em que se deve intervir como prevenção e tratamento da obesidade.

Reportando-nos agora para a questão de investigação desta investigação, iremos dar resposta aos objetivos estabelecidos e à questão levantada, com base na investigação feita com 166 crianças seguidas em consulta de vigilância nos cuidados de saúde primários da cidade de Viseu.

Analisando os objetivos, relativamente à prevalência de determinadas situações, temos que:

- a prevalência da obesidade é de 19,2% e de excesso de peso é de 20,5%, sendo que nas raparigas a prevalência de obesidade é de 18,6% e de excesso de peso é 22,7% e nos rapazes é de 19,8% e 18,7% respetivamente;

- a prevalência de cárie dentária é de 17,5%, sendo que a prevalência de cárie dentária e dentes obturados, em simultâneo, é de 21,2%;

- a prevalência de alterações da visão é de 41,6%, sendo que 47,8% das crianças com alteração da visão já têm um diagnóstico efetuado (já usam óculos);

- a prevalência de alterações do sono é de 44% no que diz respeito à dificuldade em adormecer, 53% relativamente ao facto de acordarem durante a noite e 34,3% quando analisada a qualidade do sono;

A questão de investigação formulada teve a seguinte resposta:

Qual o perfil de saúde da criança seguida em consulta de vigilância nos cuidados de saúde primários?

A criança típica seguida em consulta de vigilância em CSP na amostra deste estudo:

- tem peso normal;
- faz 5 refeições por dia, ingere todos os dias sopa e legumes, produtos láteos e fruta e ingere poucas vezes por semana gorduras, peixe, doces e bebidas açucaradas;
- dedica, por semana, 3 horas ao exercício físico;
- pratica, ou não, modalidades desportivas extraescola (apresentam resultados muito similares para as duas situações);
- pratica atividades ao ar livre extraescola;
- não tem cárie dentária;
- realiza a sua higiene oral 2 vezes por dia, principalmente ao fim do pequeno almoço e antes de deitar, escovando as gengivas, os dentes e a língua, gastando em média 3 minutos nessa atividade e não usa fio dentário;
- frequenta consultas de medicina dentária entre 2 e 3 vezes por ano;
- pode, ou não, ter problemas na acuidade visual (apresentam resultados muito similares para as duas situações);
- tem familiares com problemas de visão;
- usa 6 horas da sua semana e 4 horas e 30 minutos do seu fim de semana a ver televisão, a jogar videojogos ou a usar o computador;
- frequenta, ou não, consultas de oftalmologia (apresentam resultados muito similares para as duas situações);
- pode, ou não, ter alterações no padrão do sono (apresentam resultados muito similares para as todas as situações descritas);
- dorme durante a semana 10 horas por noite e durante o fim de semana 10 horas e 30 minutos;
- quase todas as noites se deita à mesma hora.

Através da análise inferencial concluiu-se ainda que o facto de uma criança ter irmãos com problemas na visão pode ser um fator indicativo de que essa mesma criança pode vir a ter problemas na acuidade visual. Outra das conclusões a que se chegou é que o sexo é um fator interventivo nas alterações da visão, sendo que as raparigas terão uma maior probabilidade de vir a ter alterações na acuidade visual. A última conclusão obtida diz que uma criança sem irmãos tem uma maior probabilidade de vir a ter alterações na qualidade do sono.

No final das conclusões tiradas há sugestões a fazer, tanto em termos de investigação futura como de intervenções a implementar na comunidade.

Os resultados obtidos com este estudo estão de acordo com a grande parte dos estudos efetuados sobre as mesmas temáticas e citados ao longo do enquadramento teórico e discussão de resultados. Estes resultados poderão servir de ajuda ao desenvolvimento e implementação de uma intervenção mais efetiva na educação para a saúde, de forma a prevenir e detetar o mais precocemente possível os casos em que as crianças estão em risco de desenvolver determinadas alterações, que possam prejudicar a sua saúde, e ajudar os pais a tomarem consciência sobre a importância da prevenção desses mesmos problemas de saúde e dos desafios que a eles estão associados. Relativamente às implicações que esta temática traz às Unidades de Saúde, as direções terão que dinamizar e promover formação na área dos comportamentos alimentares, saúde oral e vigilância e avaliação da cavidade oral, intervenções na avaliação e manutenção da acuidade visual e padrões de sono e comportamentos associados, para os profissionais que nessas instituições prestam serviços. Terá que haver uma maior consciencialização dos profissionais de saúde de que os hábitos e dinâmicas de vida diárias estão em constante mudança, pelo que não pode haver acomodação no local de trabalho e nos conhecimentos até aí adquiridos. A organização das Unidades de Saúde terá que permitir, para além do tempo dedicado pelos profissionais às consultas de vigilância nessas mesmas unidades, gerir o tempo de trabalho de forma a permitir que se faça uma maior intervenção na comunidade em termos de prevenção, criando equipas específicas de educação para a saúde e promovendo sessões em escolas, juntas de freguesia, associações, entre outros locais. Ao nível da gestão das unidades de saúde também poderão ser implementados indicadores quantitativos e qualitativos relativos aos fatores interventivos na saúde da criança, de forma a que se tenham metas definidas, com objetivos e tempos de obtenção de resultados definidos, para um incentivo, dos profissionais, à obtenção dos melhores resultados possíveis. Tudo isto se irá traduzir em prevenção, que irá, de um modo mais importante, contribuir para uma melhor qualidade de vida da criança e futuro adulto, e para uma redução das despesas de saúde do Estado Português, com os tratamentos de diversas doenças passíveis de ser prevenidas.

