



CATÓLICA
ESCOLA SUPERIOR DE BIOTECNOLOGIA

PORTO

AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS COM SOBRECARGA
PONDERAL E DAS ATITUDES DOS PAIS FACE À ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS

por

Sara Isabel Correia Freitas

Setembro de 2023



CATÓLICA

ESCOLA SUPERIOR DE BIOTECNOLOGIA

PORTO

AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS COM SOBRECARGA PONDERAL E DAS ATITUDES DOS PAIS FACE À ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Biotecnologia e Inovação

por

Sara Isabel Correia Freitas

Orientadora (empresa): Dra. Carla Gonçalves

Coorientadora (universidade): Prof. Doutora Elisabete Pinto

Setembro de 2023

Resumo

O presente Relatório de Estágio descreve as atividades desenvolvidas ao longo do estágio no âmbito da unidade curricular Dissertação de Mestrado, incluída no 2º ano do Mestrado em Biotecnologia e Inovação, pela Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa. O estágio foi realizado no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, onde tive a oportunidade de integrar a equipa de nutricionistas da Unidade de Nutrição e Dietética, o Serviço de Pediatria, do Hospital Dr. Nélio Mendonça, e o Serviço de Atendimento ao Jovem, do Centro de Saúde do Bom Jesus.

O estágio teve início a 3 de outubro de 2022 e terminou a 31 de março de 2023. Contou com a orientação da Dr.^a Carla Gonçalves, nutricionista no Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça e coorientação da Prof. Doutora Elisabete Pinto, docente da Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa.

Ao longo do estágio acompanhei o trabalho dos nutricionistas dos vários serviços, realizei consultas, externas e internas, de nutrição, desenvolvi materiais de educação alimentar, participei na resolução de casos clínicos, analisei bibliografia científica de apoio à intervenção nutricional e desenvolvi um trabalho de investigação. Além disso, estive presente em alguns eventos científicos e formações complementares que permitiram a constante atualização de conhecimentos.

Os objetivos gerais e específicos definidos inicialmente foram atingidos durante o estágio. Tive a oportunidade de ficar a conhecer a realidade do nutricionista que trabalha diariamente para garantir a melhor qualidade de vida e saúde das crianças e jovens e ainda, aliar os conhecimentos adquiridos na licenciatura e ao longo do mestrado e transformá-los em momentos de aprendizagem para a minha prática profissional futura. O estágio foi uma experiência diferenciadora e enriquecedora, contribuindo para o meu crescimento a nível profissional e pessoal.

Palavras-chave: Estágio, Nutrição, Nutrição Pediátrica, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira.

Abstract

This Internship Report describes the activities developed during the internship within the scope of the Master's Dissertation curricular unit, included in the 2nd year of the Master's Degree in Biotechnology and Innovation, by the Escola Superior de Biotecnologia, from Universidade Católica Portuguesa. The internship was carried out at the Health Service of the Autonomous Region of Madeira, where I had the opportunity to integrate the team of dieticians of the Nutrition and Dietetics Unit, the Paediatrics Service of Dr. Nélio Mendonça hospital, and the Youth Care Service at Bom Jesus health centre.

The internship began on October 3 from 2022 and ended on March 31 from 2023. It was supervised by Dr.^a Carla Gonçalves, dietician at the Paediatrics Service of Hospital Dr. Nélio Mendonça and co-supervised by Professor Elisabete Pinto, professor at the Escola Superior de Biotecnologia, from Universidade Católica Portuguesa.

Throughout the internship, I followed the work of the dieticians of the various services, carried out external and internal nutrition consultations, developed food education materials, participated in the resolution of case studies, analysed some of the scientific bibliography to support nutritional intervention and developed a research work. In addition, I attended some scientific events and complementary training, which allowed me to constantly update my knowledge.

The general and specific objectives initially defined were achieved during the internship. I had the opportunity to get to know the reality of the dieticians who works daily to the best quality of life and health of children and youth, and also combine the knowledge acquired in the undergraduate programme and throughout the master's degree and transform it into learning moments for my future professional practice. The internship was a differentiating and enriching experience, contributing to my professional and personal growth.

Key words: Internship, Nutrition, Paediatric Nutrition, Health Service of the Autonomous Region of Madeira.

Agradecimentos

Agradeço a todos os que me acompanharam durante o meu estágio e que o tornaram possível de ser realizado.

À minha coorientadora Prof. Doutora Elisabete Pinto, agradeço pela orientação, atenção e disponibilidade ao longo deste meu percurso de estágio e durante todo o Mestrado.

À equipa da Unidade de Nutrição e Dietética, do Serviço de Pediatria e do Serviço de Atendimento ao Jovem do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, particularmente à Dr.^a Carla Gonçalves e ao Dr. Miguel Andrade, o meu sincero obrigada pela forma como me acolheram, pelo acompanhamento permanente e conhecimentos transmitidos ao longo do meu estágio. Faço um agradecimento especial à Dr.^a Carla Gonçalves, a minha orientadora, por todo o apoio diário, carinho, atenção, e disponibilidade para comigo.

Por fim, agradeço à minha família, em especial aos meus pais e irmão, ao meu namorado e amigos pelo apoio incondicional manifestado em todas as minhas escolhas, pelo incentivo, pelas palavras carinhosas e por todo o amor.

Sem dúvida que todos contribuíram para que esta fosse uma experiência única, gratificante e enriquecedora a todos os níveis. Muito obrigada a todos!

Índice

Resumo.....	2
Abstract	3
Agradecimentos.....	4
Lista de Figuras	6
Lista de Tabelas	7
Lista de Abreviaturas.....	9
Capítulo I: Introdução	10
Capítulo II: Desenvolvimento	14
1. Objetivos do estágio	14
1.1. Objetivos gerais	14
1.2. Objetivos específicos	15
2. Descrição do estágio	15
2.1. Caracterização do local de estágio: Local, duração e orientação.....	15
2.2. Caracterização do local de estágio: Contextualização	16
2.3. Atividades desenvolvidas.....	18
Capítulo III: Trabalho de Investigação.....	35
Capítulo IV: Reflexão crítica.....	67
Capítulo V: Conclusão.....	69
Referências bibliográficas	70
Apêndices	77
Anexos.....	109

Lista de Figuras

Figura 2.1: Motivos de encaminhamento dos utentes à consulta de nutrição do Centro de Saúde do Bom Jesus do Funchal.

Lista de Tabelas

Tabela 2.1: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição no Serviço de Atendimento ao Jovem.

Tabela 2.2: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição no Serviço de Pediatria.

Tabela 2.3: Motivos de referenciação dos utentes à consulta de nutrição do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Tabela 2.4: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição de obesidade pediátrica.

Tabela 2.5: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição de pediatria geral.

Tabela 2.6: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de recuperação nutricional.

Tabela 2.7: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição de doenças metabólicas.

Tabela 2.8: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição de desenvolvimento.

Tabela 2.9: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição no Hospital de Dia do Serviço de Pediatria.

Tabela 2.10: Classificação do estado nutricional dos utentes internados no Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Tabela 3.1: Frequência de consumo de alguns alimentos ou grupos de alimentos.

Tabela 3.2: Relação entre o nível de escolaridade materno e a frequência de consumo alimentar.

Tabela 3.3: Relação entre o nível de escolaridade materno e as práticas parentais de controlo alimentar.

Tabela 3.4: Relação entre as diversas dimensões que compõem o CFQ.

Tabela 3.5: Relação entre as diferentes práticas parentais de controlo alimentar e a frequência de consumo.

Tabela 3.6: Frequência de consumo de hortofrutícolas igual ou superior a 5 vezes por dia, em cada um dos níveis de cada dimensão do CFQ.

Tabela 3.7: Frequência de consumo de alimentos de elevada densidade energética igual ou superior a 1 vezes por dia, em cada um dos níveis de cada dimensão do CFQ.

Tabela 3.8: Relação entre as práticas parentais de controlo alimentar e o peso da criança.

Tabela 3.9: Pontuação média de cada dimensão do CFQ de acordo com a perceção parental acerca do peso da criança.

Tabela 3.10: Análise entre a perceção do cuidador sobre o peso da criança e a caracterização do estado nutricional da criança.

Lista de Abreviaturas

COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EPACI – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil

IAN-AF – Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016

IMC – Índice de Massa Corporal

ISAK – International Society for the Advancement of Kinanthropometry

OSM – Organização Mundial de Saúde

P - Percentil

PA – Processo Assistencial

RAM – Região Autónoma da Madeira

RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados

SESARAM, EPERAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM

STRONGkids – Screening Tool for Risk on Nutritional Status and Growth

SNO's – Suplementos Nutricionais Orais

UND – Unidade de Nutrição e Dietética

Capítulo I: Introdução

O estágio permite a aplicação e consolidação, em contexto real de trabalho, dos conhecimentos adquiridos ao longo da componente letiva do curso. Além disso, dota o aluno de competências tanto a nível profissional como pessoal, com especial destaque para o relacionamento interpessoal, integração em equipa, capacidade de resolução de problemas, adaptação, iniciativa e resiliência, entre outras.

Um estágio na área da Alimentação e Nutrição possibilita ao aluno não só contactar com uma área técnico-científica muito abrangente, mas também experienciar a realidade profissional de um Nutricionista, cujas áreas de atuação e funções são exercidas junto de vários públicos e diversos contextos (Ordem dos Nutricionistas, 2022). Desta forma, cabe ao Nutricionista dirigir a sua ação com vista na proteção e promoção da saúde da população e na prevenção e tratamento na doença.

Reconhecendo a importância de uma alimentação e nutrição adequadas desde uma fase precoce da vida na redução do risco de desenvolvimento de certas doenças crónicas e no auxílio no tratamento de outras, a atuação do Nutricionista junto da população pediátrica é de extrema importância, razão pela qual se tem destacado o seu papel e influência enquanto profissional de saúde neste grupo populacional muito diverso, que engloba diferentes etapas do crescimento e desenvolvimento que ocorrem durante a infância e adolescência. Deste modo, no âmbito da unidade curricular Dissertação de Mestrado, incluída no 2º ano do Mestrado em Biotecnologia e Inovação, pela Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa, e com o intuito de colocar em prática a formação adquirida na área da Nutrição Pediátrica, durante o primeiro ano do Mestrado, realizei, durante seis meses, o estágio no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, EPERAM). Tive a oportunidade de integrar a equipa da Unidade de Nutrição e Dietética (UND) e desenvolver atividades no Serviço de Pediatria do Hospital Central do Funchal e no Serviço de Atendimento ao Jovem do Centro de Saúde do Bom Jesus.

O presente Relatório de Estágio tem como objetivos descrever as atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do estágio, elaborar uma análise crítica ao mesmo e destacar a importância de boas práticas e atitudes parentais face à alimentação das crianças com sobrecarga ponderal, tema explorado no trabalho de investigação, também realizado durante este período de estágio.

Capítulo II: Desenvolvimento

1. Objetivos do estágio

A realização deste estágio teve como objetivo principal a consolidação e aplicação em contexto real de trabalho dos conhecimentos adquiridos ao longo do 1º ano do Mestrado em Biotecnologia e Inovação, ramo de especialização em Nutrição Humana, bem como a aquisição de conhecimentos e competências sobre a avaliação e a intervenção nutricional em idade pediátrica, em contexto de Cuidados de Saúde Hospitalares (CH) e Cuidados de Saúde Primários (CSP).

1.1. Objetivos gerais

Os objetivos gerais definidos para o estágio foram os seguintes:

- Aprofundar, desenvolver e aplicar os conhecimentos obtidos na licenciatura em Ciências da Nutrição e na componente curricular do Mestrado em Biotecnologia e Inovação;
- Adquirir conhecimentos e competências acerca da avaliação e intervenção nutricional em idade pediátrica, em contexto hospitalar e de centro de saúde;
- Adquirir competências de autonomia, iniciativa de participação e adaptação face a novas situações, integrando conhecimentos na resolução de questões complexas;
- Desenvolver a capacidade de exposição oral, comunicação e argumentação entre os diversos profissionais e utentes, comunicando conclusões, conhecimentos e experiências de forma clara e não ambígua;
- Aumentar o conhecimento técnico/científico, através da pesquisa, interpretação e análise crítica da bibliografia científica;
- Confrontar com os aspetos éticos e deontológicos inerentes à profissão do nutricionista.

1.2. Objetivos específicos

Para a boa execução dos objetivos gerais, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Integrar uma equipa multidisciplinar;
- Acompanhar e realizar consultas de nutrição, em contexto de consulta externa, nos cuidados de saúde hospitalares e primários;
- Observar e atuar no apoio nutricional e dietético em contexto de internamento hospitalar;
- Promover a literacia em alimentação e saúde, através da elaboração de materiais de educação alimentar, em formato de folhetos informativos e *e-books*, para grupos específicos e para a população geral;
- Promover a discussão científica, através da apresentação de uma revisão bibliográfica em reunião científica, destinada aos nutricionistas da Unidade de Nutrição e Dietética;
- Desenvolver um estudo observacional com o objetivo de avaliar os hábitos alimentares de crianças com sobrecarga ponderal e as atitudes parentais face aos mesmos;
- Realizar pesquisa bibliográfica, reunindo informação mais recente acerca do papel da intervenção nutricional em diversas patologias, em idade pediátrica;
- Aperfeiçoar as competências técnicas e científicas através da frequência de um evento científico ou curso de atualização na área das Ciências da Nutrição e na área de especialização, nomeadamente na área da Nutrição Pediátrica.

2. Descrição do estágio

2.1. Caracterização do local de estágio: Local, duração e orientação

O estágio decorreu no SESARAM, EPERAM, onde tive a oportunidade de integrar a equipa de nutricionistas da UND e desenvolver atividades junto da equipa do Serviço de Pediatria do Hospital Central do Funchal e do Serviço de Atendimento ao Jovem do Centro de Saúde do Bom Jesus.

O estágio foi realizado sob orientação da Dra. Carla Gonçalves, nutricionista do Serviço de Pediatria do SESARAM, EPERAM., e coorientação da Prof. Doutora Elisabete Pinto, docente da Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa.

O estágio decorreu entre os dias 3 de outubro de 2022 e 31 de março de 2023, o que fez uma duração de 6 meses, numa carga horária de 35 horas semanais.

2.2. Caracterização do local de estágio: Contextualização

a) O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

O SESARAM, EPERAM é uma unidade pública integrada de prestação de cuidados de saúde da Região Autónoma da Madeira (RAM), que resulta da articulação entre os centros de saúde e os hospitais e cuja missão se centra na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos da RAM (Serviço de Saúde da RAM, EPERAM, 2021).

Com sede no concelho do Funchal, o Hospital Central do Funchal é constituído pelo Hospital Dr. Nélio Mendonça, pelo Hospital dos Marmeleiros e pelo Hospital Dr. João de Almada (Serviço de Saúde da RAM, EPERAM, 2021a). Os centros de saúde estão inseridos no Agrupamento de Centros de Saúde, constituído por várias unidades funcionais. Este agrupamento, composto por 47 centros de saúde distribuídos por 7 áreas geográficas da ilha da Madeira, tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população das várias áreas geográficas da região (Serviço de Saúde da RAM, EPERAM, 2021b). O SESARAM, EPERAM dispõe ainda de duas Unidades de Apoio, o Centro Dr. Agostinho Cardoso e o Centro de Simulação Clínica (Serviço de Saúde da RAM, EPERAM, 2021c).

b) A Unidade de Nutrição e Dietética

A UND, pertencente ao Serviço de Endocrinologia do SESARAM, EPERAM, é atualmente coordenada pela Dra. Teresa Esmeraldo e composta por 31 nutricionistas. Atua de forma transversal: nos CSP, prestando apoio aos centros de saúde da RAM, nos CSH, prestando apoio aos diversos serviços hospitalares da RAM, nos Cuidados Paliativos e na Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI), agregando as diversas áreas e atividades no âmbito da nutrição clínica, nutrição comunitária e saúde pública e alimentação coletiva e restauração. A UND tem como missão contribuir para a melhoria da situação alimentar da população da RAM, através da prevenção e promoção de comportamentos e hábitos alimentares saudáveis (Serviço de Saúde da RAM, EPERAM, 2021d).

É da competência da UND, ao nível dos CSH, não só a avaliação e intervenção nutricional e dietética tanto a doentes internados nos serviços do Hospital Central do Funchal como na consulta externa de nutrição, mas também o apoio ao Núcleo de Alimentação, através da participação na elaboração do Formulário Dietético do Centro Hospitalar do Funchal. Ao nível dos CSP, a UND assegura a realização de consultas individuais e/ou em grupo de utentes com patologia, o apoio nutricional a utentes internados nos centros de saúde com serviço de internamento e RRCCI, a integração em projetos comunitários e, por fim, a gestão do Serviço de Alimentação nos centros de saúde com cozinha e serviço de internamento (Serviço de Saúde da RAM, EPERAM, 2021d).

c) O Serviço de Pediatria

O Serviço de Pediatria, situado no 5º piso do Hospital Central do Funchal sob a direção do Dr. Manuel Pedro Freitas, dedica-se à prestação de cuidados de saúde à criança e ao adolescente, dos 0 aos 18 anos, através de uma abordagem clínica que engloba a avaliação da saúde física, mental, emocional e social, promovendo a saúde e o bem-estar das mesmas, com vista ao seu melhor desenvolvimento e crescimento. Este serviço presta cuidados altamente qualificados e especializados e implementa políticas, procedimentos e protocolos, de acordo com a evidência científica atual, respeitando a ética profissional. Promove ainda a melhoria contínua da sua equipa multidisciplinar, garante a articulação entre os diversos profissionais dos CSH e dos CSP e promove a investigação científica e formação pré e pós-graduada (Serviço de Saúde da RAM, EPERAM, 2021e).

O Serviço de Pediatria é composto por uma vasta equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos, educadores de infância, nutricionista, psicólogos e assistentes sociais. Este serviço integra diversos setores funcionais desde o Internamento, com a Enfermaria de Pediatria, o Hospital de Dia de Pediatria e de Hemato-Oncologia, a Consulta Externa, a Urgência Pediátrica e o Centro de Desenvolvimento da Criança (Serviço de Saúde da RAM, EPERAM, 2021e). A enfermaria do Serviço de Pediatria presta assistência a crianças e adolescentes que requerem cuidados especializados e vigilância adequada causados por patologia aguda ou crónica. Tem uma lotação de 28 camas e dispõe de sala de tratamento, gabinete médico, sala de enfermagem, copa geral, copa de leites e sala de atividades destinada às crianças que se encontram internadas (SESARAM, EPERAM, 2021e). O Hospital de Dia de Pediatria é o local onde são

prestados cuidados de saúde a crianças e adolescentes com patologia crónica, que não podem ser realizados em ambulatório (SESARAM, EPERAM, 2021e).

d) Serviço de Atendimento ao Jovem

A Consulta do Adolescente ou Atendimento ao Jovem, em funcionamento desde 1998, atualmente no 2º piso do Centro de Saúde do Bom Jesus no Funchal, é um serviço constituído por uma equipa multidisciplinar que integra profissionais de enfermagem, medicina, psicopedagogia, psicologia, nutrição e serviço social. A consulta destina-se a jovens entre os 12 e os 21 anos, e visa ser um serviço ao jovem de forma confidencial, individualizada, imediata e gratuita. O adolescente poderá dirigir-se a este serviço por iniciativa própria ou encaminhado pelos familiares, professores, médicos e/ou outros profissionais de saúde, entre outros. Este serviço tem como objetivos promover a saúde do jovem de uma forma holística, considerando e identificando os seus problemas e/ou preocupações ao nível biopsicossocial, incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis e fornecer informação correta, isenta de tabus e crenças, acerca dos diversos temas que surgem nesta faixa etária desde a sexualidade, a reprodução e a contraceção aos comportamentos de risco, entre outros.

2.3. Atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas durante o estágio no SESARAM, EPERAM foram, no geral, dedicadas à observação e intervenção nutricional no internamento, em Hospital de Dia e em ambiente de consulta externa de nutrição do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Funchal e no Serviço de Atendimento ao Jovem situado no Centro de Saúde do Bom Jesus. Encontram-se, de seguida, discriminadas, ao pormenor, todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

2.3.1. Consulta de nutrição

No âmbito do estágio, tive a oportunidade de colaborar na consulta de nutrição pediátrica em contexto hospitalar, acompanhando o trabalho da nutricionista da equipa do Serviço de Pediatria, e em contexto de centro de saúde, acompanhando o trabalho do nutricionista da equipa do Serviço de Atendimento ao Jovem.

As crianças e adolescentes, dos 0 aos 18 anos, eram referenciadas para o Hospital de Dia de Pediatria ou para a consulta externa de nutrição do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, pelo médico pediatra, pela própria nutricionista, no seguimento de uma alta do internamento, ou, por vezes, a pedido dos familiares ou da própria criança/adolescente. No Centro de Saúde do Bom Jesus, as crianças, adolescentes e jovens, dos 0 aos 21 anos, eram referenciados para a consulta de nutrição, no âmbito da consulta de Combate à Obesidade Infantil, consulta de Saúde Escolar, consulta do Adolescente ou consulta do Estudante Universitário, pelo médico de Medicina Geral e Familiar ou de outra especialidade, pelo enfermeiro assistente, pelos familiares, pelos professores ou solicitando a consulta por iniciativa própria.

Independentemente do local de ação do nutricionista, quer seja em contexto hospitalar ou em centro de saúde, a sua atividade era similar. Todos seguiam o manual “Procedimentos na Atividade Assistencial da Unidade de Nutrição e Dietética” de 2021, manual que apresenta as diretrizes de operacionalização para a atividade assistencial dos técnicos da UND. Este documento tem como objetivo uniformizar os procedimentos e otimizar a intervenção ao nível da atuação na consulta de nutrição e no internamento. Em forma de reflexão, as consultas de nutrição seguiam o modelo do *Nutrition Care Process*, modelo de sistematização que tem como objetivo fornecer um apoio nutricional de elevada qualidade. Este modelo obedece a determinados requisitos, englobando quatro passos fundamentais: avaliação/rastreo nutricional, diagnóstico nutricional, intervenção nutricional e monitorização/avaliação nutricional (Academy of Nutrition and Dietetics, 2023).

Previamente à primeira consulta, o nutricionista verificava certos dados do utente no processo clínico, nomeadamente o motivo da consulta, a origem do encaminhamento, dados de monitorização, em particular o histórico do peso, da estatura/comprimento e do índice de massa corporal (IMC), o padrão de crescimento e percentis, a tensão arterial, o histórico clínico relevante, os parâmetros bioquímicos e antecedentes de saúde pessoais e familiares.