Relativamente à investigação propriamente dita há aspetos que podem ser melhorados. Numa futura investigação, e dada a pertinência do tema, tal como sugerido pela comissão de ética da ARS Centro para um melhor significado populacional, pode ser feito em amostra probabilística. Algumas das perguntas podem ser mais específicas para evitar dúvidas no que está a ser questionado, nomeadamente as questões relacionadas com o número de horas que as

crianças se encontram em frente a um ecrã (durante a semana e durante o fim de semana). Para um melhor significado no que diz respeito às perturbações do sono, as questões relativas ao sono deverão ser alargadas. O método de colheita de dados poderá passar também por uma entrevista de modo a ser mais fácil esclarecer as dúvidas dos pais relativamente a algumas perguntas e de forma a que o investigador mais facilmente chegue aos objetivos a que se propõe. Outra situação que poderia ter interesse científico era fazer estas avaliações em períodos diferentes às mesmas crianças, ou seja, fazer a avaliação dos parâmetros biométricos e questões sobre hábitos de vida em determinado momento, implementar a educação para a saúde dando conselhos e estratégias de intervenção para colmatar as alterações que fossem encontradas, encaminhando para consultas de medicina dentária e de oftalmologia para confirmação de diagnóstico e fazendo uma segunda avaliação, após determinado período de tempo, de forma a concluir se há mudança nos estilos de vida e se essas mudanças intervêm ou não na alteração dos parâmetros biométricos.

Em termos de educação para a saúde irá ter que haver um maior incentivo à redução de comportamentos sedentários e promover estilos de vida saudáveis e ativos, de forma a prevenir e tratar a obesidade infantil. Algumas das intervenções a sugerir será a promoção do exercício físico, a redução do tempo que a criança passa em frente a um ecrã, o aumento de consumo de frutas e legume e redução de doces e bebidas açucaradas e a diminuição das porções alimentares, tanto fora de casa, como em casa. Os conhecimentos e comportamentos corretos e adequados, relativos à higiene oral e prevenção de cárie dentária e problemas de saúde oral, são essenciais para a redução do risco destas doenças, doenças essas que trazem uma grande vulnerabilidade ao indivíduo. Relativamente à saúde dos olhos, deve haver um grande incentivo ao início dos rastreios visuais, com colaboração direta da criança, o mais precocemente possível, segundo a DGS a partir do 4 anos de idade, e novamente insistir na educação para a saúde na redução do número de horas que os pais permitem a criança estar em frente a um ecrã, incentivar à não permissão de jogos violentos e demasiado estimulantes, que poderão intervir com a visão mas também com as alterações no sono, aumento da ansiedade e perturbações no descanso. Relativamente ao sono, a higiene correta do sono deve ser estimulada, incentivar os pais a insistir com a manutenção fixa do horário de dormir da criança, tanto durante a semana como no fim de semana, promover rituais de calma e descontração antes da hora de dormir, manter um ambiente calmo junto ao quarto de dormir da criança e no próprio quarto, evitar ter televisões, videojogos portáteis ou computadores nos locais de descanso da criança, entre outros. Tudo são intervenções para as crianças, mas são

principalmente métodos de consciencialização dos adultos que devem ser incutidos nas crianças para um futuro melhor e mais saudável.

O tratamento da obesidade infantil, em Portugal no ano de 2002, gastou ao Estado uma quantia de 297 473 291€, pelo que a estratégia de intervenção nesta doença terá que ser bem delineada e posta em ação de forma a reduzir os gastos para uma melhor economia na saúde. A prevenção dos problemas de saúde oral poderá traduzir-se em gastos económicos reduzidos e em relevantes ganhos em saúde. No ano de 2007 o Estado Português gastou com tratamentos dentários a crianças 3 293 487€, não estando incluídos nestes gastos o que os pais de muitas crianças, que não adquiriram os cheques-dentistas, gastaram em consultas de medicina dentária particulares, nem a comparticipação dos subsistemas de saúde, pelo que este valor, na globalidade, será um valor maior do que o referido. Relativamente aos casos de tratamentos de acuidade visual ou de problemas do sono não se encontram gastos descritos.

Uma boa gestão de intervenção e implementação de estratégias poderá intervir na diminuição dos custos efetivos da saúde em Portugal, pelo que é necessário “pôr mãos à obra”. Insistir em atividades de mudança de comportamentos, consciencializar de que muitos dos alimentos saudáveis são mais baratos do que os gastos supérfluos em doces e alimentos dispensáveis, consciencializar de que exercício físico não é apenas modalidades desportivas que têm que ser pagas (há muitas atividades ao ar livre que podem ser feitas em família), nem tudo o que a criança quer é necessário e saudável (reduzir o tempo que a criança passa com jogos portáteis, a ver televisão, a brincar no computador), incutir nos pais que devem incutir nos filhos o que é saudável, o que é necessário, o que se traduz num futuro melhor.

Dado que as crianças são o futuro da humanidade são estas em quem deve haver uma grande aposta para um bom estado de saúde e uma qualidade de vida aumentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A., Leitão, P., Paixão, A., Martins, M., & Toscano, A. (janeiro - março de 2010). Avaliação da Estereopsia em Crianças sob Terapêutica Oclusiva por Ambliopia e Relação desta com a Acuidade Visual. *Oftalmologia - Revista da Sociedade Portuguesa Vol.34*, pp. 307 - 313.
https://www.spoftalmologia.pt/sites/spoftalmologia.pt/files/publications/articles/rspo_2010_1_307_20100602092704_avaliacao_estereopsia.pdf
- Antunes, N. (2009). *Mal-entendidos*. Lisboa: Verso da Kapa.
- Azevedo, C. A., & Azevedo, A. G. (2008). *Metodologia científica - contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Barata, C., Veiga, N., Mendes, C., Araújo, F., Ribeiro, O., & Coelho, I. (2013). Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial 54 (1)*, 27 - 32.
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90196200&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=330&ty=27&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=330v54n01a90196200pdf001.pdf
- Barlow, S. E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics Vol.120*, pp 6154 - 6192..
- Barlow, S. E., & Dietz, W. H. (1998). Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendations. *Pediatrics Vol. 102, N°3*, pp. e29.
- Birch, L., & Davidson, K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America: 48 (4)*, pp. 893 - 907.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2009). *A criança e o sono - método Brazelton. 5ª edição*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brunschwig, H. (2008). *Sono*. Lisboa: Editora Pergaminho.
- Carskadon, M. A., Vieira, C., & Acebo, C. (1993). Association between puberty and delayed phase preference. *Sleep: 16 (3)*, pp.258 - 262.
- Carvalho, M., Padez, M., Moreira, P., & Rosado, V. (2006). Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years. *European Journal of Public Health: 17*

(1), pp. 42 - 46.

- Carvalho, M. A., Carmo, I. d., Breda, J., & Rito, A. I. (2011). Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Revista portuguesa de saúde pública* 29 (2), pp. 148-156. <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v29n2/v29n2a08.pdf>
- Chen, M.-Y., Wang, E. K., & Jeng, Y.-J. (2006). Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviors. *BMC Public Health*, pp. 6 - 59. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-6-59.pdf>
- Clarke, P., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., & Schulenberg, J. E. (2009). Social disparities in BMI trajectories across adulthood by gender, race/ethnicity and lifetime socio-economic position. *International Journal Epidemiology* 38 (2), pp.499 - 509 .
- Costa, C. D., Ferreira, M. G., & Amaral, R. (2010). Obesidade Infantil e Juvenil. *Acta Médica Portuguesa* 23, pp.379 - 384.
- Crispim, J. N., Boto, L. R., Melo, I. S., & Ferreira, R. (2011). Padrão de sono e factores de risco para privação de sono numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa - Sociedade Portuguesa de Pediatria, Volume 42, Nº 3*, pp. 93-98. http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/28/20111031124213_Art%20Original_Crispim%20JN_42_3.pdf
- Denninson, B., Erb, A., & Jenkins, P. (2002). Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics* 109 (6), pp. 1028 - 1035.
- Dietz, W. H., & Robinson, T. N. (2005). Overweight children and adolescents. *New England Journal Medics* 352, pp. 2100 - 2019.
- Dijkshoorn, H., Nierkens, V., & Nicolaou, M. (2008). Risk groups for overweight and obesity among Turkish and Moroccan migrants in The Netherlands. *Public Health* 122 (6), pp. 625 - 630.
- Direção Geral da Saúde (25 de março de 2004). A obesidade como doença crónica Nº: 9/DGCG.
- Direcção Geral de Saúde (10 de março de 2010). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Alargamento a crianças e jovens de 8, 11 e 14 anos - Saúde Oral Crianças e Jovens Idades Intermédias. *Circular normativa Nº: 04/DSPPS/DCVAE*. <http://www.dgs.pt/?cr=15623>
- Direcção Geral de Saúde (17 de março de 2005). Programa Nacional para a Saúde da Visão. *Circular Normativa Nº: 02/DGCG*.