Tanto nas primeiras consultas como nas de seguimento era feita a avaliação nutricional, que compreendia o exame físico, onde se verificava a aparência física (pele, unhas, cabelo), a capacidade de deglutição e mastigação, o estado de hidratação e o apetite. Esta primeira fase da consulta também englobava a avaliação da composição corporal, através da avaliação antropométrica, onde eram recolhidos os dados do peso, estatura/comprimento e IMC atuais, sendo esta recolha completada em determinadas situações com a análise por

bioimpedância elétrica (em crianças a partir dos 6 anos), onde era possível quantificar a massa isenta de gordura, massa gorda e água corporal. A avaliação do estado nutricional englobava, também, a avaliação da ingestão alimentar, sendo concretizada através da recolha de informação por um método retrospectivo, como a recordação das 24 horas anteriores e a frequência alimentar. Desta forma, o utente, ou o seu cuidador, reportava os dados da sua ingestão alimentar habitual, referindo os horários das refeições, as quantidades e qualidade das refeições, a frequência de consumo de certos alimentos e suplementos alimentares, alimentos preteridos e preferidos e o seu comportamento alimentar. Eram ainda inquiridas outras situações clínicas que poderiam comprometer a ingestão alimentar, tais como alergias ou intolerâncias alimentares, alterações gastrointestinais, aspetos culturais e religiosos. Avaliavam-se, também, hábitos de sono e de atividade física. Estes dados recolhidos eram fundamentais para, posteriormente, se estabelecer o diagnóstico nutricional, os objetivos da intervenção nutricional e proceder à sua implementação. A intervenção alimentar e/ou nutricional poderia ser através do aconselhamento/educação alimentar, da prescrição de um plano alimentar estruturado e individualizado, que tinha em conta as preferências, as necessidades individuais e os hábitos da família e, se necessário, da prescrição de suplementos nutricionais orais (SNO's). Após a primeira consulta, cada situação clínica era monitorizada e, nas consultas de seguimento, procedia-se à reavaliação nutricional do utente com medição dos vários parâmetros supramencionados e, se necessário, procedia-se ao ajuste/alteração da terapêutica nutricional.

Durante as consultas era dada a oportunidade à criança/adolescente e aos seus acompanhantes de colocarem as suas dúvidas, questões e de falarem abertamente sobre as suas preocupações. As primeiras consultas tinham em média uma duração de 60 minutos e as subsequentes de 30 minutos, sendo que a duração podia, naturalmente, variar consoante o caso clínico. A periodicidade das consultas era ajustada à situação de cada utente e de acordo com a disponibilidade do utente/ do seu acompanhante.

2.3.1.1. Consulta de nutrição no Centro de Saúde do Bom Jesus

Casuística da consulta de nutrição do Serviço de Atendimento ao Jovem

Durante o período de estágio no Serviço de Atendimento ao Jovem do Centro de Saúde do Bom Jesus observei 147 consultas de nutrição e realizei outras 42. Assim, perfez-se

um total de 189 consultas externas de nutrição, das quais 56 foram primeiras consultas e 133 foram consultas de seguimento. Das 42 consultas realizadas por mim, de forma tutelada, 24 foram primeiras consultas e 18 foram seguintes.

No total estiveram presentes 134 utentes nas consultas de nutrição. Destes, 35,1% eram do sexo masculino (n= 47) e 64,9% do sexo feminino (n= 87). À data da primeira consulta assistida, a mediana da idade foi de 15 anos [Percentil (P) (P25; P75: 12; 18)], com idades compreendidas entre os 3 e 22 anos. Em relação à estatura, observou-se uma estatura mínima de 101,0 cm e máxima de 181,0 cm. No que se refere ao peso, 21,8 kg foi o peso mínimo observado e 104,8 kg o peso máximo observado.

A caracterização do estado nutricional dos utentes encontra-se descrita na Tabela 2.1, presente no Apêndice 1. Apenas foi possível realizar a avaliação do peso e da estatura a 98 dos 134 utentes que frequentaram a consulta de nutrição no Serviço de Atendimento ao Jovem. Para a caracterização do estado nutricional foi considerado o valor de Z-Score do IMC para a idade e o sexo da criança/jovem, tendo como referência a recomendação da WHO. Para crianças com menos de 5 anos considerou-se como pré-obesidade os Z-Score entre 1 e 2,99.

Os principais motivos de encaminhamento para consulta de nutrição no Centro de Saúde do Bom Jesus foram a obesidade (37,3%), educação/aconselhamento alimentar (25,4%), pré-obesidade (12,7%), baixo peso (5,2%), hipertrigliceridemia (5,2%) e gravidez (3,0%), conforme observado na Figura 2.1, presente no Apêndice 2. Associado a estes motivos de encaminhamento para a consulta de nutrição 10,4% dos utentes apresentavam, concomitantemente, diagnósticos de perturbação depressiva e/ou ansiedade, 3,0% apresentavam asma, 1,5% apresentavam hipotireoidismo e 1,5% apresentavam epilepsia.

A grande maioria das consultas de nutrição foram dedicadas ao adolescente, tendo sido realizadas 142 consultas de Atendimento ao Jovem. Esta consulta era destinada a adolescentes e jovens com idades entre os 12 e os 21 anos, sendo que nesta faixa etária a obesidade e a educação/aconselhamento alimentar foram os principais motivos de referenciação para esta consulta. Uma vez que neste serviço existia a possibilidade do acompanhamento de crianças e jovens de outras faixas etárias, foram realizadas 34 consultas de Saúde Escolar, 11 consultas de Combate à Obesidade Infantil e 2 consultas do Estudante Universitário. A consulta de Saúde Escolar destinava-se a crianças entre os 6 e os 11 anos e a consulta de Combate à Obesidade Infantil destinava-se a crianças entre os 2 e os 5 anos, sendo o principal motivo de encaminhamento para estas consultas a obesidade em idade pediátrica. A consulta do

Estudante Universitário era destinada a jovens adultos, dos 22 aos 30 anos, sendo que ambos os casos observados eram referentes a utentes com pré-obesidade.

2.3.1.2. Consulta de nutrição no Serviço de Pediatria

Casuística da consulta de nutrição do Serviço de Pediatria

Ao longo dos 6 meses de estágio, no Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça foram realizadas um total de 150 consultas externas de nutrição, das quais 57 foram primeiras consultas e 93 de seguimento. Observei 117 consultas de nutrição e realizei, de forma tutelada, 33 consultas, na sua grande maioria primeiras consultas.

No total, participaram nas consultas de nutrição 113 utentes, sendo que 48,7% eram do sexo masculino (n= 55) e 51,3% do sexo feminino (n= 58). A média da idade foi 8,1 anos \pm 5,1 anos, sendo a idade mínima 23 dias e a idade máxima 17 anos. Em relação à estatura, a estatura mínima foi de 56,0 cm e a estatura máxima 189,0 cm. Em relação ao peso, 4,4 kg foi o peso mínimo observado e 139,0 kg o peso máximo observado.

A caracterização do estado nutricional dos utentes encontra-se descrita na Tabela 2.2, presente no Apêndice 1. Apenas foi possível avaliar o peso e a estatura de 86 utentes que frequentaram as consultas de nutrição do Serviço de Pediatria.

Os principais motivos de encaminhamento para consulta de nutrição do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça foram obesidade (38,9%), seguido pela má progressão estatuto-ponderal (15,9%), perturbação alimentar (14,2%), alterações do desenvolvimento (9,7%), dos quais 3 utentes apresentaram um diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, anorexia nervosa (3,5%), hipertensão arterial (3,5%), hipercolesterolemia (2,7%), entre outros motivos, como observado na Tabela 2.3, presente no Apêndice 1. Associado a estes motivos de encaminhamento para a consulta de nutrição, 3,5% dos utentes apresentavam quadro de perturbação depressiva e/ou ansiedade, 3,5% apresentavam asma e 3,5% apresentavam epilepsia.

a) Consulta de Nutrição: Obesidade Pediátrica

Durante o estágio no Serviço de Pediatria tive a oportunidade de assistir às consultas de Obesidade, que se realizavam todas as quintas-feiras no período da manhã pela nutricionista, Dra. Carla Gonçalves. Esta consulta funcionava em contexto de consulta multidisciplinar, com o envolvimento do médico, enfermeiro e nutricionista. Primeiramente a criança ou adolescente era avaliada em consulta de enfermagem, de seguida passava para a consulta com o médico pediatra, e, por último, e caso o utente não tivesse acompanhamento nutricional prévio, para a consulta de nutrição. Eram referenciadas para esta consulta crianças e jovens com diagnóstico de risco de excesso de peso (Z-Score do IMC para a idade de 0 a 5 anos entre 1 e 1,99), pré-obesidade (Z-Score do IMC para a idade de 0 a 5 anos entre 2 e 3 e Z-Score do IMC para a idade de 5 a 19 anos entre 1 e 1,99), obesidade (Z-Score do IMC para idade de 0 a 5 anos superior a 3 e Z-Score do IMC para idade de 5 a 10 anos entre 2 e 3) ou obesidade grave (Z-Score do IMC para idade de 5 a 10 anos superior a 3), e que poderiam desenvolver alguma complicação associada a esta doença crónica, nomeadamente hipertensão arterial, dislipidemia, problemas respiratórios, problemas músculo-esqueléticos, entre outras (de Onis & Lobstein, 2010).

Na consulta de enfermagem, era recolhida informação relevante acerca do utente e da sua família, realizada a medição de sinais vitais como a tensão arterial, e outros parâmetros antropométricos, nomeadamente o peso e estatura e, posteriormente, eram registados os valores antropométricos nas curvas de referência de modo a se obterem os percentis de estatura/comprimento, peso e IMC para a idade e de acordo com o sexo. Na consulta médica, era recolhida a história clínica relevante, dados demográficos, motivo e origem do encaminhamento, antecedentes de saúde pessoais e familiares. Era realizado o exame objetivo e eram também pedidos e analisados os meios complementares de diagnóstico, nomeadamente parâmetros analíticos como hemograma, perfil lipídico e hepático, glicemia, ácido úrico, função tiroideia e renal, vitamina D, cortisol e insulina.

Na consulta de nutrição, a nutricionista, com acesso à informação recolhida na consulta médica e de enfermagem, realizava a avaliação da ingestão alimentar completa, nomeadamente com a recolha da informação acerca do local e horário das refeições, composição das refeições, ingestão entre refeições, ingestão hídrica, alimentos preteridos e preferidos, frequência de consumo de alguns alimentos e métodos de confeção. Eram ainda recolhidos dados acerca de outros fatores de risco para a obesidade como o peso à nascença,

obesidade dos progenitores, aleitamento materno/fórmula infantil, início e decorrer da diversificação alimentar, comportamento alimentar, hábitos de sono e de atividade física, e comportamentos sedentários. Nesta consulta era fundamental avaliar a motivação da criança/família para a mudança de hábitos, determinante fundamental para adesão da terapêutica instituída. Após avaliação nutricional procedia-se à interpretação conjunta de todos os parâmetros avaliados para a obtenção de um diagnóstico nutricional preciso e posterior instituição da intervenção nutricional sempre em função das necessidades energéticas e nutricionais da criança ou do jovem, que variavam consoante o sexo, idade, padrão de crescimento e nível de atividade, garantindo assim o seu adequado crescimento e desenvolvimento. A intervenção nutricional era direcionada para a adequação da ingestão energética, aumento da atividade física e/ou mudança comportamental, numa abordagem individualizada e integrada. Na consulta de seguimento era feita a reavaliação nutricional e avaliado o grau de adesão à terapêutica instituída, com reajuste da mesma se necessário.

Casuística da consulta de nutrição de obesidade pediátrica

Das 47 Consultas de Nutrição de Obesidade Pediátrica realizadas ao longo do estágio, 37 foram consultas de primeira vez e 10 foram consultas de seguimento. Tive a oportunidade de realizar 31 consultas de nutrição, das quais 28 foram consultas de primeira vez e 3 foram consultas de seguimento.

Dos 45 utentes vistos em consulta, 53,3% eram do sexo masculino (n= 24) e 46,7% do sexo feminino (n= 21). A média da idade foi de 10,4 anos \pm 4,2 anos, com idade mínima de 2 anos e máxima de 17 anos. Em relação à estatura, a estatura mínima foi de 101,5 cm e a estatura máxima foi de 189,0 cm. Em relação ao peso, 21,9 kg foi o peso mínimo observado e 139,0 kg o peso máximo observado.

A caracterização do estado nutricional dos utentes encontra-se descrita na Tabela 2.4, presente no Apêndice 1. Foi possível avaliar o peso e estatura de apenas 44 dos utentes que frequentaram a Consulta de Nutrição de Obesidade Pediátrica.

Associado ao diagnóstico de obesidade em idade pediátrica algumas das crianças e adolescentes apresentavam outras complicações, nomeadamente hipertensão arterial (11,1%), complicações a nível respiratório (8,9%) como asma e rinite, alterações da função renal (4,4%), alterações da função hepática (4,4%) como esteatose hepática, alterações

da função intestinal (4,4%) como encoprese e obstipação, alterações músculo-esqueléticas (2,2%), dislipidemia (2,2%), artrite reumatoide (2,2%), hiperuricemia (2,2%) e disfunção tiroideia (2,2%), sendo que alguns dos utentes apresentavam mais do que uma destas complicações. Observei que 6,7% dos utentes tinham perturbação do espectro do autismo, 2,2% tinham epilepsia, 2,2% tinham perturbação depressiva e ansiedade e 2,2% tinham epilepsia.

b) Consulta de Nutrição: Pediatria Geral

Na Consulta de Nutrição de Pediatria Geral foram acompanhadas 24 crianças e jovens com diversas patologias, desde má progressão ponderal (20,8%), alterações na função renal (20,8%), como hipercalcúria, litíase renal, hipocaliemia e rim poliúístico, anorexia nervosa (16,7%), sendo que neste caso eram referenciadas para a consulta de nutrição pela pedopsiquiatria, hipercolesterolemia (12,5%), perturbação alimentar (4,2%), politraumatismo (4,2%), perturbação da ansiedade (4,2%), dislipidemia (4,2%) e microcefalia (4,2 %).

No período de estágio foram realizadas 40 Consultas de Nutrição de Pediatria Geral, onde 11 foram primeiras consultas e 29 foram consultas de seguimento. Tive a oportunidade de realizar 2 consultas, ambas primeiras consultas, sendo a dislipidemia e hipercolesterolemia os motivos de encaminhamento para a mesma.

Dos 24 utentes observados em consulta de nutrição 41,7% eram do sexo masculino (n= 10) e 58,3% eram do sexo feminino (n= 14). A mediana da idade foi 9 anos (P25; P75: 2,0; 13,5), com idade mínima de 2 meses e máxima de 17 anos. A estatura mínima foi 64,5 cm, a estatura máxima foi 165,0 cm, o peso mínimo observado foi de 6,0 kg e 54,0 kg o peso máximo observado.

A caracterização do estado nutricional dos utentes encontra-se descrita na Tabela 2.5., no Apêndice 1. Foi possível avaliar o peso e a estatura de apenas 18 dos utentes que frequentaram a Consulta de Nutrição de Pediatria Geral.

c) Consulta de Recuperação Nutricional

A Consulta de Recuperação Nutricional era realizada uma vez por mês, de forma multidisciplinar, com a colaboração da médica pediatra gastroenterologista e a nutricionista.

Nesta consulta eram seguidas crianças e adolescentes que devido à sua patologia de base, nomeadamente epilepsia (22,2%), doença neurodegenerativa (11,1%), alterações do desenvolvimento (11,1%), insuficiência pancreática de etiologia desconhecida (5,6%), quisto do colédoco (5,6%), encoprese (5,6%), atresia intestinal (5,6%) e intolerância alimentar (5,6%), poderiam apresentar uma ou mais condições que tivessem implicações no seu estado nutricional, que pudessem levar a perturbação alimentar (61,1%) como seletividade ou recusa alimentar, alterações gastrointestinais (50,0%) como esteatorreia, fezes líquidas/moles, vômitos ou obstipação, má progressão ponderal (44,4%) e a baixo peso (5,6%).

Durante o período de estágio foram observadas um total de 26 consultas de Recuperação Nutricional, sendo que 3 foram primeiras consultas e 22 consultas de seguimento.

Dos 18 utentes observados em consulta 27,5% eram do sexo masculino (n= 5) e 72,2% eram do sexo feminino (n= 13). A mediana da idade foi 3 anos (P25; P75: 1,7; 4,0), com idade mínima de 6 meses e máxima de 15 anos. Em relação à estatura, a estatura mínima observada foi 73,0 cm e a estatura máxima 158,0 cm. No que diz respeito ao peso, 7,3 kg foi o peso mínimo observado e 44,5 kg o peso máximo observado.

A caracterização do estado nutricional dos utentes encontra-se na Tabela 2.6, presente no Apêndice 1. Foi possível avaliar o peso e a estatura de 9 utentes que frequentaram a consulta de Recuperação Nutricional.

d) Consulta de Nutrição: Doenças Metabólicas

A Consulta de Doenças Metabólicas funcionava com uma frequência bimestral. Nesta consulta multidisciplinar, existia a colaboração do médico pediatra, da enfermagem e da nutricionista. Eram seguidas crianças e adolescentes com diversos diagnósticos de doenças metabólicas, desde o momento do seu diagnóstico até atingirem a idade adulta. Foram observados casos de glicogenose tipo I (dois utentes com este diagnóstico), défice de creatina (dois utentes com este diagnóstico), fenilcetonúria, leucínose, citrulinémia, acidúria argininosuccínica e argininemia.

Neste âmbito, a consulta de nutrição tinha como objetivo avaliar primeiramente o estado nutricional do utente, evolução antropométrica, parâmetros analíticos de controlo, doseamento de aminoácido e/ou metabolito, de acordo com a doença e de frequência

bimestral, determinações semestrais de marcadores de função renal, hepática, hemograma, perfil lipídico, vitaminas, metabolismo do ferro, entre outros, e controlo anual do perfil de aminoácidos essenciais e não essenciais e dos ácidos gordos essenciais (ómega-3). Em seguida era elaborada prescrição ou atualização do plano alimentar personalizado, que incluía a prescrição de suplementação energética, produtos hipoproteicos e fórmula de mistura de aminoácidos essenciais. Dada a especificidade desta área que requeria uma intervenção mais rigorosa, a periodicidade da monitorização poderia variar, ser mais curta nos casos de maior risco de descompensação metabólica. De facto, a patologia metabólica de base determina a instituição de uma intervenção nutricional específica, muitas vezes de difícil implementação e que se torna num grande desafio para as famílias e para os profissionais de saúde que as acompanham, uma vez que, em muitos dos casos, os utentes adotam uma dieta altamente seletiva desde o momento do diagnóstico e para toda a sua vida.

A título de exemplo, na fenilcetonúria a instituição de uma dieta isenta em fenilalanina é fundamental para garantir o bom desenvolvimento cognitivo e estatuto-ponderal da criança, de modo a evitar danos a nível neurológico. Esta é uma dieta de difícil adesão uma vez que é necessário recorrer a uma alimentação restrita em fenilalanina, com suplementação energética e de fórmula de aminoácidos essenciais isenta de fenilalanina (Rocha & MacDonald, 2016). Inclui igualmente alimentos especiais com baixo teor proteico, fornecidos pelo Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães.

Casuística da consulta de nutrição de doenças metabólicas

Ao longo do estágio observei 16 consultas, das quais 2 foram primeiras consultas e as restantes foram consultas de seguimento.

Dos 12 utentes observados em consulta, 41,7% eram do sexo masculino (n= 5) e 58,3% do sexo feminino (n= 7). A média da idade foi de 7,8 anos \pm 5,9 anos, com idade mínima de 23 dias e máxima de 14 anos. Em relação à estatura, a estatura mínima observada foi 56,0 cm e a estatura máxima 146,0 cm. Em relação ao peso, 4,4 kg foi o peso mínimo observado e 48,5 kg o peso máximo observado.

A caracterização do estado nutricional dos utentes encontra-se descrita na Tabela 2.7, presente no Apêndice 1. A avaliação do peso e da estatura foi realizada a apenas 5 dos 16 utentes que frequentaram a consulta de Doenças Metabólicas.

e) Consulta de Nutrição: Desenvolvimento

A Consulta de Desenvolvimento destinava-se ao acompanhamento de crianças com perturbações do desenvolvimento, desde perturbação do espectro do autismo, atraso global do desenvolvimento e paralisia cerebral que, concomitantemente, apresentavam perturbação alimentar (57,1%), má evolução estatuto-ponderal (28,6%) ou alterações gastrointestinais (7,1%), entre outros.

Ao longo do estágio foram observadas 23 consultas de nutrição, sendo que 4 foram primeiras consultas e 16 foram consultas de seguimento.

Dos 14 utentes observados em consulta, 78,6% eram do sexo masculino (n= 11) e 21,4% do sexo feminino (n= 3). A média da idade foi de 5,4 anos \pm 3,5 anos, com idade mínima de 15 meses e máxima de 10 anos. Em relação à estatura, a estatura mínima foi de 77,5 cm e a estatura máxima de 142,5 cm. Em relação ao peso, 7,8 kg foi o peso mínimo observado e 36,3 kg o peso máximo observado.

A caracterização do estado nutricional dos utentes encontra-se descrita na Tabela 2.8, presente no Apêndice 1. A medição do peso e da estatura foi realizada a apenas 10 dos 14 utentes que frequentaram a Consulta de Desenvolvimento.

d) Consulta de nutrição em Hospital de Dia

Ao longo do estágio estive presente nas consultas de avaliação e monitorização de crianças e jovens em Hospital de Dia de Doenças Metabólicas, Gastrenterologia e Neuropediatria. Estas consultas funcionavam em equipa multidisciplinar com o apoio do pediatra, de uma enfermeira e da nutricionista. Observei utentes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal (DII), sendo que dez destes utentes apresentavam um diagnóstico de doença de Crohn e um apresentava colite ulcerosa, fibrose quística, doenças hereditárias do metabolismo como fenilcetonúria, défice de creatina e leucínose, diversos síndromes genéticos com doença crónica descompensada, suspeita de doença celíaca, hidrocefalia, colite infecciosa de causa não esclarecida, hepatomegalia e anemia associada a alimentação vegetariana desajustada.

Nas consultas de avaliação após internamento ou ida ao Serviço de Urgência era analisada a evolução da criança/adolescente em termos clínicos, antropométricos e analíticos

e poderia proceder-se ao ajuste da terapêutica instituída previamente. Posteriormente, a monitorização da criança/adolescente poderia ser realizada em Hospital de Dia ou em Consulta Externa. A título de exemplo, em situação de suspeita e posterior confirmação de diagnóstico inaugural de DII, nomeadamente Doença de Crohn, o utente mantinha seguimento em Hospital de Dia uma vez que este reunia o espaço físico e recursos humanos para a adequada instituição da terapêutica bem como a sua monitorização. Numa só deslocação ao hospital, o utente realizava a colheita de sangue para controlo analítico e todos os outros procedimentos médicos necessários, nomeadamente terapêutica farmacológica, para o controlo da doença, como por exemplo a terapêutica com fármacos biológicos, uma das linhas de terapêutica farmacológica, ou administração de ferro endovenoso, terapêutica utilizada em situações de défice de ferro, sendo a anemia ferropénica um dos sintomas comuns em idade pediátrica, assim como a aquisição de dieta polimérica para ambulatório. No Apêndice 3, está presente um caso clínico acerca do impacto da nutrição entérica exclusiva da Doença de Crohn.

Na DII a terapêutica tinha como objetivo alcançar e manter a remissão da doença, prevenindo a sua progressão e a terapêutica nutricional tinha um papel preponderante para indução da remissão da Doença de Crohn ativa. A terapêutica nutricional tinha como objetivo garantir um crescimento e desenvolvimento adequados, controlar a sintomatologia, prevenir e corrigir a desnutrição, minimizar os efeitos secundários da terapia farmacológica e maximizar a cicatrização da mucosa intestinal (Vieira de Carvalho & Lopes, 2020; Bischoff *et al.*, 2023). Esta intervenção nutricional era realizada através de nutrição entérica exclusiva, habitualmente durante 6 a 8 semanas, através de fórmulas poliméricas administradas por via oral, sempre que possível. Após este período e tendo em consideração a evolução favorável do utente procedia-se à reintrodução da alimentação, iniciando-se gradualmente com uma alimentação pobre em fibras e em lactose, e diminuição progressiva da fórmula. A adoção e manutenção da terapêutica, farmacológica e nutricional, requeria o comprometimento e motivação da criança/adolescente e dos seus cuidadores, que nem sempre se verificava uma vez que era uma terapêutica de difícil cumprimento e que levava a mudanças muito grandes na vida destas crianças/adolescentes e suas famílias. Como tal, poderia ser necessário recorrer ao apoio psicológico para ajudá-los no decorrer do tratamento.

Casuística da consulta de nutrição do Hospital de Dia de Pediatria

Destas 69 consultas observadas, 13 foram avaliações, sendo a sua maioria avaliações após período de internamento, e 56 foram consultas de monitorização.

No total de 36 utentes, 44,4% (n= 16) eram do sexo masculino e 55,6% (n= 20) do sexo feminino. A mediana da idade foi 4,5 anos (P25; P75: 2,0; 14,0), sendo a idade mínima 13 dias e a idade máxima 18 anos. Em relação à estatura, a estatura mínima foi de 50,0 cm e a estatura máxima 180,0 cm. Em relação ao peso, 4,0 kg foi o peso mínimo observado e 65,3 kg o peso máximo observado.

A caracterização do estado nutricional dos utentes encontra-se na Tabela 2.9, presente no Apêndice 1. A medição do peso e da estatura foi possível de ser realizada a apenas 28 dos 36 utentes que frequentaram o Hospital de Dia.

2.3.2. Intervenção nutricional em contexto de internamento

Ao longo do estágio tive a oportunidade de acompanhar e colaborar na intervenção nutricional direcionada às crianças e adolescentes internadas no Serviço de Pediatria ou Cirurgia Pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Todos os dias, ao início da manhã, presenciava as passagens de turno, onde se reuniam os médicos e a nutricionista, de modo a analisar e expor os novos casos com que se depararam no Serviço de Urgência e alterações no quadro clínico dos utentes internados. Posteriormente, era realizada a visita à enfermaria, onde todos os utentes internados eram observados.

A intervenção nutricional em contexto de internamento consistia na realização da avaliação do risco e do estado nutricional, na definição de um diagnóstico nutricional, na implementação e monitorização da terapêutica nutricional adequada. A avaliação do risco é o ponto de partida para a implementação do suporte nutricional, sendo aplicada a ferramenta STRONGkids (*Screening Tool for Risk on Nutritional Status and Growth*). A aplicação desta ferramenta, idealmente aquando da admissão hospitalar, permite, segundo a norma NOP 001/2017, “identificar indivíduos que estão desnutridos ou em risco de desnutrição, determinando se uma avaliação nutricional mais detalhada é necessária” com o objetivo de atuar precocemente, nutrindo-os no momento adequado, prevenindo o agravamento do seu estado nutricional (Matos *et al.*, 2017). Sendo esta apenas uma ferramenta de avaliação de risco, era ainda realizada a avaliação do estado nutricional, através do exame físico (com

avaliação do estado geral, hidratação, edemas, função gastrointestinal), da avaliação antropométrica (peso, estatura/comprimento e IMC atuais, da verificação do histórico de peso, estatura/comprimento e IMC, do padrão de crescimento e de percentis), da verificação da história clínica (idade, antecedentes pessoais e familiares, motivo de internamento, diagnóstico médico, medicação atual, sintomatologia, avaliação de outros profissionais, nomeadamente enfermeiro e terapeuta da fala) e da verificação de parâmetros bioquímicos. Era ainda realizada a avaliação da ingestão e dos hábitos alimentares, com a recolha da informação acerca da qualidade e quantidade da ingestão alimentar, cumprimento da terapia nutricional, se instituída, possíveis alergias ou intolerâncias alimentares, ingestão de suplementos alimentares e averiguação da via utilizada para a alimentação.

Após a avaliação do risco e do estado nutricional, estabelecia-se o diagnóstico nutricional, os objetivos da intervenção nutricional e procedia-se à sua instituição. O plano alimentar e a suplementação, eram prescritos através do *software* ATRIUM, plataforma informática utilizada por todos os profissionais do SESARAM, EPERAM, estando disponível a prescrição de dietas pediátricas *standard* ou “padrão”, do “Formulário Dietético” do SESARAM, EPERAM, dietas do formulário de suplementação ou, quando as dietas “padrão” não satisfaziam as necessidades nutricionais do utente, de dietas personalizadas, elaboradas através de plano alimentar estruturado e individualizado. Quando a nutrição por via oral não era suficiente ou possível, era instituída a terapêutica nutricional por via entérica, através de SNO’s, por sonda, ou por via parentérica. Posteriormente, quando necessária, esta informação era passada ao Núcleo de Alimentação do Hospital Central do Funchal, onde eram entregues as dietas personalizadas ao assistente operacional fornecendo todas as indicações para o seu cumprimento.

As deslocações ao internamento requeriam a monitorização e reavaliação da evolução clínica do doente e do seu estado nutricional e, se necessário, ajuste/alteração da terapêutica nutricional. Por esse motivo tornava-se necessário avaliar regularmente a ingestão alimentar e quantificá-la, a existência de recusa e/ou diminuição da ingestão alimentar, alimentos oferecidos pelas visitas, sintomas gastrointestinais com impacto no estado nutricional do doente, os parâmetros antropométricos e bioquímicos, e ainda o estado de hidratação e a presença de edemas. A periodicidade da monitorização dependia da classificação obtida aquando da aplicação da ferramenta de identificação do risco nutricional (NOP 001/2017) e da própria evolução do utente após intervenção nutricional.

Aquando do momento da alta, sempre que necessário, o utente recebia orientação nutricional com um esquema das refeições sob a forma de um plano alimentar e/ou aconselhamento alimentar, e/ou com prescrição de suplementação e era informado acerca de possíveis alimentos desaconselhados dada a sua situação clínica. Quando necessário, era feito o seguimento do utente em ambulatório, em Hospital de Dia Pediátrico, em consulta externa de nutrição em meio hospitalar ou em consulta de nutrição do Centro de Saúde da sua área de residência.

Casuística da intervenção nutricional em internamento do Serviço de Pediatria

Durante o estágio no Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça colaborei com a nutricionista na intervenção nutricional em contexto de internamento. Das 190 consultas internas de nutrição, sendo que 137 foram avaliações e 53 foram monitorizações, 38 foram realizadas por mim (29 avaliações e 9 monitorizações).

No total foram avaliados 138 utentes, sendo que 53,6% eram do sexo masculino (n= 74) e 46,4% do sexo feminino (n= 64). A mediana da idade foi 2 anos (P25; P75: 0,6; 6,0), sendo a idade mínima 12 dias e a idade máxima 18 anos. Em relação à estatura, o comprimento mínimo foi 50,0 cm e a altura máxima 185,0 cm. Em relação ao peso, 2,7 kg foi o peso mínimo observado e 102,0 kg o peso máximo observado.

A caracterização do estado nutricional dos utentes encontra-se descrita na Tabela 2.10, presente no Apêndice 1. Apenas foi possível realizar a medição do peso e da estatura a 113 dos 138 utentes que estiveram internados.

Os principais diagnósticos de admissão a internamento foram pneumonia, com 12,2% dos casos, seguindo-se de infeção do trato urinário febril (9,4%), infeção respiratória (8,6%), bronquiolite (7,9%), gastroenterite (5,8%) e recusa alimentar (4,3%).

Como descrito anteriormente foi realizada a avaliação do risco nutricional às crianças e adolescentes internados, entre 1 mês e 18 anos, através da aplicação da ferramenta de rastreio de risco de desnutrição pediátrica STRONGkids. Observou-se que 31,9% dos utentes apresentou score 0, indicando baixo risco de desnutrição não sendo necessária intervenção nutricional, mas necessária monitorização do peso, 31,2% dos utentes apresentaram score 1, 23,9% apresentaram score 2 e 8,7% apresentaram score 3 indicando um risco médio de desnutrição, sendo necessário considerar intervenção nutricional e monitorização regular do

peso, 2,2% dos utentes apresentaram score 4 e 1,5% dos utentes apresentaram score 5 indicando um elevado risco de desnutrição, sendo necessário avaliação, diagnóstico, intervenção e monitorização nutricional.

2.3.3. Outras atividades desenvolvidas no Serviço de Atendimento ao Jovem

a) Sessões de educação alimentar

Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar o nutricionista do Serviço de Atendimento ao Jovem do Centro de Saúde do Bom Jesus, o Dr. Miguel Andrade, nas idas às escolas, com o objetivo de promover a literacia alimentar junto da comunidade educativa, através de sessões de educação alimentar dirigidas a alunos. Tive presente em 3 sessões de educação alimentar destinadas a alunos do 2º e 3º ciclos, com os seguintes temas: “Alimentação Saudável e Sustentável”, “Alimentação Saudável na Prevenção da Doença” e “Interpretação dos Rótulos de Produtos Alimentares”.

b) Materiais de educação alimentar

Durante o período de estágio, e com o objetivo de promover a literacia em alimentação e saúde em determinados grupos populacionais, produzi materiais de educação alimentar sob o formato de folheto informativo e *e-book*.

Desenvolvi um *e-book* intitulado “Receitas para toda a família”, destinado a ser utilizado como material de apoio à consulta de nutrição do Serviço de Pediatria, nomeadamente nas Consultas de Obesidade. Pesquisei, criei e conficionei as receitas, criei um registo fotográfico das preparações culinárias e daí construí este *e-book* que continha não só uma compilação de receitas para pequenos-almoços, lanches/snacks, almoços/jantares e sobremesas, fáceis, simples, saborosas e apelativas às crianças e adolescentes bem como algumas dicas para os pais/familiares adotarem no seu dia-a-dia de forma a aumentarem a aceitação de certos alimentos pelas suas crianças/adolescentes, com destaque para os hortícolas e leguminosas (Apêndice 4). Após exposição e partilha do *e-book* em reunião clínica da UND, acordou-se a sua disponibilização a cada utente da Consulta de Obesidade.

Durante o período de estágio no Serviço de Atendimento ao Jovem fui desafiada a elaborar dois folhetos informativos para o Processo Assistencial (PA) da Pré-obesidade no adulto, inserido no Modelo de Certificação de Unidades de Saúde (sistema de acreditação). A criação destes folhetos informativos surgiu pelo facto de o nutricionista integrar a equipa de Autoavaliação do Centro de Saúde do Bom Jesus, no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde. O PA da Pré-obesidade visa a orientação da prática clínica, para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, através da utilização mais efetiva dos vários recursos disponíveis nomeadamente do envolvimento de todos os profissionais implicados na prestação de cuidados. Para tal, baseiam-se no cuidado centrado no utente e na continuidade dos seus cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2016).

O objetivo da criação destes folhetos incidia na sensibilização do utente para a necessidade e importância da consulta de nutrição. Um dos folhetos de educação para a saúde na pré-obesidade apresentava diversas temáticas, desde fatores de risco, complicações associadas, diagnóstico a recomendações alimentares e de atividade física na pré-obesidade (Apêndice 5). Este folheto irá ser distribuído ao utente, na primeira consulta, pelo médico de família ou enfermeiro. O outro folheto elaborado, a ser entregue ao utente ainda na fase antes da consulta, abordava o tema da Dieta Mediterrânica com o intuito de despertar a curiosidade do utente e o seu interesse nesta temática. Explorava os seus princípios, a incidência a nível nacional da adesão à mesma e continha o PREDIMED, questionário de adesão à Dieta Mediterrânica em adultos (Apêndice 6). Ao responder a este questionário, o utente era informado acerca do seu grau de adesão a esta dieta.

Realizei a pesquisa bibliográfica e construí os folhetos informativos de uma forma clara e simples. Após a criação dos folhetos, os mesmos foram aprovados pelo Gabinete de Comunicação, depois pelo Gabinete da Qualidade e, por fim, pelo Conselho de Administração do SESARAM, EPERAM.

2.3.4. Apresentação de revisão bibliográfica em reunião científica

Durante o estágio tive a oportunidade de estar presente em 3 reuniões clínicas da UND, organizadas pela coordenadora desta unidade, a Dra. Teresa Esmeraldo. A primeira reunião decorreu a 20 de outubro de 2022, e foram abordados os seguintes temas: “Novas Soluções na Suplementação Nutricional Oral”, sessão realizada pela Dra. Marta Santos, *Medical Nutrition Specialist* da Nestlé, e “Microbiota Intestinal e Sistema Imunitário”, pela

Dra. Beatriz Azevedo. Na segunda reunião, a 15 de dezembro de 2022, foi abordado o “Diagnóstico inaugural de Doença Celíaca”, pela Dra. Carla Gonçalves, o "Atendimento nutricional à grávida, na prática", pela Dra. Alison Jesus, a "Quantificação dos consumos alimentares no Centro de Saúde de Santana", pelo Dr. Alexandre Tavares e a “Sarcopenia e Fragilidade”, pela Dra. Amélia Teixeira. A terceira reunião decorreu no dia 2 de março de 2023 e nela apresentei o tema “Perturbações da ingestão alimentar na 1ª infância”. No Apêndice 7 está presente a capa da apresentação. Nesse mesmo dia, a Dra. Ana Rodrigues apresentou o tema “Informação útil sobre papas de cereais”.

A escolha das “Perturbações do Comportamento Alimentar na Primeira Infância” como tema da minha apresentação deveu-se ao facto de esta ser uma temática pela qual desenvolvi interesse ao longo do Mestrado e pela vontade e necessidade de aprofundar os meus conhecimentos, dado o volume de consultas em que me deparei com crianças com quadros de seletividade alimentar, *picky eating*, neofobia alimentar, entre outros. Ao longo do estágio senti a necessidade de pesquisar e aprofundar os meus conhecimentos acerca do impacto da intervenção nutricional e das recomendações nutricionais nas diversas patologias em idade pediátrica observadas tanto em contexto de consulta como no internamento. Analisei a bibliografia científica e os diversos materiais de apoio à prática profissional do nutricionista, como *guidelines* e manuais, e reuni a informação mais recente com o objetivo de auxiliar no desenrolar das diversas atividades realizadas, como neste caso a apresentação em reunião.

Durante a apresentação foram abordados os seguintes tópicos:

- Comportamentos e hábitos alimentares na primeira infância: onde falei acerca das diferentes etapas do desenvolvimento normativo das crianças e do *tracking* dos comportamentos adquiridos na infância ao longo da adolescência e vida adulta;
- Comportamentos alimentares problemáticos na infância: sendo que foquei a minha atenção na recusa/evitamento alimentar, seletividade alimentar, *picky eating*, neofobia alimentar, comer de forma muito lenta, comer emocional e o petisco contínuo;
- Perturbações da ingestão e da alimentação na infância:
 - Abordei a epidemiologia, definição, diagnóstico, fatores de risco e sinais de alerta;
 - Expliquei e abordei a Perturbação da Alimentação Restritiva, Perturbação da Alimentação Excessiva/Compulsiva, Perturbação da Alimentação Atípica e Perturbação da Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva.

- Abordagens e estratégias terapêuticas nas perturbações da ingestão e da alimentação: o meu principal objetivo foi fornecer dicas e estratégias para os nutricionistas transmitirem aos pais/cuidadores em contexto de consulta.

2.3.5. Trabalho de investigação

Entre os meses de novembro e abril, realizei um trabalho de investigação que teve como objetivo avaliar os hábitos alimentares de crianças com sobrecarga ponderal e as atitudes parentais face aos mesmos. Para tal, elaborei um questionário, posteriormente entregue e preenchido, em contexto de consulta de nutrição, pelos encarregados de educação ou tutores de crianças entre os dois e os doze anos de idade que integravam a Consulta de Obesidade do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça e a Consulta de Combate à Obesidade Infantil e de Saúde Escolar do Centro de Saúde do Bom Jesus. Para participarem no estudo, os encarregados de educação tinham de concordar com a recolha e análise dos dados, assinando o consentimento informado.

Durante o mês de novembro dediquei parte do meu tempo à elaboração do questionário, do consentimento informado e do pedido de autorização.

Seguiu-se a aprovação do mesmo pelo Conselho de Administração, pela Comissão Científica e de Investigação e pela Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM, EPERAM.

Os dados foram recolhidos durante os meses de janeiro, fevereiro, março e abril, sendo que alguns dos questionários foram aplicados sob a forma de entrevista, durante ou antes da consulta de nutrição, e outros foram entregues aos encarregados de educação antes ou após a consulta de nutrição. O questionário englobava diversas secções, uma delas referente à avaliação dos hábitos alimentares, realizada através de questionário de frequência alimentar, onde foi interrogado o consumo de certos grupos de alimentos. Outra divisão do questionário era referente à avaliação das práticas e atitudes parentais face à alimentação das crianças. O questionário continha também uma secção correspondente à caracterização do contexto sociodemográfico, da informação referente ao nascimento e primeiro ano de vida da criança e dos hábitos de atividade física e de sono. Para o estudo foram ainda recolhidos parâmetros antropométricos como o peso, estatura e IMC atuais.

O trabalho de investigação encontra-se detalhado no capítulo III deste relatório.

2.3.6. Formações complementares

Ingressei em algumas formações complementares, em formato presencial e *online*, desde congressos, *webinars* e cursos de atualização profissional. Estas atividades permitiram a constante aprendizagem, enriquecimento e atualização dos conhecimentos.

Realizei o curso “Antropometria ISAK (*International Society for the Advancement of Kinanthropometry*) – Nível I”, lecionado pelo Dr. Eduardo Machado, formador da Associação Portuguesa de Nutrição, a 9, 10 e 11 de novembro de 2022, em Lisboa (Anexo 1). Com este curso adquiri competências, de acordo com as normas internacionais estabelecidas pela ISAK, para a avaliação antropométrica, bem como para a análise e interpretação dos resultados obtidos através dela, compreendi os seus pressupostos e as suas limitações como ferramenta da avaliação corporal.

Ingressei na formação “Nutrição nos Primeiros 1100 Dias de Vida”, lecionada pela Dra. Diana e Silva, que se realizou nos dias 24 e 25 de novembro de 2022, no Centro de Formação do Hospital Central do Funchal. Esta formação destinava-se a todos os nutricionistas da UND. Nela foram abordados os seguintes temas: “Alimentação Complementar: indicações e limitações”, “Epidemiologia. Leite Materno”, “Benefícios e Principais Contraindicações. Impacto da amamentação na saúde futura do lactente”, “Alimentação Complementar: Novos Modelos de Alimentação. O que sabemos?”, “Formulas Infantis: Evolução e Recomendações ao Longo do Tempo”, “Impacto da Alimentação no Crescimento. Risco Nutricional na Idade Pediátrica: Que Ferramentas?” e “Doenças Nutricionalmente Transmissíveis. Uma realidade na Idade Pediátrica”.

Ingressei ainda no curso *online* de “Nutrição Comportamental na Infância”, com uma duração de 3 horas, organizado pelo Instituto Nutrição Comportamental (Anexo 2).

Tive o gosto estar presente na XXXV Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia Hepatologia e Nutrição Pediátrica, que decorreu nos dias 9 e 10 de março de 2023, no hotel VidaMar no Funchal (Anexo 3), evento esse que se revelou muito enriquecedor e que contou com um leque rico de palestrantes nacionais e internacionais.

Estive presente na 10^a edição do Encontro de Nutrição e Alimentação que decorreu nos dias 25 e 26 de março de 2023, organizado pela Associação Nacional de Estudantes de Nutrição (Anexo 4). Este congresso contou com várias temáticas transversais às Ciências da Nutrição e Alimentação, reunindo intervenções de especialistas nacionais.

Capítulo III: Trabalho de investigação

De seguida, apresento o trabalho de investigação “Avaliação dos hábitos alimentares de crianças com sobrecarga ponderal e das atitudes dos pais face à alimentação das crianças” realizado ao longo do estágio no SESARAM, EPERAM.



AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS COM SOBRECARGA PONDERAL E DAS ATITUDES DOS PAIS FACE À ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS

Sara Freitas¹; Carla Gonçalves.²; Sónia Freitas³; Elisabete Pinto^{4,5}.

1. Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa
2. Unidade de Nutrição e Dietética, Serviço de Endocrinologia, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM
3. Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM
4. Centro de Biotecnologia e Química Fina, Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa
5. EpiUnit – Instituto da Saúde Pública da Universidade do Porto

Resumo

A etiologia da obesidade infantil é multifatorial, resultando da interação complexa entre fatores ambientais e individuais, nomeadamente o ambiente familiar e os comportamentos e hábitos alimentares.

Este trabalho pretendeu analisar os hábitos alimentares e a influência das práticas parentais de controlo alimentar em crianças com sobrecarga ponderal. E, ainda, a perceção parental acerca do peso da criança.

Os cuidadores responderam a um questionário sobre a situação socioeconómica, os hábitos alimentares das crianças, as práticas parentais de controlo alimentar, através de um questionário combinando o *Child Feeding Questionnaire* e as dimensões de controlo encoberto/explicito, e a perceção do peso da criança. Foram recolhidos os dados antropométricos das crianças.

Participaram 37 cuidadores de crianças com sobrecarga ponderal (idade mediana de 10 anos), seguidas na consulta de nutrição no SESARAM, EPERAM. Observou-se que o nível de escolaridade materna influenciou o consumo alimentar, a perceção parental do peso da criança e as práticas parentais, mas não exerceu influência no peso da criança. As práticas parentais não influenciaram o peso da criança, nem a perceção parental do peso, contudo estas influenciaram o consumo de certos alimentos, sendo que níveis baixos de pressão para comer estavam associados a um maior consumo de hortofrutícolas e níveis elevados de restrição estavam associados a um maior consumo de *snacks* doces pelas crianças. Verificou-se ainda que os cuidadores apresentavam uma perceção real acerca do peso da criança.

Os resultados do presente estudo mostram a necessidade de projetos de intervenção direcionados ao combate da obesidade infantil, especialmente nesta região em que a prevalência de excesso de peso continua das mais elevadas do país, e de considerar as dimensões do ambiente familiar no desenho desses projetos. De facto, o ambiente familiar, nomeadamente o nível de escolaridade materno e as práticas parentais de controlo da alimentação infantil, exerce influência nos hábitos alimentares das crianças.

Palavras-chave: Obesidade infantil; Comportamento alimentar; Cuidadores; Práticas alimentares

Abstract

The aetiology of childhood obesity is multifactorial, resulting from the complex interaction between environmental and individual factors, namely the family environment and eating habits and behaviours.

This study aimed to analyse eating habits and the influence of parental feeding practices on children with overweight. It also analysed parental perception of the child's weight.

The caregivers answered a questionnaire on socio-economic status, children's eating habits, parental feeding practices using a questionnaire combining the Child Feeding Questionnaire and the covert/explicit control dimensions, and weight perception. The children's anthropometric data was collected.