- <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006909.pdf>
- Direcção Geral de Saúde (18 de janeiro de 2005). PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL. *Circular Normativa N°: 01/DSE*.
<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=60766101AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
- Direcção Geral de Saúde (19 de julho de 2006). Intervenção dos higienistas orais nos centros de saúde. *Circular Normativa N°8/DSE*. http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/SOral/SOr_doc3.pdf
- Direcção Geral de Saúde (2005). Saúde Infantil e Juvenil Programa-Tipo de Actuação. *Orientações Técnicas - Direcção Geral de saúde*. Lisboa.
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>
- Direcção Geral de Saúde (2007). A ACTIVIDADE FÍSICA E O DESPORTO: UM MEIO PARA MELHORAR A SAÚDE E O BEM-ESTAR - Folheto informativo. *Divisão de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde*.
<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/FDB7388A-435E-4F65-BC1A-BAC31B74EFD7/0/i009085.pdf>
- Direcção Geral de Saúde (2008). Detecção precoce das alterações da visão na criança - Recomendações. *Boas práticas em oftalmologia 2008 - Elementos clínicos de avaliação e referenciação*. <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/BoasPraticas-Criancas2meses10anos.pdf>
- Direcção Geral de Saúde (27 de dezembro de 2005). Programa nacional de promoção da saúde oral - Termos de referência para a contratualização. *Circular normativa N° 11/DSE*. <http://www.dgs.pt/?cr=12962>
- Direcção Geral de Saúde (Abril de 2013). Saúde Infantil e Juvenil Programa Nacional (Documento de Trabalho). Lisboa. <http://www.dgs.pt/?cr=22610>
- Direcção Geral de Saúde (julho de 2008). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís. <http://www.dgs.pt/default.aspx?cr=12995>
- Edelstein, B. (2006). The Dental Caries Pandemic and Disparities Problem. *BMC Oral health* 6 (Suppl 1), pp. 1 - 5. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-6-S1-S2.pdf>
- Enciclopédia da Saúde (2007). *Enciclopédia da Saúde - Pele, Olhos e Visão, Ouvido e audição*. Setúbal: Marina Editores.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

- Freedman, D. S., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 103, pp. 1175 - 1182.
- Freedman, D. S., Khan, L. K., Serdula, M. K., Ogden, C. L., & Dietz, W. H. (2006). Racial and ethnic differences in secular trends for childhood BMI, weight, and height. *Obesity* 14 (2), pp. 301 - 308.
- Freixo, M. J. (2009). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gentil, D., Oberg, C., Sherwood, N., & al, e. (2004). Well child visits in the video age: Pediatricians and the American Academy of pediatrics guidelines for children's media use. *Pediatrics: 114 N°5*, pp. 1235 - 1241.
- Hancox, R., Milne, B., & Poulton, R. (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: A longitudinal birth cohort study. *The Lancet: 364*, pp. 257 - 262.
- Hawkins, S. S., Cole, T. J., & Law, C. (2009). The milleniumcohort study child health group. An ecological systems approach to examining risk factors for early childhood overweight: findings from the UK millenium cohort study. *Journal Epidemiology Community Health* 63 (2), pp. 147- 155.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hood, M., Moore, L., Sundarajan-Ramamurti, A., Singer, M., Cupples, L., & Ellison, R. (2000). Parental eating attitudes and the development of obesity in children: The Framingham Children's study. *International Journal of obesity and related metabolic disorders: 24 (10)*, pp. 1319 - 1325.
- Huang, Y.-S., Wang, C. H., & Guilleminault, C. (2010). An epidemiologic study of sleep problems among adolescents in North Taiwan. *Sleep Medicine, Volume 11*, pp. 1035 - 1042. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S138994571000242X>
- Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L., & Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics: 111 (2)*, pp. 302 - 307.
- Klein, J., & Gonçalves, A. (2008). Problemas de sono - vigília em crianças: um estudo de prevalência. *Psico-USF: 13 (1)*, pp. 51 - 58.
- Klein, J., Veloso, F., & Gonçalves, A. (2007). Matutividade-vespertinidade em crianças de idade escolar e sua relação com a sintomatologia de sono. *Revista galego-portuguesa*