The participants were 37 caregivers of children with overweight (median age 10 years) who were followed up in the nutrition service at the SESARAM, EPERAM. It was observed that the mother's level of education influenced food consumption, parental perception of weight and parental feeding practices, but had no influence on the child's weight. Parental feeding practices did not influence the child's weight or parental perception of weight, but had influence in the consumption of certain foods, with low levels of pressure to eat being associated with greater consumption of fruit and vegetables and high levels of restriction being associated with greater consumption of sweet snacks by the children. It was also found that caregivers had a real perception of the child's weight.

The results of this study show the need to continue with intervention projects aimed at combating childhood obesity, especially in this region where the prevalence of overweight, including obesity, remains among the highest in the country, and to consider the dimensions of the family environment when designing these projects. In fact, the family environment, namely the level of maternal education and the parental practices adopted to control children's food intake, has an influence on children's eating habits.

Keywords: Paediatric obesity; Eating behaviour; Caregivers; Feeding practices

1. Introdução

A infância é uma janela de oportunidade única para a aquisição de hábitos e comportamentos alimentares saudáveis, que poderão perdurar na vida adulta. Contudo, segundo os dados do último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) observa-se que o grupo das crianças e adolescentes portugueses apresentam hábitos alimentares desajustados. Os resultados do estudo mostraram que este grupo apresentava um baixo consumo de hortofrutícolas, leguminosas e frutos oleaginosos e um elevado consumo de carne, pescado, ovos e laticínios, levando ao inadequado aporte em vitaminas e minerais e a uma elevada ingestão proteica. Observou-se, também, uma elevada ingestão de produtos alimentares ricos em açúcar, gordura e/ou sal, através do elevado consumo diário de refrigerantes e néctares, *snacks* doces, bolos e bolachas, *snacks* salgados e *fast food* (Lopes *et al.*, 2019). Estes hábitos alimentares inadequados aliados a um estilo de vida sedentário e inatividade física, assumem uma relação direta com o risco de desenvolvimento de excesso de peso e obesidade infantil (Karnik & Kanekar, 2012; Poorolajal *et al.*, 2020; Koletzko *et al.*, 2020).

Existe uma elevada prevalência de obesidade a nível mundial não só em adultos, mas também em crianças e adolescentes. Portugal é um dos países da Europa com maior prevalência de excesso de peso e obesidade em idade pediátrica (Rito *et al.*, 2023). Segundo os dados do Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil (EPACI) de 2012 observou-se que 32,6% das crianças com idades compreendidas entre os dois e os três anos apresentavam excesso de peso e obesidade e que, segundo os dados do *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) de 2022, 31,9% das crianças portuguesas com idades entre os seis e os oito anos apresentavam excesso de peso (incluindo obesidade) e 13,5% destas apresentavam obesidade, dados ligeiramente superiores aos da ronda anterior relativos a 2019 (Rego *et al.*, 2019; Rito *et al.*, 2023). A RAM apresentou uma prevalência de excesso de peso infantil acima da apresentada a nível nacional (32,9%) (Rito *et al.*, 2023).

A etiologia da obesidade infantil é multifatorial, resultando da interação complexa entre fatores a nível individual, incluindo a predisposição genética, fatores biológicos, metabólicos e comportamentais, atuando sob influência de fatores ambientais, desde o contexto familiar, escolar e da comunidade envolvente, assim como o contexto socioeconómico e cultural (Davison & Birch, 2001; Franks *et al.*, 2010; Karnik & Kanekar, 2012; Kumar & Kelly, 2017). Um ambiente obesogénico, que envolva a disponibilidade de

alimentos de elevada densidade energética e baixo valor nutricional, muitas vezes de elevada palatabilidade, associado a comportamentos sedentários e inatividade física, poderão, para além dos fatores genéticos, ter grande influência na trajetória do ganho de peso infantil (Larsen *et al.*, 2015; Kumar & Kelly, 2017; Schrepft *et al.*, 2018).

Embora nem todos os fatores que influenciam o comportamento alimentar sejam modificáveis, o ambiente e as experiências relacionadas com a alimentação poderão ser alterados e são centrais para o desenvolvimento do comportamento alimentar das crianças (DeCosta *et al.*, 2017). Sabendo que as preferências e comportamentos alimentares adquiridos na infância tendem a persistir na vida adulta e que poderão influenciar o estado nutricional e de saúde das crianças, é fundamental compreender o impacto do ambiente no comportamento alimentar infantil relacionado com o excesso de peso e obesidade, focando aqui a importância do contexto onde a criança está inserida, nomeadamente o contexto familiar (Viana *et al.*, 2008; Scaglioni *et al.* 2011; DeCosta *et al.*, 2017).

O ambiente familiar influencia os hábitos e preferências alimentares da criança, sendo os pais e os cuidadores considerados a maior influência ambiental na alimentação infantil (Larsen *et al.* 2015; Haines *et al.*, 2019; Koletzko *et al.*, 2020). Os pais moldam o comportamento alimentar das crianças através das suas próprias características, como o nível educacional e socioeconómico, e dos conhecimentos que transmitem à criança sobre alimentação. Por sua vez, o papel dos pais e cuidadores como modelos e exemplos a seguir, sobretudo no que diz respeito ao seu comportamento no momento das refeições, a disponibilidade e acessibilidade dos alimentos em casa e as práticas/atitude utilizadas para controlar a alimentação da criança também exercem influência no comportamento alimentar infantil e, conseqüentemente, no peso da criança (Davison & Birch, 2001; Larsen *et al.*, 2015). Os pais deverão servir como um modelo positivo no que toca a hábitos alimentares saudáveis, de atividade física, e promover a saúde física e mental (Koletzko *et al.*, 2020).

As atitudes dos pais adotadas para controlar a alimentação das crianças podem afetar diretamente o comportamento alimentar das últimas (Koletzko *et al.*, 2020). As práticas parentais de controlo alimentar são estratégias específicas utilizadas pelos pais para controlar “o que”, “quando” e “quanto” a criança consome (Larsen *et al.*, 2015). Os pais acabam por utilizar uma variedade de estratégias para moldar e influenciar os hábitos e comportamentos alimentares das crianças no sentido de aumentar ou diminuir a sua ingestão alimentar, e que indiretamente poderão afetar o peso da criança. Contudo, estes comportamentos poderão ser

uma mistura de estratégias eficazes e ineficazes, tornando-se muitas vezes contraproducentes (Scaglioni *et al.* 2011; Coelho *et al.*, 2017). São exemplos destas estratégias adotadas pelos pais a restrição de alimentos, a pressão para comer, a oferta de alimentos como recompensa, a monitorização e a disponibilidade de alimentos (Davison & Birch, 2001; Coelho *et al.*, 2017). A restrição envolve limitar o consumo de certos alimentos, controlando o tipo e a quantidade de alimentos que serão ingeridos pela criança (DeCosta *et al.*, 2017). É considerada por alguns pais como uma prática eficaz na diminuição da preferência de certos alimentos, mas poderá ter um efeito oposto. Poderá aumentar, em vez de diminuir, a preferência da criança pela ingestão dos alimentos que lhe foram restritos, feito de forma não intencional (Scaglioni *et al.*, 2018; Koletzko *et al.*, 2020). Estudos demonstram que esta prática parental parece estar relacionada positivamente com o IMC, produzindo um efeito oposto ao que era desejado, e com a ingestão alimentar da criança, em particular de hortofrutícolas, e uma associação negativa com o consumo de *snacks* e refrigerantes (Cardel *et al.*, 2012; Coelho *et al.*, 2017). Restringir o acesso das crianças a certos alimentos aumenta o desejo, a preferência e o consumo desses mesmos alimentos quando deixa de haver essa restrição, tornando esses alimentos mais apetecíveis e desejados pela criança, podendo contribuir para o aumento de peso (Cardel *et al.*, 2012). Este tipo de comportamentos restritivos impedem o autocontrolo da criança sobre o seu comportamento alimentar (Koletzko *et al.*, 2020). A pressão para comer é utilizada pelos pais com o objetivo de aumentar a ingestão alimentar da criança, seja no sentido de ingerir mais alimentos, por exemplo pressionando a criança para comer tudo o que está no prato ou para comer certos alimentos como a fruta e os hortícolas (Scaglioni *et al.* 2011; DeCosta *et al.*, 2017). Esta prática poderá limitar a capacidade de a criança autorregular a sua ingestão, condicionando a sua resposta aos sinais internos de fome e saciedade. A pressão exercida pelos pais para que as crianças consumam alimentos saudáveis poderá aumentar a ingestão de determinado alimento inicialmente, mas a longo prazo poderá ter consequências negativas na ingestão como a aversão e rejeição desses alimentos (Davison & Birch, 2001; Larsen *et al.* 2015; Coelho *et al.*, 2017). A literatura refere que parece existir uma associação inversa entre a pressão para comer e o IMC e a ingestão alimentar da criança, nomeadamente no que se refere ao consumo de hortofrutícolas e laticínios (Coelho *et al.*, 2017). Em relação à prática de monitorização, esta refere-se à observação exercida sobre os alimentos consumidos pela criança, por exemplo vigiar o consumo de alimentos considerados menos saudáveis (Coelho *et al.*, 2017). Esta prática parece estar associada negativamente ao consumo de hortofrutícolas e no que diz respeito ao IMC da criança, esta associação não é consistente na literatura, uma vez que se associa a um comportamento comum nos pais, não

diretamente relacionado com o peso da criança. Contudo, muitos pais acabam por exercer esta prática quando a criança já demonstra excesso de peso ou obesidade (Coelho *et al.*, 2017). Uma outra estratégia utilizada pelos pais é a utilização de alimentos como recompensa. Esta prática pode influenciar o desenvolvimento das preferências alimentares das crianças, uma vez que geralmente são oferecidos às crianças alimentos altamente palatáveis ricos em açúcar, gordura e sal como forma de recompensa por comportamentos corretos, resultando no aumento da preferência por esses alimentos (DeCosta *et al.*, 2017; Scaglioni *et al.*, 2018). O controlo explícito é percebido pelas crianças e refere-se à exigência dos pais face à quantidade de alimentos que a criança ingere, limitando a ingestão de alimentos menos saudáveis, e parece estar associado ao aumento da ingestão de alimentos mais saudáveis, influenciando negativamente o IMC da criança. O controlo encoberto limita, também, o acesso aos alimentos, mas não é percebido pela criança. Por exemplo práticas como não comprar nem ter disponíveis em casa alimentos considerados não saudáveis, ou não levar a criança a cafés ou restaurantes de comida considerada menos saudável, levando à diminuição da ingestão de alimentos menos saudáveis, influenciando positivamente o IMC da criança (DeCosta *et al.*, 2017; Coelho *et al.*, 2017; Scaglioni *et al.*, 2018).

A obesidade é uma doença crónica, mas nem sempre a família reconhece como sendo um problema. Os pais que apresentam menor preocupação com o peso dos seus filhos são aqueles que mais subestimam o excesso de peso das crianças (Scaglioni *et al.* 2011). Contudo, independentemente desta capacidade ou não de analisar corretamente o peso dos filhos, muitas vezes os pais procuram utilizar estas práticas de controlo alimentar para alterar o peso das suas crianças, existindo aqui uma relação bilateral entre as práticas parentais e o peso da criança. Geralmente, os pais de crianças com baixo peso e que apresentam pouco apetite e pouco interesse pela comida, tendem a exercer pressão para comer e, pelo contrário, pais com filhos com mais peso e com maior apetite e interesse pela comida, tendem a exercer a restrição e a monitorizar mais (Scaglioni *et al.* 2011; Coelho *et al.*, 2017; Scaglioni *et al.*, 2018).

Em suma, as práticas parentais de controlo alimentar adotadas em idades precoces têm impacto no peso e nos comportamentos e hábitos alimentares ao longo da infância (Sleddens *et al.*, 2011; Verduci *et al.*, 2021). Criar limites no tempo de ecrã e nos comportamentos sedentários, o incentivo à prática de atividade física e evitar utilizar práticas coercivas são atitudes que poderão ser adotadas no contexto familiar de forma a contrariar o ambiente obesogénico em que as crianças estão inseridas atualmente (Koletzko *et al.*, 2020). Uma

prática parental positiva no que diz respeito à alimentação é essencial para construir e moldar hábitos alimentares saudáveis nas crianças. Práticas que permitam que as crianças façam escolhas e que autorregulem a sua ingestão, autolimitando o tamanho das porções ingeridas, podem influenciar positivamente o seu comportamento alimentar (Haines *et al.*, 2019).

Posto isto, é fundamental conhecer o efeito das práticas parentais de controlo alimentar no peso e nos hábitos alimentares das crianças de forma a considerá-las no desenho de intervenções e programas de prevenção e tratamento da obesidade infantil (Coelho *et al.*, 2017; Rego *et al.*, 2019). No entanto, é expectável que aspetos culturais e sociais sejam variáveis de interação na associação entre tais práticas e o estado nutricional das crianças.

A evidência acima espelhada tem sido obtida em amostras de crianças inseridas na comunidade. As crianças com sobrecarga ponderal e suas famílias que se encontram em acompanhamento nutricional terão, provavelmente conhecimentos sobre nutrição e alimentação, bem como estarão sensibilizadas para a temática de uma forma particular, que seria interessante conhecer. Por outro lado, no melhor do nosso conhecimento, tal avaliação nunca foi feita na RAM.

1.1. Objetivos do estudo

O presente estudo teve como objetivo principal investigar alguns dos fatores que influenciam o comportamento alimentar infantil, determinantes da obesidade em idade pediátrica. Caracterizaram-se os hábitos alimentares de um grupo de crianças com sobrecarga ponderal, referenciadas para a Consulta Externa de Nutrição no SESARAM, EPERAM, bem como as atitudes e práticas parentais face à alimentação das mesmas. Investigou-se, também, a relação entre as atitudes e práticas parentais de controlo alimentar com o nível de escolaridade materno, consumo alimentar e peso das crianças. E, ainda, foi analisada a perceção parental face à imagem corporal da criança.

2. Metodologia

2.1. Desenho do estudo

O presente estudo descritivo transversal teve como foco conhecer especificamente a realidade das crianças com sobrecarga ponderal, com idades compreendidas entre os dois e os

dozes anos, que frequentavam as consultas de nutrição no SESARAM, EPERAM, no que diz respeito aos seus hábitos alimentares e contexto familiar.

O recrutamento da amostra foi realizado em contexto de consulta externa de nutrição e foram incluídas crianças com idades compreendidas entre os dois e os doze anos com sobrecarga ponderal, incluindo pré-obesidade e obesidade, seguidas em consulta para controlo do peso corporal na Consulta de Obesidade do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, na Consulta de Combate à Obesidade Infantil e na Consulta de Saúde Escolar do Centro de Saúde do Bom Jesus, do SESARAM, EPERAM. Para critérios de exclusão, foi considerada a permanência da criança em casa de acolhimento, não estando, naquele momento, à responsabilidade dos seus pais/tutor, e crianças com classificação em termos de estado nutricional como baixo peso ou peso normal.

A realização do estudo foi aprovada pela Comissão de Ética para a Saúde e pela Comissão Científica e de Investigação do SESARAM, EPERAM (Nº do ofício S.23000959).

2.2. Recolha da informação

Previamente à participação no estudo, os pais ou tutores das crianças deveriam autorizar a participação, sendo esta de forma anónima e voluntária, assinando o consentimento informado (Apêndice 8). A apresentação e explicação do objetivo do estudo, assim como a metodologia a utilizar, foi feita de forma verbal a cada cuidador/tutor. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário em contexto de consulta de nutrição, entre o mês de janeiro e o de abril de 2023, tendo sido possível reunir um total de trinta e sete participantes. Dez participantes (27,0%) já estavam a ser seguidos em consulta de nutrição, sendo que para 73,0% (n= 27) dos participantes, o questionário foi aplicado na primeira consulta.

2.3. Questionário

O questionário preenchido pelos pais ou tutores encontrava-se subdividido em cinco grupos. A primeira secção dizia respeito à caracterização sociodemográfica, com questões acerca da criança, como a data de nascimento e sexo, e da sua família, nomeadamente com quem vivia a criança, a idade e a escolaridade dos seus pais. O segundo grupo continha questões acerca da antropometria ao nascimento, aleitamento materno e primeiros alimentos

consumidos pela criança. O terceiro grupo, relativo aos hábitos alimentares, contemplou perguntas acerca da toma do pequeno-almoço e lanches e um questionário de frequência alimentar. Ainda neste grupo estavam reunidas questões acerca das práticas e atitudes parentais face ao comportamento alimentar das crianças. Estas questões foram adaptadas do questionário utilizado na coorte Geração XXI, validado em crianças portuguesas de 4 anos, que combinou o *Child Feeding Questionnaire* (CFQ) e as dimensões de controlo encoberto e controlo explícito, onde foram analisadas as seguintes dimensões: “preocupação sobre o peso da criança”, “pressão para comer”, “restrição”, “monitorização”, “controlo encoberto” e “controlo explícito” (Birch, *et al.*, 2001; Real *et al.*, 2014). Todos os itens foram medidos por uma escala *Likert* de 5 pontos, sendo que as pontuações mais altas indicam um maior uso da respetiva prática de controlo alimentar. Para cada dimensão do CFQ, foram calculadas pontuações médias categorizadas em “nível baixo” (inferior ou igual a 2), “nível médio” (igual a 3), “nível elevado” (igual ou superior a 4). A confiabilidade interna medida pelo alfa de *Cronbach* variou entre os diversos fatores (alfa de *Cronbach*: preocupação com o peso= 0,575, restrição= 0,185; pressão para comer= 0,728; monitorização= 0,969; controlo explícito= 0,751; controlo encoberto= 0,606). O CFQ é frequentemente utilizado no desenvolvimento de estudos para avaliar as práticas parentais de controlo alimentar. No quarto grupo questionou-se sobre hábitos de estilo de vida, nomeadamente acerca da prática de atividade física extraescolar, incluindo perguntas acerca da duração e frequência da mesma, e o número de horas de sono diárias. O último grupo continha uma pergunta acerca da perceção que o cuidador/tutor tinha acerca da imagem corporal (peso em relação à altura e à idade) da criança (Apêndice 9).

2.4. Avaliação antropométrica

No momento da aplicação do questionário em contexto de consulta, recolheram-se, também, dados antropométricos de acordo com as orientações disponibilizadas na publicação Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil, nomeadamente mediram-se o peso (kg) e a estatura (cm), através de uma balança digital da marca TANITA® TBF-300, com precisão de 0,1 kg, e de um estadiómetro fixo da marca SECA®, com precisão de 0,1 cm, respetivamente (Rito *et al.*, 2011). Calculou-se o IMC, através da fórmula peso (kg) / estatura (m)², efetuando a caracterização do estado nutricional dos participantes de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2006 e 2007, tendo em consideração a

idade e o sexo dos participantes (de Onis & Lobstein, 2010). Para a obtenção dos Z-Scores do IMC para a idade utilizaram-se os softwares WHO Anthro (versão 3.2.2) e WHO AnthroPlus (versão 1.0.4) para crianças dos dois aos quatro anos e para crianças com idade igual ou superior a 5 anos, respetivamente [World Health Organization (WHO), n.d.a; WHO, n.d.b].

2.5. Análise estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* estatístico SPSS, versão 28.0 para Microsoft Windows. Foi utilizado o valor de $p < 0,05$ como indicador de significância estatística.

Em termos de análise descritiva, para a caracterização da amostra, as variáveis contínuas foram apresentadas pela sua média e desvio padrão ou pela mediana e amplitude interquartil. As variáveis categóricas foram apresentadas pela sua frequência absoluta e relativa. Relativamente à análise exploratória dos dados, foi utilizado o teste de Shapiro Wilk de forma a testar a normalidade da distribuição. A fim de avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis contínuas foi utilizado o teste paramétrico de t de Student ou o seu alternativo, teste não paramétrico, o teste de Mann-Whitney consoante se a variável tinha distribuição normal ou não, respetivamente. As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste do Qui-Quadrado ou pelo teste de exato de Fisher. Para a verificação das diferentes associações entre as várias variáveis de interesse utilizaram-se as correlações de Spearman. Para a confiabilidade e verificação da consistência interna dos diversos itens que compõe o CFQ, obteve-se o alfa de *Cronbach*, sendo considerada uma consistência aceitável um valor superior a 0,7.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra

Caracterização sociodemográfica

A amostra deste estudo foi constituída por 37 cuidadores e respetivas crianças, sendo que 16 (43,2%) eram do sexo feminino e 21 (56,8%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos, sendo a mediana das idades correspondente a 10,0 anos (P25; P75: 7,0; 11,0).

A maior parte das crianças vivia juntamente com a sua mãe, pai e irmão(s) (59,5%), ou apenas com a sua mãe e pai (18,9%). A maioria das crianças estava acompanhada nas consultas pela mãe, sendo que 86,5% dos questionários foram respondidos pelas mães. A idade média das mães foi de 39,1 anos \pm 7,8 anos e em relação ao nível de escolaridade, 27,0% (n= 10) possuíam o 1º ciclo do ensino básico, 13,5% (n= 5) possuíam o 2º ciclo do ensino básico, 24,3% (n= 9) possuíam o 3º ciclo do ensino básico, 24,3% (n= 9) possuíam o ensino secundário e 10,8% (n= 4) possuíam o ensino superior.

Estado nutricional das crianças

Após categorização dos valores de Z-Score do IMC para obtenção da caracterização do estado nutricional das crianças, observou-se que 2 (5,4%) utentes apresentavam pré-obesidade, 22 (59,5%) apresentavam obesidade e 13 (35,1%) tinham obesidade grave. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, contudo foi possível observar que existiam mais utentes do sexo masculino dentro da classificação obesidade grave. A mediana do Z-Score do IMC foi de 2,99 (P25; P75: 2,7; 3,8). Ao analisar por faixa etária, das 4 crianças com idade inferior a 5 anos, todas apresentavam um estado nutricional de obesidade. Das 33 crianças em idade escolar, 2 (6,1%) apresentavam um estado nutricional de pré-obesidade, 18 (54,5%) obesidade e 13 (39,4%) obesidade grave.

Primeiro ano de vida

A maioria das mães (97,3%) reportaram que tiveram um tempo de gestação a termo, sendo que apenas uma reportou um tempo de gestação inferior a 37 semanas. Em relação ao tipo de parto, 43,2% das crianças nasceram por cesariana (n= 16), 12 nasceram por parto normal (32,4%) e 7 nasceram com auxílio de ventosa ou fórceps. Ainda falando do nascimento, a média do peso à nascença foi de 3,5 kg \pm 0,5 kg, sendo o peso mínimo 2,6 kg e o máximo 5,0 kg. A mediana do comprimento ao nascimento foi 50,0 cm, sendo o comprimento mínimo 41,0 cm e o máximo 59,0 cm (P25; P75: 49,0; 51,0).

Verificou-se que 75,7% das crianças tinham sido amamentadas. Em relação à duração do aleitamento materno, 25,0% das crianças foram amamentadas até aos 6 meses e 39,3% das crianças foram amamentadas mais de 6 meses, onde apenas 5 (17,9%) mantiveram o

aleitamento materno para além dos 12 meses. Um mês e meio foi a duração mínima de aleitamento e 48 meses foi a duração máxima observada (P25; P75: 3,3; 12,0).