- de psicología e educación: 14 (1), pp. 195 - 206.*
- Kocken, P. L., Schonbeck, Y., Henneman, L., Janssens, A. C., & Detmar, S. B. (2012). Ethnic differences and parental beliefs are important for overweight prevention and management in children: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMC Public Health 12*.
- L.D.F.Rossi, Vasconcelos, G., Saliba, G., Brandão, A., & Amorim, R. (Janeiro-março de 2013). Avaliação da Visão Funcional em Crianças: Revisão da Literatura. *Oftalmologia - Revista da Sociedade Portuguesa Vol.37 N°1*, pp. 1-9.
- Leite, F., Leite, C., Correia, A., & Pinto, M. E. (2011). Medicamentos pediátricos e cáries dentárias – Perceções e atitudes de um grupo de tutores pediátricos em Vila Nova de Gaia. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial 52 (4)*, 193-199.
- [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90065595&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=330&ty=66&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=330v52n04a90065595pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90065595&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=330&ty=66&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=330v52n04a90065595pdf001.pdf)
- Lissauer, T., & Clayden, G. (2009). *Manual ilustrado de pediatria*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (1998). *Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Lobstein, T., & Frelut, M. L. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Review 4*, pp. 195 - 200.
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Review 5 (Suppl. 1)*, pp. 4 - 85.
- Lobstein, T., Rigby, N., & Leach, R. (2005). EU platform on diet, physical activity and health: EU Platform Briefing paper. Bruxelas: International obesity task force, *European Association for the study of obesity*.
- Lumeng, J., Appugliese, D., Cabral, H., Bradley, R., & Zuckerman, B. (2006). Neighbour safety and overweight status in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 160 (1)*, pp. 25 - 31.
- Macedo, L., Festas, C., & Vieira, M. (2010). Distorção da percepção parental sobre o estado nutricional e imagem corporal das crianças em idade escolar numa população escolar de Vila Nova de Gaia (Comunicação). *Encontro Nacional de Enfermagem: Olhares sobre a práxis*.
- Manual Merck - Saúde para a família*. (2010 - Versão Portuguesa). Oceano.

- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mendes, R. M. (2005). *A criança, o sono e a escola*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (1 de junho de 2013). *Dia Mundial da Criança - Folheto informativo*. Ordem dos Enfermeiros.
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa: Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde.
<http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf>
- Nunes, C., Correia, C., Cristina Ribeiro, C. S., Marquês, L., Barbosa, M., Pereira, M. d., . . . Ramos, V. (Setembro de 2012). *Quadro de orientação estratégica para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Ministério da Saúde - Grupo técnico para o desenvolvimento estratégico dos cuidados de saúde primários.
http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/1-quadrodeorientaoestratgicaparaodesenvolvimentodoscsp_2012.09.30_2.pdf
- Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M., . . . Ramos, V. (Setembro de 2012). *Unidades de Saúde Familiar (USF) - Conceito e prática em geometrias variáveis*. Ministério da saúde - Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/14-unidadessadefamiliar-conceitoeprticaemgeometriavariveis-v.2012-09.30.pdf
- Nurses, I. C. (2005). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem - Versão I*. Genebra, Suíça.
- Odgen, C. L., Carrol, M. D., & Flegal, K. M. (2008). High body mass index for age among US children and adolescents, 2003-2006. *JAMA* 299 (20), pp. 2401 - 2405.
- World Health Organization (maio de 2012). *Fact sheet: Obesity and overweight*.
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2009). Long sleep duration and childhood overweight/obesity and body fat. *American Journal of Human Biology* 21 (3), pp. 371 - 376.
- Pereira, A. (2006). *Guia prático de utilização do SPSS*. Lisboa: Edções Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petersen, P. E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*, 115-121.