No que diz respeito à introdução da alimentação complementar, 2 (5,6%) mães reportaram que introduziram os alimentos antes dos 4 meses, 18 (50,0%) mães referiram que introduziram entre os 4 e os 5 meses, 13 (36,1%) fizeram-no aos 6 meses e 3 (8,3%) iniciaram após os 6 meses. A mediana de idade da introdução alimentar foi aos 5 meses (P25; P75: 4,0; 6,0), sendo que 15 (40,5%) mães começaram por introduzir a sopa de legumes, 13 (35,2%) optaram por iniciar pela papa de cereais, 4 (10,8%) iniciaram pela fruta e as restantes não se recordavam do primeiro alimento introduzido (n= 5; 13,5%).

Em relação a alergias ou intolerâncias alimentares observadas nos primeiros anos de vida, a maior parte das crianças não apresentou nenhuma (86,5%). Das 5 (13,5%) crianças que apresentaram alguma alergia ou intolerância alimentar, 3 delas apresentaram intolerância à lactose.

Hábitos alimentares das crianças

Relativamente à toma do pequeno-almoço, verificou-se que a maioria das crianças o tomavam todos os dias (78,4%), contudo 5 (13,5%) crianças consumiam por vezes e 3 (8,1%) nunca consumiam o pequeno-almoço. Quanto ao lanche da manhã, foi possível verificar que maioritariamente era oferecido pela escola (59,5%) e o lanche da tarde era maioritariamente fornecido de casa (51,4%). No que diz respeito ao momento da refeição em casa, 26 (70,3%) crianças realizavam as refeições em família, sem distrações como televisão e telemóvel. Contudo, 11 crianças (29,7%) não realizavam as refeições neste contexto e ambiente.

Na Tabela 3.1., presente no Apêndice 10, são apresentadas as frequências de consumo de certos alimentos, utilizando a informação do questionário de frequência alimentar. Em relação ao consumo de hortícolas, considerando apenas os consumidos no prato e não para a confeção da sopa, 22 (59,5%) crianças consumiam diariamente, não havendo diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo ($p= 0,878$). É de realçar que 11,1% das crianças nunca consumiam hortícolas no prato e que 14 (37,8%) crianças apresentaram um baixo consumo de hortícolas no prato. Em relação ao consumo de sopa, 20 (54,1%) crianças consumiam sopa pelo menos 1 vez por dia, não havendo diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo ($p= 0,666$). Ao contabilizar o consumo de hortícolas, através dos

hortícolas no prato e da sopa, 70,3% (n= 26) das crianças consumiam hortícolas diariamente e por outro lado, 29,7% (n= 11) das crianças não consumiam produtos hortícolas com esta frequência, podendo existir aqui uma inadequação no consumo de hortícolas entre estas crianças. Em relação ao consumo de fruta, 67,6% (n= 25) das crianças consumiam fruta fresca diariamente, sendo que 36,1% (n= 13) consumiam 2 vezes por dia e 19,4% consumiam 3 ou mais vezes por dia, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre sexos ($p= 0,517$). De salientar que 8,1% (n= 3) das crianças consumiam menos do que 1 vez por dia.

Fazendo a análise em termos de grupos de alimentos, em relação ao consumo de hortofrutícolas, que inclui o consumo de hortícolas no prato, sopa de legumes e fruta, 9 (24,3%) crianças consumiam menos de 1 porção por dia, 6 (16,2%) consumiam entre 1 e 2 porções diariamente, 13 (35,1%) consumiam 3 a 4 porções por dia e apenas 9 (24,3%) crianças consumiam 5 ou mais porções por dia, considerado este como o consumo ideal. Ou seja, 75,7% das crianças consumiam menos de 5 porções de hortofrutícolas por dia, considerando-se um consumo insuficiente. Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo ($p= 0,136$), contudo observou-se uma tendência de adequação de consumo de hortofrutícolas entre as raparigas. Ao analisar o consumo diário de 5 ou mais porções hortofrutícolas entre dois grupos etários, divididos de acordo com a mediana (10 anos), não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p= 1,000$) entre os grupos. No entanto, foi possível observar uma tendência de maior adequação no consumo de hortofrutícolas no grupo de crianças com idade inferior ou igual a 10 anos (n= 5, 25,0%).

Em relação ao consumo de alimentos que tipicamente poderão estar presentes nos pequenos-almoços e lanches de crianças, apenas 2 (5,4%) crianças consumiam cereais açucarados 1 vez por dia, 27,0% das crianças consumiam 2 a 6 vezes por semana e 40,5% nunca consumia este tipo de cereais. Em relação aos pães com chocolate, apenas uma (2,7%) criança consumia este tipo de alimento 1 vez por dia, sendo que 13 (35,1%) crianças tinham um consumo inferior ou igual a 3 vezes por mês e 14 (37,8%) nunca consumiam. Nenhuma criança consumia produtos de pastelaria diariamente, 43,2% (n= 16) das crianças apresentavam um consumo semanal, 32,4% (n= 12) apresentavam um consumo mensal e 24,3% (n= 9) nunca consumiam. Três (8,1%) crianças consumiam chocolate e outras guloseimas pelo menos 1 vez por dia, 21 (56,8%) crianças consumiam este tipo de alimentos com uma frequência semanal e 13 (35,1%) crianças consumiam numa frequência mensal. Uma (2,7%) criança consumia *snacks* salgados 2 vezes por dia, sendo que a maioria

apresentava um consumo semanal (n= 16; 43,2%) ou mensal (n= 18; 48,6%). Em relação ao consumo de néctares, 1 (2,9%) criança consumia 3 ou mais vezes por dia, 17 (53,1%) crianças tinham um consumo semanal, 10 (28,6%) crianças tinham um consumo mensal e 7 (20,0%) nunca consumiam. No que diz respeito ao consumo de refrigerantes, 2 (5,6%) crianças consumiam diariamente, 13 (35,1%) crianças apresentavam um consumo semanal, 7 (19,4%) crianças consumiam mensalmente e 14 (38,9%) nunca consumiam refrigerantes.

No que diz respeito ao consumo destes alimentos de elevada densidade energética, onde se inclui os cereais de pequeno-almoço açucarados, pães com chocolate, produtos de pastelaria, chocolates, doces, guloseimas, snacks salgados, néctares e refrigerantes, a maioria das crianças (n= 29, 78,4%) não consumia este tipo de alimentos diariamente. De salientar que 8 (21,6%) crianças consumiam alimentos de elevada densidade energética de forma diária. Não foi possível observar diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo ($p= 0,428$), contudo observou-se uma tendência para um maior consumo destes alimentos entre os rapazes. Ao analisar o consumo diário deste tipo de alimentos entre dois grupos etários, de acordo com a mediana, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,701$) entre os grupos. No entanto, foi possível observar uma tendência de maior consumo diário de alimentos densamente energéticos entre as crianças mais novas, com idade inferior ou igual a 10 anos (n=5, 25,0%).

O pão, seja escuro ou branco, é consumido de forma diária pela maioria das crianças e relativamente ao consumo de laticínios, 6 (16,2%) crianças consumiam laticínios 3 ou mais vezes por dia, sendo que 31 (83,8%) crianças consumiam menos de 3 vezes por dia, podendo haver casos de consumo inadequado. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no consumo de laticínios quanto ao sexo ($p= 0,680$), contudo observou-se uma tendência para um maior consumo destes alimentos entre os rapazes.

Ao analisar o consumo de hortofrutícolas de acordo com as recomendações e o consumo diário de alimentos densamente energéticos entre as crianças que já são seguidas em consulta de nutrição e as crianças que foram entrevistadas na primeira consulta, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,041$) relativamente ao consumo dos hortofrutícolas, mostrando ser superior entre crianças já seguidas em consulta de nutrição. Por outro lado, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p= 1,000$) em relação ao consumo dos alimentos densamente energéticos, mas foi possível observar uma tendência de menor consumo entre as crianças já seguidas em consulta de nutrição.

Práticas parentais de controlo alimentar

Ao analisar as respostas referentes ao CFQ, conforme observado na Figura 3.1., presente no Apêndice 11, no que diz respeito à dimensão “preocupação com o peso”, 2 (5,4%) cuidadores apresentaram níveis baixos de preocupação, 13 (35%) apresentaram níveis médios e 22 (59,5%) níveis elevados. A mediana da pontuação referente foi de 4,0 (P25; P75: 3,3; 4,3). Posto isto, observou-se que mais de metade dos cuidadores apresentavam níveis elevados de preocupação com o peso da criança, não existindo diferenças estatisticamente significativas caso a criança fosse menino ou menina ($p=0,135$).

Em relação à dimensão “pressão para comer”, 16 (43,2%) cuidadores apresentaram níveis baixos, 18 (48,6%) apresentaram níveis médios e 3 (8,1%) níveis elevados, evidenciando que a maior parte dos cuidadores apresenta níveis baixos ou médios de pressão para comer. A média da pontuação foi de $2,4 \pm 1,1$. Em relação a esta prática parental não existiram diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo ($p=0,442$).

No que diz respeito à dimensão “restrição”, nenhum cuidador apresentou níveis baixos de restrição, 26 (70,3%) apresentaram níveis médios e 11 (29,7%) níveis elevados. Como tal, foi possível observar que todos os cuidadores exerciam algum grau de restrição alimentar com a sua criança, não se verificando diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo ($p=0,183$). A média da pontuação foi de $3,5 \pm 0,5$.

Relativamente à dimensão “monitorização”, 2 (5,4%) cuidadores apresentaram níveis baixos, 8 (21,6%) apresentaram níveis médios e a maioria dos cuidadores ($n=27$, 73,0%) apresentou níveis elevados de monitorização, não se observando diferenças estatisticamente significativas entre sexos ($p=0,962$). A mediana da pontuação foi de 4,0 (P25; P75: 3,5; 5,0).

No que diz respeito à dimensão “controlo explícito”, nenhum cuidador apresentou níveis baixos, 18 (48,6%) apresentaram níveis médios e 19 (51,4%) níveis elevados, mostrando que todos os cuidadores praticavam algum grau de controlo explícito em relação aos hábitos alimentares da sua criança, não existindo diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo ($p=0,413$). A mediana da pontuação foi de 4,0 (P25; P75: 3,5; 4,6).

Quanto à dimensão “controlo encoberto”, 1 (2,7%) cuidador apresentou nível baixo, mais de metade ($n=23$; 62,2%) dos cuidadores apresentaram níveis médios e 13 (35,2%) níveis elevados, não existindo diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo ($p=0,492$). A média da pontuação foi de $3,5 \pm 0,7$.

Hábitos de estilo de vida

Em relação aos hábitos de sono, o valor mediano de horas de sono correspondeu a 9,0 horas (P25; P75: 8,0; 10,0), sendo que a distribuição do número de horas era semelhante em ambos os sexos ($p= 0,144$). Foi possível observar que 23 (62,2%) crianças cumpriam as recomendações de horas de sono diárias para a sua faixa etária, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p= 0,183$). Ao analisar por faixa etária, metade das crianças ($n= 2$, 50%) com idade inferior a 5 anos dormiam menos de 10 horas de sono e 11 (33,3%) crianças com 5 ou mais anos não dormiam pelo menos 9 horas de sono diário, sendo que a maioria ($n= 22$, 66,7%) dormia pelo menos 9 horas por dia.

Relativamente aos hábitos de atividade física, 22 (59,5%) crianças praticavam atividade física extraescolar, e por outro lado, 15 (40,5%) crianças não praticavam, sendo que esta frequência era semelhante em ambos os sexos ($p= 0,306$). Das 33 crianças em idade escolar (com idade igual ou superior a 5 anos), 48,5% ($n= 16$) praticavam 1 a 3 horas semanais de exercício físico organizado, em clubes desportivos, e apenas 4 (12,1%) praticavam mais de 5 horas semanais. A mediana de tempo semanal foi de 120,0 minutos (P25; P75: 91,3; 175,0), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p= 0,110$). Das 22 crianças em idade escolar que praticavam algum desporto, apenas 6 praticavam 3 ou mais vezes por semana. Ou seja, 27 crianças em idade escolar (81,8%) não praticavam desporto pelo menos 3 vezes por semana.

Perceção do peso da criança pelo cuidador

Fazendo referência à perceção dos cuidadores em relação ao peso da criança, a maioria dos cuidadores ($n= 31$; 83,8%) consideraram que a criança tinha peso a mais para a altura e idade e 16,2% ($n= 6$) dos cuidadores consideraram que a criança tinha um peso adequado para a altura e idade. Relativamente aos cuidadores que percecionaram o peso das crianças como sendo adequado, 31,5% ($n= 5$) eram cuidadores de crianças do sexo feminino e relativamente aos cuidadores que percecionaram que a criança tinha peso a mais, a sua maioria eram cuidadores de crianças do sexo masculino ($n= 20$, 95,2%).

3.2 Associação entre o nível de escolaridade materno e o peso, a percepção materna do peso, a frequência de consumo e as práticas parentais de controlo alimentar da criança

No que diz respeito à relação entre o nível de escolaridade materno e o peso da criança, caracterizado pelo Z-Score do IMC, não foi possível observar correlações estatisticamente significativas ($\rho = -0,206$; $p = 0,221$). No que diz respeito à relação entre o nível de escolaridade materno e a percepção do peso da criança pelo cuidador, foi possível observar uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($\rho = 0,367$; $p = 0,026$), indicando que à medida que aumenta o nível de escolaridade materno, também aumenta a sua percepção acerca do peso real da criança.

Quando analisada a relação entre o nível de escolaridade da mãe e a frequência de consumo de alimentos (Tabela 3.2., presente no Apêndice 10), observou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o consumo de hortícolas no prato por parte da criança ($\rho = 0,418$; $p = 0,011$), indicando que quanto mais alta foi a escolaridade da mãe, maior foi o consumo de hortícolas no prato por parte da criança. Não foram observadas correlações estatisticamente significativas para os restantes alimentos ou grupo de alimentos.

Quanto à relação entre o nível de escolaridade materno e as práticas parentais de controlo alimentar (Tabela 3.3., presente no Apêndice 10), observou-se apenas uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a dimensão de pressão para comer ($\rho = -0,403$; $p = 0,013$), o que significa que o nível de escolaridade superior esteve associado a uma menor pressão para comer exercida na criança. Não foram observadas correlações estatisticamente significativas para as outras dimensões do CFQ.

3.3. Associação entre as práticas parentais de controlo alimentar e a frequência de consumo alimentar, o peso da criança e a percepção parental do peso da criança

Quando verificada a relação entre as diversas dimensões que compõe o CFQ (Tabela 3.4., presente no Apêndice 10), foi possível observar apenas uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($\rho = -0,354$; $p = 0,031$), nomeadamente entre a pressão para comer e o controlo explícito, indicando que à medida que o nível de pressão para comer aumenta, também aumenta o nível de controlo explícito.

Na Tabela 3.5., presente no Apêndice 10, está evidenciada a relação entre as práticas parentais e a frequência de consumo de certos alimentos. Relativamente à prática de restrição,

foram observadas correlações positivas e estatisticamente significativas com a frequência de consumo de pão escuro ($\rho = 0,400$; $p = 0,014$) e de chocolate e outras guloseimas ($\rho = 0,426$; $p = 0,009$). Deste modo, o aumento da restrição exercida pelos pais estava associado ao aumento do consumo desses alimentos. Relativamente à dimensão de pressão para comer, foi observada uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o consumo de hortícolas no prato ($\rho = -0,389$; $p = 0,019$). Por tanto, o aumento da pressão exercida pelos pais levou à diminuição da ingestão de hortícolas pela criança. No que diz respeito à dimensão de controlo explícito foram observadas correlações positivas e estatisticamente significativas com o consumo de pão escuro ($\rho = 0,378$; $p = 0,021$) e de bebidas vegetais ($\rho = 0,353$; $p = 0,032$), assim um maior controlo explícito estava associado a um maior consumo destes alimentos. Por sua vez, verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a frequência de consumo de cereais açucarados ($\rho = -0,440$; $p = 0,006$) e de chocolates e outras guloseimas ($\rho = -0,410$; $p = 0,012$). Assim, um maior controlo explícito sobre os filhos estaria relacionado com um menor consumo de cereais açucarados e de guloseimas. Por último, relativamente à dimensão de controlo encoberto, observou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o consumo de pães de chocolate ($\rho = 0,459$; $p = 0,005$), estando o maior controlo encoberto relacionado a um maior consumo desse alimento e, por outro lado, observou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o consumo de hortícolas no prato ($\rho = -0,353$; $p = 0,037$). Deste modo, um maior controlo encoberto estaria relacionado com o menor consumo de hortícolas no prato. Não foram observadas correlações com significado estatístico entre os diversos alimentos e as dimensões de preocupação com o peso e monitorização.

No que diz respeito à relação entre as práticas parentais de controlo alimentar das crianças e a adequação ou não do consumo de hortofrutícolas e de alimentos de elevada densidade energética, não foram observadas correlações estatisticamente significativas. Apenas foi possível realizar análise descritiva em termos de frequência de consumo de hortofrutícolas igual ou superior a 5 vezes por dia e de alimentos de elevada densidade energética pelo menos 1 vez por dia, em cada um dos níveis de cada dimensão do CFQ. Conforme apresentado na Tabela 3.6., presente no Apêndice 10, observou-se uma maior percentagem de crianças a consumir hortofrutícolas 5 ou mais vezes por dia no nível médio de preocupação com o peso, restrição, controlo explícito e encoberto, no nível elevado de monitorização e no nível baixo de pressão para comer. Relativamente ao consumo de alimentos de elevada densidade energética, observou-se uma maior percentagem de crianças a

consumir este tipo de alimentos 1 ou mais vezes por dia no nível elevado de preocupação com o peso, monitorização e controlo encoberto e no nível médio de restrição e pressão para comer (Tabela 3.7., presente no Apêndice 10).

Analisando a relação entre as práticas parentais de controlo alimentar e o peso da criança, caracterizado pelo Z-Score do IMC, não foram observadas correlações com significado estatístico (Tabela 3.8., presente no Apêndice 10).

Quando analisada a relação entre as práticas parentais de controlo alimentar e a perceção dos cuidadores face ao peso das crianças (Tabela 3.9., presente no Apêndice 10), não se observou uma relação estatisticamente significativa entre as diversas práticas parentais de controlo alimentar de acordo com a perceção que o cuidador tem acerca do peso da criança. As médias de pontuação de cada dimensão do CFQ foram semelhantes entre cuidadores que consideravam que a criança tinha peso adequado e os que consideravam que tinham peso a mais.

3.4. Associação entre a perceção do peso da criança pelos cuidadores e o peso real da criança

Na Tabela 3.10., no Apêndice 10, está presente a análise entre a perceção dos cuidadores face ao peso da criança e o peso real da criança, caracterizado pelo Z-Score do IMC. Das 2 crianças com pré-obesidade, ambos os cuidadores consideraram que a criança tinha peso a mais para a altura e idade. Em relação às 22 crianças com obesidade, 27,3% (n= 6) dos cuidadores consideraram que a criança tinha um peso adequado e 72,7% (n= 16) consideraram que a criança tinha peso a mais. Das 13 crianças com obesidade grave, todos os cuidadores consideraram que a criança tinha peso a mais. Foi possível observar uma tendência que os cuidadores de crianças do sexo masculino tinham uma melhor perceção do peso da criança. Apenas um cuidador de uma criança do sexo masculino com obesidade percecionou que a criança tinha peso adequado e, por outro lado, 5 cuidadores de crianças do sexo feminino com obesidade percecionaram que tinham um peso adequado.

Foi possível observar uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a perceção parental do peso da criança e o peso da criança, caracterizado pelo Z-Score do IMC ($\rho= 0,371$; $p= 0,024$), mostrando que os cuidadores têm perceção de que as crianças se encontram com um peso a mais para a sua idade e altura.

4. Discussão

Este trabalho teve como objetivo principal identificar os hábitos alimentares e de estilo de vida de um grupo de crianças com sobrecarga ponderal e ainda explorar a influência das práticas parentais de controlo alimentar e do nível de escolaridade materno nos hábitos alimentares e no peso da criança. Analisou-se ainda a perceção do peso da criança pelos cuidadores.

Ainda que já tenham sido realizados trabalhos semelhantes em Portugal Continental, no melhor do nosso conhecimento este é o primeiro estudo do género realizado na RAM, o que poderá ser valioso para direcionar a intervenção no combate à obesidade infantil nesta região. Recorde-se que a prevalência de excesso de peso e obesidade nesta região Autónoma é superior ao observado no Continente.

Estado nutricional das crianças

Relativamente ao estado nutricional das crianças, todas apresentavam sobrecarga ponderal, existindo uma prevalência de 5,4% de pré-obesidade, 59,5% de obesidade e 35,1% de obesidade grave. Num outro estudo, realizado com uma amostra de crianças e adolescentes com sobrecarga ponderal, que frequentavam a consulta de nutrição ao nível dos CSP, observou-se que 44,4% das crianças/jovens apresentavam pré-obesidade, 50,0% obesidade e 5,6% obesidade grave (Almeida *et al.*, 2019). Ao comparar estes resultados com os resultados obtidos no presente trabalho, a prevalência de crianças com pré-obesidade foi mais elevada, e por contrário a prevalência de obesidade e obesidade grave foi mais baixa. Ao analisar outro estudo realizado por Ferreira *et al.* (2019), com crianças entre os 3 e os 9 anos, de um concelho da RAM, observou-se que 2,5% das crianças apresentavam baixo peso, 36,9% apresentavam excesso de peso, incluindo obesidade, e 13,1% apresentavam obesidade. Estes dados corroboraram a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade na ilha da Madeira e levantam questões para a necessidade de compreender os fatores influenciadores e que levam a esta elevada prevalência quando comparada com outras regiões do país.

Caracterização sociodemográfica

Relativamente ao nível de escolaridade materna, 64,8% das mães referiram não possuir a escolaridade obrigatória, 24,3% referiram possuir a escolaridade obrigatória (ensino secundário), 10,8% referiram possuir o ensino superior e nenhuma referiu possuir ensino pós-graduado. Estes resultados contrastam com os obtidos no último relatório COSI, a nível nacional, onde se verificaram uma maior percentagem de mães que possuíam ensino secundário (37,5%), ensino superior (31,5%) e ensino pós-graduado (10,1%) e por outro lado uma menor percentagem de mães que não possuíam escolaridade obrigatória (20,9%). Curiosamente, neste relatório é possível observar que a Madeira era a segunda região do país que apresentava maior percentagem de mães com um nível de escolaridade até ao 6º ano (8,7%) (Rito *et al.*, 2023). No presente estudo observaram-se percentagens francamente superiores de mães que possuíam um nível de escolaridade até ao 6º ano (40,5%). Este resultado deve despertar alguma reflexão, na medida em que parece existir uma relação entre nível de escolaridade materna e sobrecarga ponderal na descendência (Michou *et al.*, 2018). Ainda assim, poder-se-á levantar a hipótese de as crianças com sobrecarga ponderal pertencentes a famílias de nível socioeconómico mais elevado (famílias em que habitualmente as mães também são mais escolarizadas) serem acompanhadas em outros serviços de saúde que não os cuidados de saúde primários.