- http://www.who.int/oral_health/publications/IDJ_June_08.pdf
- Pinto, F., & Guerra, I. (2007). ROI - Rastreio Oftalmológico Infantil. *Sociedade Portuguesa de Pediatria - Secção pediatria ambulatória*.
- http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Ambulatoria/ROI2009_seccao_ambulatorio.pdf
- Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia*, 60-66.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem - métodos, avaliação e utilização*. São Paulo: Artmed Editora S.A.
- Rita Silva, S. M., Bernardo, M., & Barros, L. (2012). Práticas e conhecimentos de pediatras e médicos de família relativamente à cárie dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 53 (3), 135 - 142.
- [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidnt_articulo=90151572&pidnt_usuario=0&pcontactid=&pidnt_revista=330&ty=30&accion=L&origen=elsevierpt %20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=330v53n03a90151572pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidnt_articulo=90151572&pidnt_usuario=0&pcontactid=&pidnt_revista=330&ty=30&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=330v53n03a90151572pdf001.pdf)
- Rito, A., Paixão, E., Carvalho, M. A., & Ramos, C. (2011). Childhood obesity surveillance initiative: COSI Portugal 2008. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Direção Geral da Saúde.
- Roane, B. M., & Taylor, D. J. (2008). Adolescent insomnia as a risk factor for early adult depression and substance abuse. *SLEEP, Volume 31, Nº 10*, pp. 1351-1356.
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572740/>
- Rocha, P. d., & Sá, A. B. (2011). Reforma da saúde familiar em Portugal: avaliação da implantação. *Ciência e Saúde Coletiva* 16, pp. 2853 - 2863.
- Sá, L. M. (2008). Prevalência de cárie dentária em crianças no concelho de Santa Maria da Feira. *Dissertação para Mestrado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*. Porto.
- Sarsour, K., Brunt, D. I., Johnston, J. A., Foley, K. A., Morin, C. M., & Walsh, J. K. (2010). Associations of nonrestorative sleep with insomnia, depression and daytime function. *Sleep Medicine, Volume 11*, pp. 965-972.
- Sherry, B. (2005). Food behaviors and other strategies to prevent and treat pediatric overweight. *International Journal of Obesity*: 29, pp. 116 - 126.
- Sibbald, B. (2006). News @ a glance. *Canadian Medical Association Journal* 175.
- Silva, F., Ferreira, E., Gonçalves, R., & Cavaco, A. (Março - Abril de 2012). Obesidade Pediátrica: A Realidade de uma Consulta. *Acta Médica Portuguesa* 25 (2), pp. 91 - 96.

- <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/22/32>
- Singh, G. K., Siahpush, M., Hiatt, R. A., & Timsina, L. R. (2011). Dramatic increases in obesity and overweight prevalence and body mass index among ethnic-immigrant and social class groups in the United States. *Journal Community Health* 36 (1), pp. 94 - 110.
- Soares, Â. (2010). O sono- efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas Lda.
- Sobal, J., & Stunkard, J. (1989). Socio-economic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin* 105 (2), pp. 260 - 275.
- Spear, B. A., Barlow, S. E., Ervin, C., Ludwig, D. S., Saelens, B. E., Karen, E., & al, e. (2007). Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics* 120 (4), pp. 254 - 288.
- Stein, M. A., Mendelsohn, J., Obermeyer, W. H., Amromin, J., & Benca, R. (2001). Sleep and behavioral problems in school-aged children. *Pediatrics*: 107 (4), pp. 60 - 66.
- Stookey, G. K. (Maio de 2008). The effect of saliva on dental caries. *JADA*, vol.139 (2), pp. 11 - 17. http://adajournal.com/content/139/suppl_2/11S.full.pdf
- Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Varandas, T., Braz, F., Fraga, F., Vieira, M. d., Varandas, G., Seldon, R., . . . Raposo, M. J. (julho - setembro de 2012). Motivo de Referenciação em Oftalmologia Pediátrica e sua Tradução Clínica num Centro Terciário. *Oftalmologia - Revista da Sociedade Portuguesa Vol.36 N.º.3*, pp. 279 - 285.
- Vital, E., & Teixeira, J. (Maio de 2012). Cuidados de saúde primários: as regras do jogo. *Saúde & Tecnologia* 7, pp. 9-17.
- Wang, Y., & Lobstein, T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity* 1 (1), pp. 11 - 25.
- Weiss, S. K. (2013). *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na Primeira Infância*. University of Toronto, Canadá.
- <http://www.encyclopediacrianca.com/documents/WeissPRTxp1.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de colheita de dados

**TERMO DE CONSENTIMENTO
AO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Nome do responsável pela criança _____

Dou / Não dou o meu consentimento livre e esclarecido, para que o meu educando (filho/a), faça parte da “Pesquisa do perfil de saúde da criança vigiada em cuidados de saúde primários”.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / _____

Obrigada pela sua colaboração!