Primeiro ano de vida

Ao analisar os determinantes associados ao excesso de peso e obesidade infantil no primeiro ano de vida, alguns resultados do presente estudo vão de encontro aos resultados obtidos no último relatório COSI. É, no entanto, de salientar que o estudo COSI foi realizado apenas com crianças em idade escolar, dos 6 aos 8 anos, uma faixa etária mais reduzida quando comparada com a do presente estudo e em crianças da comunidade, incluindo todas as categorias de estado nutricional. O facto de ter passado mais tempo pode originar algumas imprecisões em reportar corretamente informação do primeiro ano, como sejam a duração do aleitamento materno ou da idade da introdução da alimentação complementar, que não são informações necessariamente registadas no boletim de saúde infantil.

Relativamente ao tempo de gestação, a maior parte das mães (97,3%) reportaram que tiveram um tempo de gestação igual ou superior a 37 semanas, tal como observado no relatório COSI (90,1%), onde se observou uma maior percentagem na região da Madeira

(93,2%) (Rito *et al.*, 2023). Em relação ao peso à nascença, a média foi de 3,5 kg \pm 0,5 kg, semelhante ao encontrado no relatório COSI (3153 g \pm 565,7 g). Relativamente ao aleitamento materno, neste estudo 75,7% das crianças foram amamentadas, percentagem inferior ao observado no relatório COSI (90,1%). No entanto, neste relatório também observaram que a região da Madeira foi a segunda região com menor percentagem de crianças amamentadas (84,4%) (Rito *et al.*, 2023). Analisando a duração do aleitamento materno, os resultados deste trabalho vão de encontro ao observado no relatório COSI, sendo que neste trabalho 39,3% das crianças foram amamentadas mais de 6 meses e no relatório COSI a percentagem foi de 41,8%. Demonstrando alguns estudos que o aleitamento materno é um fator protetor da obesidade em idade pediátrica, estes resultados merecem especial atenção (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019). Na ilha da Madeira, as taxas de aleitamento materno continuam das mais baixas do país, assim como da adoção do aleitamento materno exclusivo, podendo ser um fator, entre outros, que contribui para a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade na região.

Neste trabalho observou-se uma maior percentagem de mães (36,1%) que iniciaram a introdução da alimentação complementar aos 6 meses e uma menor percentagem de mães (30,0%) que iniciaram aos 4 meses, comparando com o relatório COSI. Nesse, a maioria das mães reportaram que iniciaram aos 4 meses (42,0%) e 22,8% iniciaram aos 6 meses (Rito *et al.*, 2023).

Hábitos alimentares das crianças

Relativamente aos hábitos alimentares das crianças, no que diz respeito à toma do pequeno-almoço, quando comparados os valores percentuais do presente estudo com o estudo COSI de 2022, foi possível observar que, no presente trabalho, a percentagem de crianças que tomava o pequeno-almoço era ligeiramente inferior, quando comparando com dados a nível nacional (78,4% vs. 81,0%). No entanto, ao comparar com os dados da região da Madeira os valores percentuais entre os estudos eram semelhantes (78,4% vs. 78,8%) (Rito *et al.*, 2023).

Em relação ao consumo de produtos hortícolas, no momento da avaliação, 70,3% das crianças consumiam hortícolas diariamente, sendo este valor percentual semelhante ao observado no estudo COSI de 2022 (69,0%). Em relação ao consumo de fruta, 67,6% dos participantes afirmaram consumir fruta diariamente, apresentando-se uma frequência mais

baixa quando comparado com dados a nível nacional do COSI de 2022 (71,2%). Ao analisar o grupo de hortofrutícolas, os dados do estudo COSI referentes à ilha da Madeira mostraram que 56,0% das crianças consumiam 1 a 2 porções de hortofrutícolas diariamente e apenas 7,2% das crianças consumiam 5 ou mais porções diariamente, sendo esta a recomendação da OMS (Rito *et al.*, 2023). No presente estudo, os dados obtidos foram ligeiramente díspares, mostrando que 16,2% das crianças consumiam 1 a 2 porções de hortofrutícolas diariamente, percentagem inferior ao estudo COSI e 24,3% consumiam 5 ou mais porções por dia, percentagem superior ao estudo COSI. Apesar de mais crianças consumirem 5 ou mais porções por dia de hortofrutícolas, a maioria (75,7%) não atinge as recomendações, mostrando uma vez mais a elevada taxa de inadequação de consumo de hortofrutícolas no grupo das crianças. Estes foram resultados semelhantes ao IAN-AF, onde se observou uma elevada percentagem de inadequação de consumo de hortofrutícolas (72,0%) no grupo das crianças, dos 3 aos 9 anos, sendo a região da Madeira uma das regiões com maior prevalência de inadequação (Lopes *et al.*, 2017). Será importante referir, que uma proporção importante destas crianças já se encontravam em consulta de nutrição, pelo que podiam ter alterado este comportamento recentemente, em função do aconselhamento alimentar que receberam. De facto, foi possível perceber que as crianças já seguidas em consulta de nutrição apresentavam um consumo de 5 ou mais porções de hortofrutícolas diário superior às crianças entrevistadas na primeira consulta. Em relação ao consumo de alimentos de elevada densidade energética, no presente estudo a maioria das crianças não consumia este tipo de alimentos de forma diária (78,4%). Por outro lado, os resultados do estudo COSI de 2022 mostraram que 8,2% das crianças ingeriam refrigerantes diariamente, 23,7% ingeriam cereais açucarados diariamente, 8,8% consumiam sumos de fruta de pacote no seu dia-a-dia e 9,1% consumiam snacks doces diariamente (Rito *et al.*, 2023).

Estes achados poderão ser reflexo, mais uma vez, de bons hábitos e boas práticas alimentares por parte dos participantes deste estudo, devido ao acompanhamento nutricional em curso e consequentemente à maior sensibilização para estes assuntos. Ou, por outro lado, esta maior consciencialização sobre a alimentação saudável poderá ter conduzido a que os cuidadores subestimassem o consumo de alimentos de elevada densidade energética pelas crianças, referindo que estas não consomem este tipo de alimentos diariamente, por saberem que este comportamento está associado a piores hábitos alimentares. Ou seja, as suas respostas foram sujeitas ao viés da desejabilidade social.

Hábitos de estilo de vida

Relativamente aos hábitos de sono, 2 (50,0%) crianças em idade pré-escolar dormiam pelo menos 10 horas por dia, sendo o recomendado pela OMS, e mais de metade (66,7%) das crianças em idade escolar dormiam pelo menos 9 horas diariamente, atingindo assim a recomendação da OMS. O número de crianças em idade escolar que dormia pelo menos 9 horas por dia mostrou-se ser um valor muito inferior aos 98,3% apontados pelo último relatório COSI (Rito *et al.*, 2023).

No presente estudo, apenas 59,5% dos participantes afirmaram praticar algum tipo de atividade física extraescolar. Focando apenas o grupo das crianças em idade escolar, a prevalência de crianças que praticava exercício físico 1 a 3 horas semanais (48,5%) e mais de 4 horas semanais (12,1%) mostrou-se semelhante aos resultados do último relatório COSI, apontando para uma prevalência de 45,5% e 20,2%, respetivamente (Rito *et al.*, 2023). Foi ainda possível observar que apenas 18,2% das crianças em idade escolar praticavam exercício físico programado pelo menos 3 vezes por semana, valores francamente inferiores aos encontrados no IAN-AF (59,6%) (Lopes *et al.*, 2017). Os resultados do presente estudo mostram que as crianças mantêm hábitos de atividade física insuficientes. Um razão para tal poderá ser devido ao aumento de tempo sedentário, por exemplo, dedicado à frente dos ecrãs. Neste estudo, podemos verificar ainda que, para 29,7% das crianças as refeições eram realizadas recorrendo a distrações, não aproveitando este momento para a convivialidade em família, contribuindo para mais um momento do dia em que as mesmas estão expostas aos ecrãs.

Práticas parentais de controlo alimentar

Ao analisar as práticas de controlo alimentar adotadas pelos cuidadores, observou-se que a maior parte dos cuidadores apresentaram níveis elevados de monitorização (73,0%), restrição (70,3%), controlo encoberto (62,2%), preocupação com o peso (59,5%) e de controlo explícito (51,4%) e, que nenhum cuidador apresentou níveis baixos de restrição e por outro lado, 43,2% dos cuidadores apresentaram níveis baixos de pressão para comer. Os níveis mais elevados de práticas parentais coercivas (restritivas) entre crianças com excesso de peso e obesidade infantil, encontrados no presente estudo, estão de acordo com pesquisas anteriores (Wardle & Carnell, 2007; Gregory *et al.*, 2010; Viana *et al.*, 2011; Rochinha & Sousa, 2012; Nowika *et al.*, 2014; Afonso *et al.*, 2016; Zhou *et al.*, 2020; Ruzicka *et al.*, 2021).

Relativamente, às diferenças no tipo de práticas em função do sexo da criança, no presente estudo não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, como observado em alguns estudos (Crouch *et al.*, 2007).

Associação entre o nível de escolaridade e o peso, a percepção do peso, a frequência de consumo e as práticas parentais de controlo alimentar da criança

Os resultados do presente estudo indicam que o nível de escolaridade materno exerceu influencia na frequência de consumo de certos alimentos, nas práticas parentais de controlo alimentar e na percepção do peso das crianças, mas não influenciou o peso da criança.

A bibliografia descreve que existe relação entre o nível educacional dos pais e a obesidade em idade pediátrica, sendo que mães com escolaridade mais elevada têm menor probabilidade de ter filhos com sobrecarga ponderal (Nowicka *et al.*, 2014). No presente estudo, foi colocada a hipótese de que dentro deste grupo de crianças com sobrecarga ponderal, o facto de as mães terem níveis de escolaridade mais elevada faria com que o excesso de peso fosse menos severo. Contudo, não foi encontrada uma relação com significado estatístico entre o nível de escolaridade materno e o peso da criança. Por outro lado, foi observada uma relação entre o nível de escolaridade materno e a percepção do peso da criança, sugerindo que mães com escolaridade mais elevada tendem a ter uma percepção mais real do peso da criança.

Em relação ao nível de escolaridade e o consumo certos alimentos, no presente estudo verificou-se que mães com escolaridade mais elevada relataram que os filhos consumiam mais hortícolas no prato. Não tendo sido possível observar mais nenhuma correlação com significado estatístico, foi possível observar uma tendência de que mães com maior nível de escolaridade relataram que os filhos consumiam menos produtos alimentares de elevada densidade energética. Estes resultados vão de encontro com um estudo realizado com a amostra da coorte da Geração XXI (Lopes *et al.*, 2014). Relativamente à relação entre o nível de escolaridade materno e as práticas parentais de controlo alimentar, observou-se que mães que possuíam um nível de escolaridade superior demonstraram exercer menor pressão para comer, sendo esta uma atitude que promove um comportamento alimentar mais saudável na criança (Crouch *et al.*, 2007; Nowicka *et al.*, 2014; Damiano *et al.*, 2016).

Associação entre as práticas parentais de controlo alimentar e a frequência de consumo alimentar, o peso e a perceção do peso da criança

Os resultados deste estudo indicam que as práticas de controlo alimentar influenciaram os hábitos alimentares das crianças, no entanto, não se observou uma relação com significado estatístico entre as práticas parentais de controlo alimentar e o peso da criança, nem entre a perceção parental acerca do peso da criança.

Estudos indicam que pais de crianças com IMC mais elevados tendem a ser mais restritivos e por outro lado pais de crianças com IMC mais baixos tendem a exercer maior pressão para comer. Uma explicação possível é que os pais limitam a alimentação da criança ou forçam o aumento da ingestão, conscientemente, de acordo com a sua perceção acerca do peso da criança (Wardle & Carnell, 2007; Gregory *et al.*, 2010; Viana *et al.*, 2011; Rochinha & Sousa, 2012; Moreira *et al.*, 2014; Nowika *et al.*, 2014; Afonso *et al.*, 2016; Coelho *et al.*, 2017; Eichler *et al.*, 2019; Zhou *et al.*, 2020; Ruzicka *et al.*, 2021).

Com o presente trabalho foi possível observar apenas uma correlação entre dois fatores do CFQ. O fator “pressão para comer” mostrou estar positivamente relacionado com o fator “controlo explícito”, como observado em outros estudos (Moreira *et al.*, 2014; Coelho *et al.*, 2017). Ou seja, mães que evitam levar a crianças a sítios com comida não saudável ou que evitam comprar para casa alimentos menos interessantes do ponto de vista nutricional, parecem exercer maior pressão para comer sobre a criança (Coelho *et al.*, 2017).

Também foram encontradas diversas associações entre os fatores do CFQ e a frequência de consumo de certos alimentos. Relativamente à restrição, observou-se estar associada ao maior consumo de pão escuro e de chocolates e outras guloseimas por parte das crianças. Estes resultados vão de encontro à literatura, onde está descrito que esta prática parece levar a uma maior atração pelas crianças aos alimentos restringidos, levando ao seu consumo excessivo, diminuindo a sua capacidade de autorregulação, e não à sua rejeição como era o esperado pelos seus cuidadores (Crouch *et al.*, 2007; Coelho *et al.*, 2017; Hughes & Papaioannou, 2018; Eichler *et al.*, 2019).

No que diz respeito à pressão para comer, o presente estudo mostrou que as crianças que sofriam maior pressão para comer consumiam com menor frequência os hortícolas do prato, como observado em vários estudos (Wardle & Carnell, 2007; Viana *et al.*, 2011; Rochinha & Sousa, 2012; Lopes *et al.*, 2014; Coelho *et al.*, 2017). Muitos pais adotam esta prática no sentido de motivar a criança a comer determinado alimento, mas isso poderá ter um

efeito negativo, onde a criança passa a ter aversão a esse alimento, por exemplo no caso dos hortofrutícolas (Coelho *et al.*, 2017; Hughes & Papaioannou, 2018; Eichler *et al.*, 2019; Fries & van der Horst, 2019).

Constatou-se que quanto maior eram os níveis de controlo explícito (percecionado pelas crianças) maior era o consumo de pão escuro e de bebidas vegetais e, por outro lado, menor era o consumo de cereais açucarados e de chocolates e outras guloseimas (*snacks* doces). Estes resultados vão de encontro à literatura existente, sendo que níveis elevados de controlo explícito aparecem estar associados à maior ingestão de alimentos saudáveis, nomeadamente no aumento de consumo de hortofrutícolas (Lopes *et al.*, 2014; Coelho *et al.*, 2017).

Relativamente ao controlo encoberto (não percecionado pelas crianças), neste estudo, níveis mais elevados foram associados ao maior consumo de pães com chocolate e ao menor consumo de hortícolas no prato. Estes resultados são o oposto do encontrado na literatura, onde se refere que esta prática está associada à maior ingestão de hortofrutícolas e menor ingestão de *snacks* menos interessantes do ponto de vista nutricional (Lopes *et al.*, 2014; Coelho *et al.*, 2017).

No que diz respeito à preocupação com o peso e à monitorização, não se observaram associações com o consumo de certos alimentos. Na literatura estão presentes resultados inconsistentes relativamente à monitorização. Alguns estudos sugerem que poderá ser um fator protetor no desenvolvimento de excesso de peso na infância, enquanto outros estudos demonstraram nenhum impacto no peso infantil (Damiano *et al.*, 2016; Coelho *et al.*, 2017; Hughes & Papaioannou, 2018).

Ao analisar a relação entre as práticas parentais de controlo alimentar e grupos de alimentos, nomeadamente com o consumo de hortofrutícolas, foi possível constatar que no nível baixo de pressão para comer e no nível elevado de monitorização observou-se uma maior proporção de crianças a consumir pelo menos 5 porções de hortofrutícolas diariamente. No estudo realizado com os dados da coorte Geração XXI, também observaram uma maior proporção de crianças a consumir hortofrutícolas no nível baixo de pressão para comer (Lopes *et al.*, 2014). No que diz respeito à associação entre as práticas parentais e o consumo de alimentos de elevada densidade energética, observou-se uma maior proporção de crianças a consumir este tipo de alimentos diariamente no nível elevado de preocupação com o peso, monitorização e controlo encoberto, resultados um pouco díspares aos encontrados no estudo

realizado com a Geração XXI (Lopes *et al*, 2014). Uma possível explicação para esta discrepância é o facto de estas crianças apresentarem todas sobrecarga ponderal, percebendo-se a elevada preocupação com o peso.

Associação entre a perceção do peso da criança pelos cuidadores e o peso real da criança

Relativamente à perceção parental acerca do peso da criança, no presente estudo foi possível verificar que a maioria dos cuidadores apresentaram uma perceção real acerca do peso da criança. Estes resultados poderão indicar que estes cuidadores estão mais conscientes e alertas para o estado ponderal da criança, contribuindo para tal o facto de as crianças terem sido encaminhadas ou já estarem a ser acompanhadas em consulta de nutrição. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Crouch e colaboradores (2007), onde se verificou que as mães tiveram alguma precisão na avaliação do peso da criança, particularmente naquelas com IMC's mais elevados. Ainda assim, foi possível observar uma tendência de maior proporção de cuidadores de crianças do sexo feminino que não tinham uma perceção real acerca da imagem corporal da criança, considerando que tinham um peso adequado à idade e à altura. Não deixa, no entanto, de ser impressionante que algumas mães de crianças que se encontram numa consulta de excesso de peso infantil, considerem que os seus filhos têm um peso adequado.

Limitações e sugestões

No que diz respeito às limitações do estudo, indica-se sobretudo no tamanho amostral reduzido, comprometendo o desempenho dos testes estatísticos. Estes resultados devem ser interpretados com precaução, uma vez que uma amostra pequena poderá não ter permitido mostrar tais associações descritas na literatura. Para além disso, a natureza transversal do estudo impede que sejam testadas hipóteses causais, tornando-se difícil perceber a direção das associações. A relação entre os comportamentos alimentares das crianças e as práticas alimentares dos pais parece ser bidirecional, não estando bem estabelecidos se as práticas de controlo alimentar dos pais são um preditor ou uma consequência dos comportamentos alimentares das crianças. De facto, as práticas parentais podem condicionar a alimentação e o peso das crianças, mas também podem ser colocadas em prática devido aos hábitos alimentares e peso da criança (Afonso *et al.*, 2016; Costa & Oliveira, 2023). Neste sentido, é sugerido, a realização de estudos longitudinais, que permitem averiguar reações de causa-

-efeito com uma ampliação da amostra em termos de diversidade e representatividade da população da ilha da Madeira. Por fim, poderá haver um potencial viés de veracidade na resposta ao questionário influenciado pelo acompanhamento nutricional prévio e/ou pelo conhecimento que os cuidadores têm acerca dos hábitos alimentares considerados adequados e saudáveis, não podendo ser excluída a possibilidade de os cuidadores subestimarem o consumo de alimentos considerados não tão saudáveis. O facto de a aplicação do questionário ter sido realizada tanto em formato de entrevista como por preenchimento pelo próprio cuidador, apresenta-se também com uma potencial limitação, devido ao viés de heterogeneidade no método de aplicação do questionário.

Como sugestão para futuras investigações, seria interessante analisar, para além do peso à nascença e aleitamento materno, outros fatores maternos que contribuem para o aumento de peso na infância, como o estado nutricional da mãe na pré-gravidez e atual. E, ainda, perguntar sobre a participação das crianças na preparação de refeições em casa, uma vez que sabemos ser um determinante na aceitação de certos alimentos, contribuindo para o aumento da ingestão de hortofrutícolas e de um comportamento alimentar saudável, assim como perguntar à própria criança a perceção que tem acerca do seu peso e imagem corporal.

5. Conclusão

O presente estudo mostra a importância que o ambiente familiar, nomeadamente o nível educacional materno e as práticas de controlo alimentar exercidas pelos cuidadores, tem nos hábitos alimentares das crianças, não obstante as limitações anteriormente elencadas. Pode inferir-se que os pais demonstram ter algum controlo e preocupação quanto aos hábitos alimentares e estado ponderal dos filhos e que as práticas parentais de controlo excessivo devem ser despromovidas.

Apesar de uma elevada percentagem de crianças que participaram no estudo terem recebido aconselhamento nutricional e incentivo à prática de exercício físico ou terem sido encaminhadas para a consulta de nutrição, anteriormente à aplicação do questionário, estes resultados justificam uma vez mais a necessidade de uma intervenção contínua, com vista na mudança de hábitos nas crianças, mas também nos seus cuidadores, possibilitando a melhoria do estado nutricional das crianças.

Torna-se fundamental incluir o contexto familiar, nomeadamente fatores parentais como o nível do comportamento, atitudes e conhecimentos dos pais, no desenho de intervenções que visam o combate à obesidade infantil. A interação cuidador-criança é importantíssima uma vez que os cuidadores influenciam as escolhas alimentares das crianças desde cedo, moldando o seu comportamento alimentar e estilo de vida. Este estudo reforça, uma vez mais, a necessidade de informar e motivar os cuidadores a se tornarem modelos para as crianças, oferecendo uma alimentação saudável, adequada e equilibrada, promovendo a autorregulação desde os primeiros anos de vida.

Por fim, a elevada prevalência de baixa escolaridade materna, a baixa taxa de adoção de aleitamento materno, e de forma exclusiva, os hábitos alimentares inadequados associados a determinados aspetos da gastronomia e hábitos/costumes locais, aliados às baixas taxas de exercício físico diário, poderão indicar alguns dos fatores que contribuem para a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade encontradas na ilha da Madeira. Este estudo veio alertar para a necessidade de se reestruturar e implementar intervenções específicas de combate à obesidade em idade pediátrica nesta região do país.

Capítulo IV: Reflexão crítica

O estágio realizado no SESARAM, EPERAM foi uma experiência enriquecedora e gratificante que me proporcionou a oportunidade de integrar excelentes equipas multidisciplinares, que trabalham em prol do bem-estar dos utentes.

A oportunidade de integrar a UND, o Serviço de Pediatria e o Serviço de Atendimento ao Jovem constituiu um dos aspetos mais positivos do estágio, pelo relacionamento interpessoal criado e por todo o apoio que me foi dado ao longo do estágio. De realçar a enorme confiança que a equipa de nutrição demonstrou nas várias tarefas que me foram propostas, o que muito contribuiu para a sua realização de forma autónoma e responsável.

As atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio, e em especial o contacto direto com os utentes, permitiram desenvolver, aperfeiçoar e adquirir novas e importantes competências ao nível do relacionamento interpessoal, trabalho em equipa, sentido de responsabilidade, iniciativa, proatividade e comunicação com diversos públicos-alvo. A aquisição destas competências permitiu-me crescer de forma profissional e pessoal, contribuindo para o enriquecimento dos meus conhecimentos em nutrição e alimentação, mas também para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de *soft skills*, nomeadamente ao nível da comunicação e relação com o outro.

Ao longo do estágio, tive a liberdade para dar sugestões, assim como realizar atividades de forma autónoma, o que contribuiu para uma maior autonomia enquanto profissional de saúde bem como aumento da minha autoconfiança, resiliência, capacidade de adaptação a diferentes metodologias de trabalho e a capacidade de resolução de problemas. O estágio permitiu experienciar a realidade profissional de um Nutricionista que trabalha num serviço de saúde público, pautada pela transmissão de informação de forma clara e cientificamente sustentada, à luz dos conhecimentos atuais.