(Preenchido pelo investigador)

Nº Do Questionário

--	--	--	--	--

QUESTIONÁRIO A PREENCHER PELOS PAIS

Ex. mo Senhor(a)

No âmbito da preparação da Dissertação de Mestrado, na Universidade Católica Portuguesa – Pólo de Viseu, subordinada ao tema: “*Perfil de saúde da criança vigiada em Cuidados de Saúde Primários*”, venho pedir a sua colaboração para responder a este questionário.

A sua informação é muito importante para avaliar alguns fatores associados à obesidade infantil, saúde oral, saúde visual e higiene do sono, e podermos tomar medidas preventivas. Os questionários são **anónimos** e a participação neste estudo é **voluntária**. As suas respostas são totalmente **confidenciais dado que apenas a equipa de investigação** terá acesso a estes dados, que serão alvo de tratamento estatístico.

Assim, solicito a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o seu caso. Nas questões com um espaço em branco (____), deve responder claramente e de forma legível, de acordo com a realidade da criança.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, peço, por favor, que não deixe nenhuma questão por responder.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO – ENF. ÂNGELA QUINTEIRO

QUESTIONÁRIO

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

USF / UCSP _____

Idade da criança _____ anos _____ meses

Peso ____ Kg Altura ____ cm

IMC (a preencher pelo investigador) _____

Percentil IMC (a preencher pelo investigador) _____

Tem dentes cariados? Sim Não

Tem dentes obturados? Sim Não

Visão: OE ___/10 OD ___/10 ou Usa óculos

A PREENCHER PELO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA

Todas as respostas que der neste questionário são relativas à criança que está a acompanhar a esta consulta de vigilância.

1 – Sexo: Masculino Feminino

2 – Onde vive?

- Aldeia
- Vila
- Cidade

3 – Com quem vive?

- Pai e Mãe
- Pai
- Mãe
- Outros. Quem? _____

4 – Quantas pessoas vivem na mesma casa que a criança habita? _____ pessoas

5 – A criança tem irmãos? Sim Não Se sim, quantos? _____ irmãos

6 – A criança tem um quarto só para ela? Sim Não

7 – Qual o estado civil dos pais?

- Solteiro
- Casado/união de facto
- Separado
- Divorciado
- Viúvo

8 – Quais as habilitações literárias dos pais (assinale a mais elevada)?

	1 – Pai	2 – Mãe
Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inferior ao 4º ano de escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre o 4º e 6º ano de escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre o 7º e o 9º ano de escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre o 10º e o 12º ano de escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Higiene dentária (não se esqueça que as perguntas dizem respeito aos hábitos da criança)

9 – Habitualmente, quantas vezes por dia a criança faz a sua higiene oral? _____ vezes.

10 – De cada vez que faz a higiene oral, em média, quanto tempo demora? _____ minutos

11 - Habitualmente, quando é que faz a higiene oral? (Pode assinalar mais do que uma opção)

- Quando se levanta
- Ao fim do pequeno-almoço
- Ao fim do almoço
- Ao fim do lanche
- Ao fim do jantar
- Antes de deitar
- Não costuma lavar os dentes

12 – Como realiza a higiene oral?

- Escova as gengivas, dentes e língua
- Escova os dentes e a língua
- Escova os dentes e as gengivas
- Escova apenas os dentes
- Não costuma realizar a higiene oral

13 –Costuma utilizar o fio dentário?

- Não
- Sim, às vezes
- Sim, diariamente
- Não sei o que é o fio dentário

14 – Alguma vez foi consultado(a) por um médico dentista?

- Sim
- Não

15 – Nos últimos 12 meses foi consultado(a) por um médico dentista?

- Sim
- Não.

Se sim, quantas vezes? _____.

Alimentação (não se esqueça que as perguntas dizem respeito aos hábitos da criança)

16 – Habitualmente, quantas refeições faz por dia? _____ refeições.

17 – Com que frequência come os seguintes alimentos?

	Todos os dias	Entre 4 a 6 dias por semana	Entre 1 a 3 vezes por semana	Nunca
Sopa e legumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produtos láteos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gorduras (alimentos fritos, carnes gordas,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces (sobremesas, bolachas, chocolates, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas açucaradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Visão (não se esqueça que as perguntas dizem respeito aos hábitos da criança)

18 – Alguém na família direta (pais e/ou irmãos) tem problemas na visão e/ou usa óculos?

Sim Não

Se sim, quem?

Pai
 Mãe
 Irmãos

19 – Durante a semana, em média, quantas horas está em frente a um ecrã (ver tv, jogar computador, jogar jogos de vídeo)? _____ horas

20 – Durante o fim de semana, em média, quantas horas está em frente a um ecrã (ver tv, jogar computador, jogar jogos de vídeo)? _____ horas

21 – Alguma vez foi consultado(a) por um médico oftalmologista?

Sim Não

Exercício físico (não se esqueça que as perguntas dizem respeito aos hábitos da criança)

22 – Durante a semana, em média, quantas horas dedica ao exercício físico? _____ horas

23 – Pratica alguma modalidade desportiva extra-escola?

Sim Não

24 – Pratica atividades ao ar livre, extra-escola (caminhadas, andar de bicicleta, jogar futebol na rua, ...)?

Sim Não

Higiene do sono (não se esqueça que as perguntas dizem respeito aos hábitos da criança)

25 – No último mês, quando se deitou, sentiu dificuldade em adormecer?

Nunca
 Menos do que uma vez por semana
 Uma a duas vezes por semana
 Três ou mais vezes por semana

26 – No último mês, com que frequência acordou durante a noite?

Nunca
 Menos do que uma vez por semana
 Uma a duas vezes por semana
 Três ou mais vezes por semana

27 – Quando aconteceu, teve dificuldade em voltar a adormecer? (Se não aconteceu passe à pergunta 28)

Sim Não

28 – No último mês, acha que o sono da criança foi agitado, de má qualidade ou superficial?

Nunca
 Menos do que uma vez por semana
 Uma a duas vezes por semana
 Três ou mais vezes por semana

29 – Costuma deitar-se todos os dias à mesma hora?

Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Quase todas as noites
 Todas as noites

30 – Durante a semana, a que horas se costuma deitar? _____ horas

31 – Durante a semana, a que horas se costuma levantar? _____ horas

32 – Aos fins de semana, a que horas se costuma deitar? _____ horas

33 – Aos fins de semana, a que horas se costuma levantar? _____ horas

Obrigada pela colaboração!

ANEXO 2

Autorização para a aplicação do Instrumento de colheita de dados



019275 '13 07-01 13:05

Exma. Senhora
Enfª Ângela Marisa Quinteiro Amaral

angela_quinteiro@hotmail.com

ASSUNTO: "Perfil de saúde da criança vigiada nos cuidados de saúde primários: obesidade, alterações dentárias, alterações visuais e higiene do sono".

Serve o presente para informar V. Ex^a., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

Na resposta indicar o "n.º do referencial". Em cada folha fazer só um assinal.

AL

COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

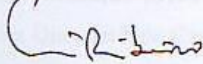
IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO: "Perfil de saúde da criança vigiada nos cuidados de saúde primários: obesidade, alterações dentárias, alterações visuais e higiene do sono"

APRECIÇÃO GERAL: Trabalho de importância que pode ainda ser melhorado para significado populacional se for feito em amostra probabilística

PARECER FINAL: FAVORÁVEL

DATA: 20/06/2013

O PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA



Homologado o parecer final
27.6.2013

Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.


Dr. José Manuel Azenha Teresa
Presidente,

Dr. Fernando José R. Lopes de Almeida
Vice-Presidente,

Dr. Luís Manuel M. M. dos Santos
Vogal,

Dr. F. Maria Augusta M. da
Vogal,

Ex.º Sr. Dr. José António Almeida
10/7/07 Autorização a realização do
estudo de acordo a intermunicípio
aplicar com os coordenadores das Paróquias

To me
10/7/07

Ex.º Senhor USF e UCSF do círculo de Viseu
Director Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde
Dão Lafões
Av. Dr. António José de Almeida
3514-511 VISEU

Fernando Augusto Lemos Severino Silva
2013

AD R. H.
7/7/2013

Vossa referência
1880

Vossa comunicação:
02/05/2013

Nossa referência:
000207

Data:
03/07/2013

Assunto: **Pedido de autorização para aplicação de questionários**

De acordo com o solicitado através do vosso ofício nº 1880 de 02/05/2013, informo V.ª Ex.ª, que já existe parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Centro (em anexo).
Reforça-se o pedido efectuado através do ofício nº 134 de 18/04/2013.
Mais informo que é enviado em anexo o questionário a ser aplicado e o protocolo do trabalho de investigação a efectuar.

Com os melhores cumprimentos

O Coordenador da USF

Fernando Augusto Lemos Severino Silva, Dr.