Para além de aprender muito com os vários profissionais que acompanhei ao longo do estágio, esta foi uma excelente oportunidade para estar em contacto com uma população em idade pediátrica, pela qual tenho um carinho enorme. Desde sempre soube que queria trabalhar com crianças e jovens pelo que neste estágio confirmei que, de facto este é a área com que mais me identifico e que a minha vontade é continuar a trabalhar com este grupo populacional.

No que diz respeito a pontos menos positivos devo referir o não cumprimento na totalidade de um dos objetivos específicos propostos inicialmente para o decorrer do estágio, nomeadamente a divulgação de orientações nutricionais em diversas patologias aos nutricionistas integrantes da UND, uma vez que a divulgação deste tipo de informação faz parte dos Procedimentos na Atividade Assistencial da UND. Além disso, não tive a oportunidade de obter os dados do peso e da estatura de todos os utentes que frequentaram as consultas de nutrição, pelo que não foi possível obter dados acerca do estado nutricional dos utentes de uma forma representativa. Outro aspeto menos positivo foi o facto de o projeto de investigação ter abrangido uma amostra muito pequena, não sendo representativa da população pediátrica da ilha da Madeira. Seria pertinente e em futuras investigações incluir mais famílias e integrar algumas das perguntas do questionário sobre os comportamentos parentais face à alimentação das crianças nas consultas de nutrição pediátrica.

Assim, reforça-se um balanço positivo de todo o percurso e todos estes aspetos supramencionados contribuíram significativamente para a minha aprendizagem e para um enorme sentimento de realização e crescimento pessoal e profissional.

Capítulo V: Conclusão

Ao integrar a equipa da UND, do Serviço de Pediatria e do Serviço de Atendimento ao Jovem, foi-me proporcionada a oportunidade de enriquecer e aprofundar os meus conhecimentos, com maior destaque para a vertente da Nutrição Clínica, em especial na área da Nutrição Pediátrica, assim como, aliar todos os saberes adquiridos ao longo da Licenciatura em Ciências da Nutrição e da componente curricular do Mestrado em Biotecnologia e Inovação e transformá-los em momentos de aprendizagem para a minha prática profissional futura.

Durante o estágio procurei sempre dar o meu melhor a nível profissional, possibilitando-me a aquisição de ferramentas para o exercício de uma prática profissional futura autónoma, responsável e diligente.

Sinto-me muito agradecida por ter tido esta experiência e a oportunidade de trabalhar numa área da nutrição que me é muito querida e contactar com profissionais incríveis, nomeadamente a Dra. Carla Gonçalves e o Dr. Miguel Andrade, que foram incansáveis ao longo do estágio e por ter tido sempre o apoio da Prof. Doutora Elisabete Pinto que se mostrou sempre disponível para ajudar.

Em suma, considero que os objetivos, gerais e específicos, inicialmente estabelecidos foram cumpridos com sucesso durante o estágio. Considero que toda a experiência foi diferenciadora e enriquecedora, o que contribuiu para o meu crescimento tanto a nível profissional como pessoal.

Referências bibliográficas

Academy of Nutrition and Dietetics. (2023). *The Nutrition Care Process*. Disponível: <https://www.ncpro.org/nutrition-care-process> [data da consulta: 27/06/2023]

Afonso, L., Lopes, C., Severo, M., Santos, S., Real, H., Durão, C., Moreira, P. & Oliveira, A. (2016). *Bidirectional association between parental child-feeding practices and body mass index at 4 and 7 y of age*. *Am J Clin Nutr.* **103**(3):861-7. doi: 10.3945/ajcn.115.120824

Almeida, C., Morais, G. & Pinto, E. (2019). *Resultados do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes com sobrecarga ponderal nos cuidados de saúde primários*. *Acta Portuguesa de Nutrição.* **15**: 12-18. Disponível: <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2018.1503>

Birch, L.L., Fisher, J.O., Grimm-Thomas, K., Markey, C.N., Sawyer, R. & Johnson, S.L. (2001). *Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness*. *Appetite.* **36**(3):201-10. doi: 10.1006/appe.2001.0398

Bischoff, S.C., Bager, P., Escher, J., Forbes, A., Hébuterne, X., Hvas, C.L., Joly, F., Klek, S., Krznaric, Z., Ockenga, J., Schneider, S., Shamir, R., Stardelova, K., Bender, D.V., Wierdsma, N. & Weimann, A. (2023). *ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease*. *Clin Nutr.* **42**(3):352-379. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.004

Cardel, M., Willig, A.L., Dulin-Keita, A., Casazza, K., Mark Beasley, T. & Fernández, J.R. (2012). *Parental feeding practices and socioeconomic status are associated with child adiposity in a multi-ethnic sample of children*. *Appetite.* **58**(1):347–53. doi: 10.1016/j.appet.2011.11.005

Coelho, C., Afonso, L. & Oliveira, A. (2017). *Práticas parentais de controlo alimentar: relação com o peso da criança*. *Acta Portuguesa de Nutrição.* **9**:6–11. Disponível: <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2017.0902>

Crouch, P., O'DEA, J.A. & Battisti, R. (2007). *Child feeding practices and perceptions of childhood overweight and childhood obesity risk among mothers of preschool children*. *Nutrition & Dietetics.* **64**:151–158. doi: 10.1111/j.1747-0080.2007.00180.x

Costa, A. & Oliveira, A. (2023). *Parental Feeding Practices and Children's Eating Behaviours: An Overview of Their Complex Relationship*. Healthcare (Basel). **11**(3):400. doi: 10.3390/healthcare11030400

Damiano, S.R., Hart, L.M. & Paxton, S.J. (2016). *Correlates of parental feeding practices with pre-schoolers: Parental body image and eating knowledge, attitudes, and behaviours*. Appetite. **101**:192-8. doi: 10.1016/j.appet.2016.03.008

Davison, K.K. & Birch, L.L. (2001). *Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research*. Obes Rev. **2**(3):159–71. doi: 10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x

DeCosta, P., Møller, P., Frøst, M.B. & Olsen, A. (2017). *Changing children's eating behaviour - A review of experimental research*. Appetite. **113**:327–57. doi: 10.1016/j.appet.2017.03.004

de Onis, M. & Lobstein, T. (2010). *Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use?*. Int J Pediatr Obes. **5**(6):458-60. doi: 10.3109/17477161003615583

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Processo assistencial integrado da pré-obesidade no adulto*. Disponível: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Processo-assistencial-integrado-da-pre%CC%81-obesidade-no-adulto.pdf> [data da consulta: 24/06/2023]

Eichler, J., Schmidt, R., Poulain, T., Hiemisch, A., Kiess, W. & Hilbert, A. (2019). *Stability, Continuity, and Bi-Directional Associations of Parental Feeding Practices and Standardized Child Body Mass Index in Children from 2 to 12 Years of Age*. Nutrients. **11**(8):1751. doi: 10.3390/nu11081751

Ferreira, M., Faria, V., Sousa, B & Tavares, N. (2019). *Evaluation of the nutritional status in pre-school and school children, Madeira Island, Portugal*. Biomedical Biopharmaceutical Research. **1**(16):8-18. doi: 10.19277/bbr.16.1.193

Franks, P.W., Hanson, R.L., Knowler, W.C., Sievers, M.L., Bennett, P.H. & Looker, H.C. (2010). *Childhood Obesity, Other Cardiovascular Risk Factors, and Premature Death*. N Engl J Med. **362**(6):485–93. doi: 10.1056/NEJMoa0904130

Fries, L.R. & van der Horst, K. (2019). *Parental Feeding Practices and Associations with Children's Food Acceptance and Picky Eating*. Nestle Nutr Inst Workshop Ser. **91**:31-39. doi: 10.1159/000493676

Gregory, J.E., Paxton, S.J. & Brozovic, A.M. (2010). *Pressure to eat and restriction are associated with child eating behaviours and maternal concern about child weight, but not child body mass index, in 2- to 4-year-old children*. *Appetite*. **54**(3):550-6. doi: 10.1016/j.appet.2010.02.013

Haines, J., Haycraft, E., Lytle, L., Nicklaus, S., Kok, F.J., Merdji, M., Fisberg, M., Moreno, L.A., Goulet, O. & Hughes, S.O. (2019). *Nurturing Children's Healthy Eating: Position statement*. *Appetite*. **137**:124–33. doi: 10.1016/j.appet.2019.02.007

Hughes, S.O. & Papaioannou, M.A. (2018). *Maternal Predictors of Child Dietary Behaviors and Weight Status*. *Curr Nutr Rep*. **7**(4):268-273. doi: 10.1007/s13668-018-0250-1

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). *Estudo da OMS-Europa confirma aleitamento materno como fator protetor para a obesidade infantil*. Disponível: <https://www.insa.min-saude.pt/estudo-da-oms-europa-confirma-aleitamento-materno-como-fator-protetor-para-a-obesidade-infantil/> [data da consulta: 30/08/2023]

Karnik, S. & Kanekar, A. (2012). *Childhood obesity: A global public health crisis*. *Int J Prev Med*. **3**(1):1–7

Koletzko, B., Fishbein, M., Lee, W.S., Moreno, L., Mouane, N., Mouzaki, M. & Verduci E. (2020). *Prevention of Childhood Obesity: A Position Paper of the Global Federation of International Societies of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (FISPGHAN)*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. **70**(5):702-710. doi: 10.1097/MPG.0000000000002708

Kumar, S. & Kelly, A.S. (2017). *Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment*. *Mayo Clin Proc*. **92**(2):251–65. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.017

Larsen, J.K., Hermans, R.C., Sleddens, E.F., Engels, R.C., Fisher, J.O. & Kremers, S.P. (2015). *How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence?* *Appetite*. **89**:246-57. doi: 10.1016/j.appet.2015.02.012

Lopes, C., Oliveira, A., Afonso, L., Moreira, T., Durão C., Severo, M., Vilela, S., Ramos, E. & Barros, H. (2014). *Consumo alimentar e nutricional de crianças em idade pré-escolar: Resultados da coorte Geração 21*. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S. & Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados*. Disponível: <https://ian-af.up.pt/publicacoes> [data da consulta: 27/06/2023]

Matos, C., Faria, A., Vasconcelos, C., Asseiceira, I., Tomada, I., Pita Grós Dias, M. & Moreira, R. (2017). *NOP 001/2017 - Identificação do Risco Nutricional em Idade Pediátrica*. Ordem dos Nutricionistas. Porto. [data da consulta: 27/06/2023]

Michou, M., Panagiotakos, D.B. & Costarelli, V. (2018). *Low Health Literacy and Excess Body Weight: A Systematic Review*. Cent Eur J Public Health. **26**(3):234–24. doi: 10.21101/cejph.a5172

Moreira, I., Severo, M., Oliveira, A., Durão, C., Moreira, P., Barros, H. & Lopes, C. (2016). *Social and health behavioural determinants of maternal child-feeding patterns in preschool-aged children*. Matern Child Nutr. **12**(2):314-25. doi: 10.1111/mcn.12132

Nowicka, P., Sorjonen, K., Pietrobelli, A., Flodmark, C.E. & Faith, M.S. (2014). *Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the Child Feeding Questionnaire finds parents of 4-year-olds less restrictive*. Appetite. **81**:232-41. doi: 10.1016/j.appet.2014.06.027

Ordem dos Nutricionistas. (2022). *Regulamento n° 89/2022, de 28 de janeiro*. Disponível: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/89-2022-178348790> [data da consulta: 17/05/2023]

Poorolajal, J., Sahraei, F., Mohamdadi, Y., Doosti-Irani, A. & Moradi L. (2020). *Behavioral factors influencing childhood obesity: a systematic review and meta-analysis*. Obes Res Clin Pract. **14**(2):109-118. doi: 10.1016/j.orcp.2020.03.002

Real, H., Oliveira, A., Severo, M., Moreira, P. & Lopes, C. (2014). *Combination and adaptation of two tools to assess parental feeding practices in pre-school children*. Eat Behav. **15**(3):383-7. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.04.009

Rego, C., Lopes, C., Durão, C., Pinto, E., Mansilha, H., Pereira-da-Silva, L., Nazareth, M., Graça, P., Ferreira, R., Lima, R.M. & Vale, S. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos- Linhas de Orientação para Profissionais de Saúde*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa. Disponível: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadores-pdf.aspx>

Rito, A., Breda, J., Carmo, I., INSA, Direção-Geral da Saúde. (2011). *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil*. INSA. Lisboa. Disponível: <http://hdl.handle.net/10400.18/589>

Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M.C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T.S., Dinis, A., Rascôa, C.L., Batista, C., Cruz, R. & Marques, C. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022*. INSA. Lisboa. Disponível: <https://www.ceidss.com/pt/cosi-portugal/#1583279215984-7508988d-f7d5>

Rocha, J.C., MacDonald A. (2016). *Dietary intervention in the management of phenylketonuria: current perspectives*. *Pediatric Health Med Ther*, **7**:155-163. doi: 10.2147/PHMT.S49329

Rochinha, J & Bruno, S. (2012). *Os Estilos e Práticas Parentais, a Alimentação e o Estado Ponderal dos Seus Filhos*. *Revista de Alimentação Humana*. **18**(1):2-7.

Ruzicka, E.B., Darling, K.E. & Sato, A.F. (2021). *Controlling child feeding practices and child weight: A systematic review and meta-analysis*. *Obes Rev*. **22**(3):e13135. doi: 10.1111/obr.13135.

Scaglioni S., Arrizza, C., Vecchi, F. & Tedeschi, S. (2011). *Determinants of children's eating behavior*. *Am J Clin Nutr*. **94**(6):2006–11. doi: 10.3945/ajcn.110.001685

Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P. & Agostoni, C. (2018). *Factors influencing children's eating behaviours*. *Nutrients*. **10**(6):1–17. doi: 10.3390/nu10060706

Schrepft, S., Van Jaarsveld, C.H.M., Fisher, A., Herle, M., Smith, A.D., Fildes, A. & Llewellyn, C.H. (2018). *Variation in the Heritability of Child Body Mass Index by Obesogenic Home Environment*. *JAMA Pediatr*. **172**(12):1153–60. doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.1508

Sleddens, E.F., Gerards, S.M., Thijs, C., de Vries, N.K. & Kremers, S.P. (2011). *General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review*. *Int J Pediatr Obes.* **6**(2-2):12-27. doi: 10.3109/17477166.2011.566339

Serviço de Saúde da RAM, EPERAM. (2021). Quem somos. Disponível: <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/o-sesaram/quem-somos> [data da consulta: 18/05/2023]

Serviço de Saúde da RAM, EPERAM. (2021^a). Hospitais. Disponível: <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/o-sesaram/as-nossas-unidades/hospitais> [data da consulta: 18/05/2023]

Serviço de Saúde da RAM, EPERAM. (2021^b). Centros de Saúde. Disponível: <https://www.sesaram.pt/portal/utente/diretorio-de-servicos/centros-de-saude> [data da consulta: 18/05/2023]

Serviço de Saúde da RAM, EPERAM. (2021^c). Unidades de Apoio. Disponível: <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/o-sesaram/as-nossas-unidades/unidades-de-apoio> [data da consulta: 18/05/2023]

Serviço de Saúde da RAM, EPERAM. (2021^d). Nutrição. Disponível: <https://www.sesaram.pt/portal/utente/diretorio-de-servicos/servicos-clinicos/nutricao> [data da consulta: 18/05/2023]

Serviço de Saúde da RAM, EPERAM. (2021^e). O Nosso Serviço. Disponível: <https://www.sesaram.pt/pediatria/menu/sobre-nos/o-nosso-servico-pediatria> [data da consulta: 18/05/2023]

Verduci, E., Bronsky, J., Embleton, N., Gerasimidis, K., Indrio, F., Köglmeier, J., de Koning, B., Lapillonne, A., Moltu, S.J., Norsa, L. & Domellöf, M. (2021). *Role of Dietary Factors, Food Habits, and Lifestyle in Childhood Obesity Development: A Position Paper From the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* **72**(5):769-783. doi: 10.1097/MPG.0000000000003075

Viana, V., Santos, P. & Guimarães, M.J. (2008). *Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura*. *Psicol Saúde e Doenças.* **9**(2):209–31.

Viana, V., Franco, T. & Morais, C. (2011). *O Estado Ponderal e o Comportamento Alimentar de Crianças e Jovens: Influência do Peso e das Atitudes de Controlo da Mãe*. *Psicologia, Saúde & Doenças*. **12**(2): 267-279

Vieira de Carvalho, R. & Lopes, A. (2020). *Doença inflamatória intestinal: como funciona o tratamento nutricional?*. *Cadernos De Saúde*. **12**(2):12-19. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8197>

Wardle, J. & Carnell, S. (2007). *Parental feeding practices and children's weight*. *Acta Paediatr*. **96**(454):5-11. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00163.x

World Health Organization (WHO). (s.d.a). *Child growth standards – Software*. Disponível: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software>

WHO. (s.d.b). *Growth reference data for 5-19 years – Application tools*. Disponível:<https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for5to19years/applicationtools>

Zhou, Z., Liew, J., Yeh, Y.C. & Perez, M. (2020). *Appetitive Traits and Weight in Children: Evidence for Parents' Controlling Feeding Practices as Mediating Mechanisms*. *J Genet Psychol*. **181**(1):1-13. doi: 10.1080/00221325.2019.1682506

Apêndices

Apêndice 1- Tabelas referentes à descrição das atividades desenvolvidas no estágio.

Tabela 2.1.: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição no Serviço de Atendimento ao Jovem.

Classificação	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Baixo Peso	2	2,0
Normoponderal	39	39,8
Pré-obesidade	39	39,8
Obesidade	18	18,4
Total	98	100,0

Tabela 2.2: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição no Serviço de Pediatria.

Classificação	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Baixo Peso	9	10,5
Normoponderal	24	27,9
Pré-obesidade	30	34,9
Obesidade	23	26,7
Total	86	100,0

Tabela 2.3: Motivos de referenciação dos utentes à consulta de nutrição do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Motivos / Diagnósticos de Internamento	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Obesidade	44	38,9
Má progressão estatuto-ponderal	18	15,9
Perturbação alimentar	16	14,2
Alterações do desenvolvimento	11	9,7
Anorexia nervosa	4	3,5
Hipertensão arterial	4	3,5
Hipercolesterolemia	3	2,7
Encefalopatia Epilética – Síndrome genético	2	2,7
Glicognose tipo 1	2	1,8
Défice de creatinina	2	1,8
Doença neurodegenerativa	2	1,8
Pré-obesidade	2	1,8
Síndrome de Down	1	0,9
Dislipidemia	1	0,9
Politraumatismo	1	0,9
Fenilcetonúria	1	0,9
Mucopolidose tipo III	1	0,9
Argininemia	1	0,9
Acidúria argininosuccínica	1	0,9
Citrulinémia	1	0,9
Leucinose	1	0,9
Paralisia cerebral	1	0,9
Encoprese	1	0,9
Atrésia intestinal	1	0,9
Microcefalia	1	0,9
Hipercalciúria	1	0,9

Litíase renal	1	0,9
Intolerância à lactose	1	0,9
Hipocaliemia	1	0,9
Insuficiência pancreática de etiologia desconhecida	1	0,9
Quisto do colédoco	1	0,9
Rim poliquístico	1	0,9

Tabela 2.4: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição de obesidade pediátrica.

Classificação	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Pré-obesidade	21	44,7
Obesidade	23	52,3
Total	44	100,0

Tabela 2.5: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição de pediatria geral.

Classificação	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Baixo Peso	2	11,1
Normoponderal	11	61,1
Pré-obesidade	5	27,8
Obesidade	0	0,0
Total	18	100,0

Tabela 2.7 Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição de doenças metabólicas.

Classificação	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Baixo Peso	1	20,0
Normoponderal	3	60,0
Pré-obesidade	1	20,0
Obesidade	0	0,0
Total	5	41,7

Tabela 2.8: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição de desenvolvimento.

Classificação	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Baixo Peso	2	20,0
Normoponderal	7	70,0
Pré-obesidade	1	10,0
Obesidade	0	0,0
Total	10	100,0

Tabela 2.9: Classificação do estado nutricional dos utentes da consulta de nutrição no Hospital de Dia do Serviço de Pediatria.

Classificação	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Baixo Peso	3	10,7
Normoponderal	22	78,6
Pré-obesidade	1	3,6
Obesidade	2	7,1
Total	28	100,0

Tabela 2.10: Classificação do estado nutricional dos utentes internados no Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Classificação	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Baixo Peso	11	9,7
Normoponderal	69	61,1
Pré-obesidade	31	27,4
Obesidade	2	1,8
Total	113	100,0

Apêndice 2- Figura referente à descrição das atividades desenvolvidas no estágio.



Figura 2.1: Motivos de encaminhamento dos utentes à consulta de nutrição do Centro de Saúde do Bom Jesus do Funchal.

Apêndice 3 – Caso Clínico.

Título: Intervenção nutricional em doente em idade pediátrica com Doença de Crohn

Introdução: A Doença de Crohn é uma Doença Inflamatória Intestinal, definida como um processo inflamatório crónico, idiopático e transmural que afeta um ou mais segmentos do tubo digestivo. Apresenta uma evolução variável, podendo manifestar-se em idade pediátrica, em cerca de 25 a 30% dos casos.

Descrição do caso: Relata-se o caso de um adolescente de 15 anos, do sexo masculino, caucasiano, estudante, sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dejeções diarreicas (3 a 4 x/dia) com cerca de 1 mês de evolução. Referia diminuição do apetite com perda ponderal. Ao exame objetivo apresentava-se pálido, e com ar emagrecido. Negava vômitos/náuseas, retorragias ou outros sintomas. Foi encaminhado para seguimento em Hospital de Dia de Endocrinologia tendo realizado análises com pesquisa de anticorpos, coprocultura, endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Foi confirmada a presença da doença pela colonoscopia e enterorressonância magnética, mostrando segmento do íleo terminal afetado pela doença de Crohn, não existindo outro segmento afetado, nem fistulas nem abscessos. Do perfil analítico destacava-se anemia hipocrômica microcítica, velocidade de sedimentação elevada e uma albumina de 28,7 g/L. Na avaliação antropométrica apresentava 42 kg (peso habitual - 50 kg), 163,5 cm e um IMC de 16 kg/m² [inferior ao percentil (P) 3]. Dado o quadro clínico e analítico apresentado, e com o diagnóstico de Doença de Crohn, iniciou Nutrição Entérica Exclusiva, durante 6 semanas, concomitantemente com terapêutica farmacológica anti-inflamatória (Mesalamina 5-ASA), imunossupressora (Azatioprina), suplementação com cálcio, vitamina D e carboximaltose férrico endovenoso.

Na Tabela 2.11. está descrita a evolução do peso, da sintomatologia e da intervenção nutricional ao longo das semanas de tratamento.

Comentários / Conclusões: Após a intervenção nutricional o doente apresentou melhoria do seu estado nutricional. Dada a evolução clínica e analítica, o doente mantém seguimento em Hospital de Dia Pediátrico. O presente caso revela a importância da Nutrição Entérica Exclusiva no diagnóstico inaugural de Doença de Crohn em idade pediátrica.

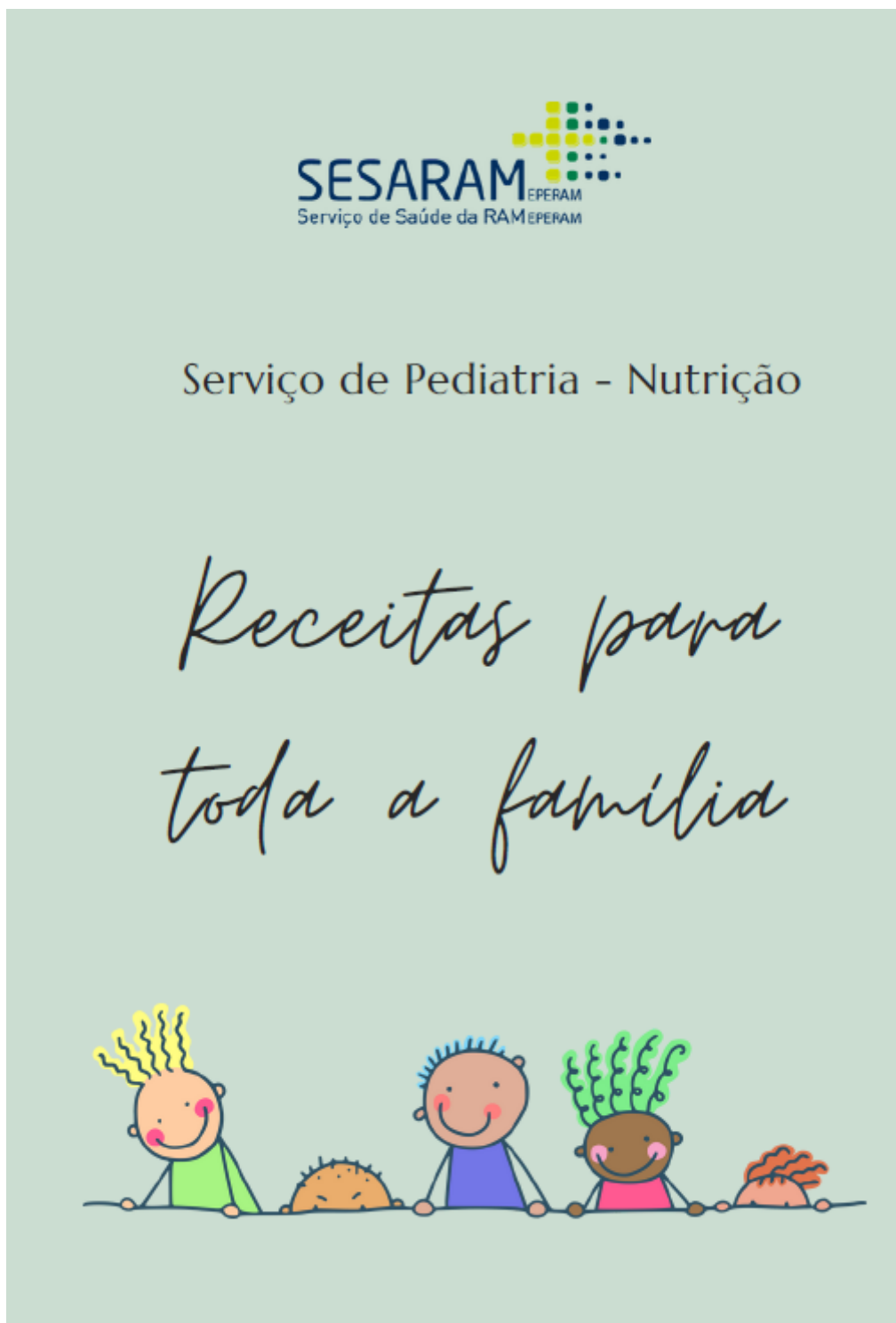
Tabela 2.11.- Evolução ao longo do tempo de tratamento.

Semana Peso	Sintomatologia / Parâmetros analíticos	Dieta oral	Nutrição Entérica (SNO's)	Observações
1 42 kg	Défice de vitamina D (5 ng/ml), hipoalbuminemia (28,7 g/L)	-	Necessidades energéticas (NE) a 75%, necessidades proteicas (NP) a 2g/kg/dia, necessidades lipídicas (NL) a 30%. SNO's - 3 un. Fortimel [®] energy; 2 un. Fresubin [®] protein energy; 1 e ½ un. Resource [®] crema	Necessidades energéticas diárias: 45 kcal/kg/dia = 1800 kcal/dia
2 40 kg	-	-	Aumento dos aportes energéticos e proteicos (NE a 119% e NP a 2,4 g/kg/dia). Adicionado ao esquema de nutrição entérica exclusiva foi adicionada 2 un. Meritene [®]	Com início da terapêutica nutricional deixou de frequentar a escola
3 39,9 kg	Fezes moldadas, 1 a 2 x/dia.	-	Aumento dos aportes energéticos e proteicos (NE a 136% e NP a 3,35 g/kg/dia) devido à não progressão de peso, provavelmente devido ao incumprimento do esquema entérico (omissão das refeições - referenciado para psicologia). Ao esquema de nutrição entérica exclusiva foi adicionada 1 un. Fortimel [®] energy e ½ un.	A intervenção com psicologia contribuiu para a melhor adesão à terapêutica nutricional

			Resource [®] crema	
4 41,8 kg	Mantem fezes moldadas 1 a 2 x/dia.	-	Mantem esquema de nutrição entérica exclusiva.	-
5 43,4 kg	Melhorou sintomatologia e parâmetros analíticos. Fezes (4/5 na escala de Bristol). Mantem apetite.	-	Mantem esquema de nutrição entérica exclusiva.	-
6 45,5 kg	Atinge estabilidade clínica. Fezes 1 a 2 x/dia (4/5 escala de Bristol). Mantem apetite, aparenta menos emagrecido, melhoria da dor abdominal.	Fase de reintrodução da alimentação, pobre em fibra e lactose. Esquema misto.	Mantem suplementação ao meio da manhã (1 un. (30g) de Meritene [®]), meio da tarde (1 un. Fortimel [®] energy) e ceia (1 un. Resource [®] crema)	-
7 47,6 kg IMC = 17,8 kg/m ² (P3-P15)	1 a 2 dejeções moldadas por dia. Mantem apetite. Sem dor abdominal. Sem náuseas. Ar menos emagrecido e rosado.	2 ^a semana de esquema misto. Inclusão de mais alimentos - alimentação mais variada.	Suplementação apenas à ceia (1 un. – 30g de Meritene [®])	Regressou à escola, mas sem frequentar as aulas de educação física.
8 49 kg	Mantem melhoria significativa da situação clínica e da doença.	3 ^a e última semana de alimentação/esquema misto.	Mantem esquema anterior (apenas à ceia).	-

SNO - Suplementos de Nutrição Oral

Apêndice 4- Capa, índice e contracapa do *ebook* “Receitas para toda a família”.



Pequeno almoço e lanches/snacks

- o Panquecas simples pág. 5
- o Panquecas de banana pág. 6
- o Panquecas com "neve" pág. 7
- o Papas de aveia pág. 8
- o Papas de aveia com pera pág. 9
- o Aveia adormecida pág. 10
- o Crepes simples pág. 11
- o Crepioca pág. 12
- o Granola caseira pág. 13
- o Muffins de maçã pág. 14
- o Húmus de grão de bico pág. 16
- o Patê de atum pág. 17
- o Molho de iogurte pág. 18

Almoço e jantar

- o Muffins de legumes pág. 20
- o Pizza na frigideira pág. 21
- o Feijoada de frango pág. 22
- o Arroz de pescada com legumes pág. 23
- o Almôndegas de grão de bico pág. 24
- o Almôndegas de frango pág. 25
- o Hambúrgueres de dourada pág. 26
- o Hambúrgueres de atum pág. 27

Sobremesa

- o Bolachas de banana e cacau pág. 29
- o Parfait de maçã e granola pág. 30
- o Mousse de manga pág. 31
- o Cheesecake de morango desconstruído pág. 32



Elaborado por: Sara Freitas, Nutricionista (5092N)



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

SESARAM, EPERAM . Av. Luís Camões, N.º 57 . 9004-514 . Funchal . Madeira
Telef.: 291 709 600 • Fax: 291 709 601 • www.sesaram.pt • Contribuinte: 511 228 848

Apêndice 5- Folheto “Pré-obesidade”.

5- Distribua os alimentos ao longo do dia

Inclua pequeno-almoço, almoço, jantar e pequenas refeições intercalares. Evite estar mais de 3h30 sem comer.

6- Planeie pequenos-almoços e merendas saudáveis

Opte por fruta, frutos oleaginosos, legumes, laticínios com baixo teor de gordura, pão ou cereais pouco refinados (aveia, pão integral).

7- Adote um padrão alimentar saudável

Comece as refeições do almoço e do jantar por uma sopa de legumes. Coma 2 a 3 peças de fruta/dia.

8- Controle as porções

No seu prato, reserve metade do espaço para saladas cruas ou legumes cozidos. Antes de uma festa, faça uma pequena merenda.

9- Elabore pratos com leguminosas

Substitua a carne ou pescado por leguminosas (6 colheres de sopa equivalem a 100g de carne ou pescado)

10- Hidrate-se bem. Beba 1,5l a 3l de água/dia

Combata o sedentarismo

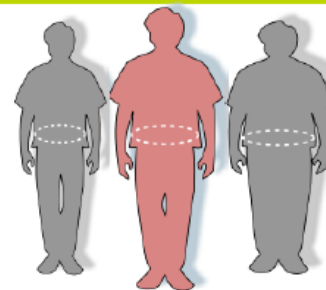
- ✓ Faça pelo menos dez mil passos por dia
- ✓ Comece com pequenas quantidades de atividade física e aumente gradualmente a frequência, intensidade e duração.
- ✓ Evite o sedentarismo. Use as escadas em vez do elevador e faça caminhadas regularmente.

Melhore os seus hábitos alimentares e de atividade física!

Referências Bibliográficas:

- Adaptado de "A Nova Roda dos Alimentos...Um guia para a escolha alimentar diária!". Direção-Geral da Saúde, Instituto do Consumidor, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Alimentação Adequada! Faça mais pela sua Saúde! Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2011.
- Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization 2010.

Folheto Pré-obesidade



Fonte: Wikipedia



REPÚBLICA AUTÓNOMA DA MADEIRA

SESARAM, EPERAM - Av. Luís Camões, N.º 57 - 9004-514 - Funchal - Madeira
Telef.: 291 709 600 - Fax: 291 709 601 - www.sesaram.pt - Contribuinte: 511 228 848

SESARAM EPERAM
Serviço de Saúde da RAM EPERAM

Diagnóstico da pré-obesidade

Como avaliar?

1. O Índice de Massa Corporal (IMC) permite diagnosticar a pré-obesidade:

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Entre 25,0 e 29,9 kg/m² indica pré-obesidade

IMC (kg/m ²)	Classificação
< 18,5	Baixo peso
18,5 - 24,9	Peso normal
25 - 29,9	Pré-obesidade
30 - 34,9	Obesidade classe I
35 - 39,9	Obesidade classe II
> 40	Obesidade classe III

Fonte: Organização Mundial de Saúde (1995, 2000)

2. O Perímetro da Cintura (PC) avalia o risco de complicações metabólicas. Considera-se risco acrescido quando:

Homens apresentam PC > 94 cm

Mulheres apresentam PC > 80 cm

3. A razão Perímetro da Cintura e Estatura, quando é superior a 0,5, está associada a risco acrescido de doenças crónicas não transmissíveis:

$$PC \text{ (cm)} / \text{estatura (cm)} > 0,5$$

Fatores de risco

- Hábitos alimentares desequilibrados e inadequados;
- Estilos de vida sedentários;
- Baixos níveis de atividade física diária.

Complicações

- Diabetes mellitus tipo 2;
- Hipertensão arterial;
- Doenças cardiovasculares;
- Doenças respiratórias;
- Doenças osteoarticulares;
- Depressão, ansiedade, baixa autoestima.

Medidas para controlo de peso

1- Planeie as suas refeições

Procure receitas de alimentação saudável, organize a ementa semanal.

2- Atenção ao rótulo dos alimentos

Leia e interprete corretamente a lista de ingredientes e a composição nutricional. Reduza a ingestão daqueles alimentos cujos primeiros ingredientes sejam gorduras, sal e açúcares.

3- Aprenda a cozinhar os alimentos

Tempere com azeite, cebola, alho, tomate, cenoura, especiarias e ervas aromáticas preferindo marinadas para carnes e peixes. Opte por cozidos, estufados, grelhados com o mínimo de adição de gordura.

4- Coma calmamente, mastigue bem os alimentos, com convivalidade à mesa

Apêndice 6- Folheto “Dieta Mediterrânea”.

A Dieta Mediterrânea representa um padrão alimentar promotor de saúde, importante na prevenção de diversas doenças crónicas.

Apesar deste conhecimento, apenas 26% da população portuguesa apresenta uma elevada adesão à dieta mediterrânea, sendo que a maioria da população tem um consumo baixo de leguminosas, hortícolas, fruta e frutos secos oleaginosos (PNPAS, 2020).

10 Princípios a seguir na Dieta Mediterrânica

1. Receitas simples, que protegem os nutrientes (cozidos, sopas, estufados...);
2. Elevado consumo de alimentos de origem vegetal (hortícolas, fruta, cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosos);
3. Preferência por produtos frescos da região, pouco processados e sazonais;
4. Azeite como principal fonte de gordura;
5. Consumo moderado de laticínios, sobretudo de queijo e iogurte;
6. Consumo frequente de pescado e baixo de carne vermelha;
7. Uso de ervas aromáticas para temperar, em detrimento do sal;
8. Vinho tinto às refeições principais e de forma moderada;
9. Água como principal bebida ao longo do dia;
10. Convívio à volta da mesa e atividade física regular.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

SESARAM, EPERAM - Av. Luís Camões, Nº 57, 9004-514, Funchal, Madeira
 Telef.: 291 709 400 • Fax: 291 709 601 • www.sesaram.pt • Contribuinte: 511 228 848



PREDIMED - O Questionário de adesão à Dieta Mediterrânica em adultos

	SE CUMPRE CRITÉRIO PONTUAÇÃO = 1	VALOR
1. Usa o azeite como a principal gordura de confeção?	Sim	
2. Que quantidade de azeite consome num dia (incluindo na confeção como: frituras, saladas, no prato, fora de casa, etc...)?	≥ 4c.sopa/dia	
3. Quantas porções de vegetais consome por dia? (1 porção=200g, considerar acompanhamentos como metade de uma porção)	≥ 2 Porções/dia	
4. Quantas peças de fruta (incluindo os sumos naturais) consome por dia?	≥ 3 Porções/dia	
5. Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer, ou produtos derivados de carne (presunto, salsichas, etc.) consome por dia? (1 porção=100-150g)	<1 Porção/dia	
6. Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção=12g)	<1 Porção/dia	
7. Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe por dia?	<1 Porção/dia	
8. Quantos copos de vinho bebe por semana? (opcional, unicamente se tem o hábito de beber)	≥ 7 Copos/semana (média: 1 copo/dia)	
9. Quantas porções de leguminosas consome por semana? (1 porção=150g)	≥ 3 Porções/semana	
10. Quantas porções de peixe (preferência peixe gordo) ou frutos do mar ou marisco consome por dia? (1 porção=100-150g de peixe ou 4 a 5 unidades ou 200g de marisco)	≥ 3 Porções/semana	
11. Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria e doces comerciais (excluir os caseiros) como fatias de bolos, bolos, bolachas, biscoitos ou pudins?	<3 Vezes/semana	
12. Quantas porções de oleaginosas (incluindo amendoins) consome por semana? (1 porção=30g)	≥ 3 Porções/semana	
13. Consome preferencialmente galinha, peru ou coelho na vez de carne de vaca ou porco ou hambúrguer ou salsichas?	Sim	
14. Quantas vezes por semana consome produtos hortícolas, massas, arroz, ou outros pratos confecionados tipo estufado/refogado (molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite)?	≥ 2 Vezes/semana	
	TOTAL	

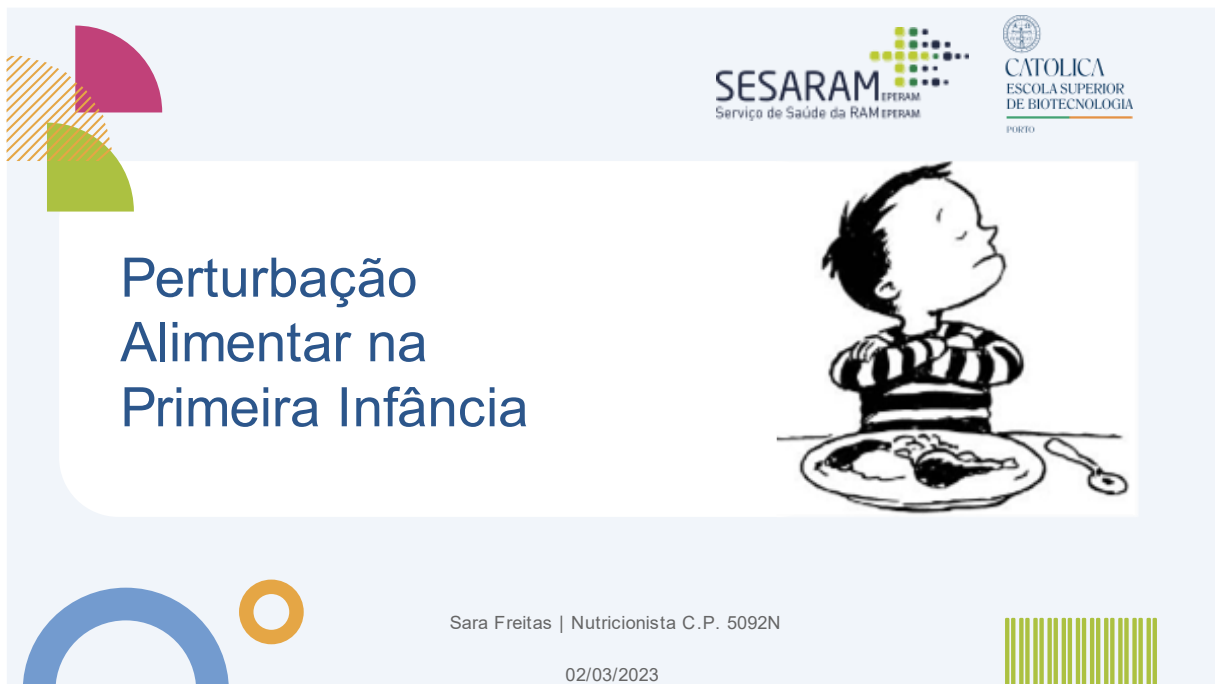
Fonte: Adaptado de Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvado J, Ros E, Covas MI, Fiol M, et al. Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study. International journal of epidemiology 2012; 41(2): 377-85.

Pontuação da adesão à Dieta Mediterrânica:

- ≤5 Pouca;
- 6-9 Satisfatória;
- ≥ 10 Boa.

Autor: Dr. Miguel Andrade, Drª Sara Freitas
 Elaborado em: 03/2023
 Próxima revisão: 03/2028

Apêndice 7- Capa, conteúdos programáticos e referências bibliográficas da apresentação “Perturbação Alimentar na Primeira Infância”.



Referências Bibliográficas

- Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015 Feb;135(2):344-53. doi: 10.1542/peds.2014-1630. Epub 2015 Jan 5. PMID: 25560449.
- Alan H. Silverman. Behavior management techniques are designed to strengthen adaptive behaviors and weaken maladaptive behaviors. *Ann Nutr Metab* 2015;66(suppl 5):33-42.
- Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord*. 2010 Mar;43(2):98-111. doi: 10.1002/eat.20795. PMID: 20063374.
- Miri Keren. Eating and Feeding Disorders in Early Childhood in *Handbook of Infant Mental Health, Fourth Edition*.
- Koletzko B, et al. (eds): *Pediatric Nutrition in Practice*. World Rev Nutr Diet. Basel, Karger, 2015, vol 113, pp 209-213 DOI: 10.1159/000367875.
- Taylor CM, Hays NP, Emmett PM. Diet at Age 10 and 13 Years in Children Identified as Picky Eaters at Age 3 Years and in Children Who Are Persistent Picky Eaters in A Longitudinal Birth Cohort Study. *Nutrients*. 2019 Apr 10;11(4):807. doi: 10.3390/nu11040807. PMID: 30974806; PMCID: PMC6521015.
- Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, Delaney AL, Feuling MB, Noel RJ, Gisel E, Kenzer A, Kessler DB, Kraus de Camargo O, Browne J, Phalen JA. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019 Jan;68(1):124-129. doi: 10.1097/MPG.0000000000002188. PMID: 30358739; PMCID: PMC6314510.
- Green RJ, Samy G, Miqdady MS, Salah M, Sleiman R, Abdelrahman HM, Al Haddad F, Reda MM, Lewis H, Ekanem EE, Vandenplas Y. How to Improve Eating Behaviour during Early Childhood. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2015 Mar;18(1):1-9. doi: 10.5223/pghn.2015.18.1.1. Epub 2015 Mar 30. PMID: 25866727; PMCID: PMC4391994.
- Machado BC, Dias P, Lima VS, Campos J, Gonçalves S. Prevalence and correlates of picky eating in preschool-aged children: A population-based study. *Eat Behav*. 2016 Aug;22:16-21. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.03.035. Epub 2016 Apr 5. PMID: 27077700.
- Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, Gau JM, Joiner TE Jr, Striegel-Moore R, Bear P, Lamoureux B. Problematic eating and feeding behaviors of 36-month-old children. *Int J Eat Disord*. 2005 Nov;38(3):208-19. doi: 10.1002/eat.20175. PMID: 16211627; PMCID: PMC1351337.

Apêndice 8- Consentimento informado.



ID: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Avaliação dos hábitos alimentares de crianças com sobrecarga ponderal e avaliação das atitudes dos pais face aos mesmos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do encarregado de educação)

ASSINANDO ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO, CONCORDO QUE O MEU FILHO (nome completo da criança) _____

PARTICIPE NO ESTUDO "Avaliação dos hábitos alimentares de crianças com sobrecarga ponderal e avaliação das atitudes dos pais face aos mesmos" integrado nas atividades do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, EPERAM) e em participar num projeto do Mestrado em Biotecnologia e Inovação, pela Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa. DECLARO QUE compreendi a explicação que me foi fornecida oralmente, relativamente ao desenvolvimento do estudo e à minha participação em particular. TOMEI CONHECIMENTO de pontos essenciais do projeto, nomeadamente, os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e os potenciais riscos. FUI INFORMADO(A) sobre a garantia da privacidade e da confidencialidade da informação fornecida por mim. COMPREENDO QUE a minha participação é voluntária possuindo o direito de recusa, sem que daí advenha qualquer penalização. CONCEDERAM-ME o tempo necessário para refletir sobre a minha participação e nas condições apresentadas decido livremente participar neste estudo.

EU CONCORDO (assinale o que se aplique):

- Em preencher o questionário e devolvê-lo devidamente à equipa de investigação.
- Que as medições do meu filho, durante a consulta de nutrição, sejam integradas na análise dos dados do projeto.

Funchal, _____ de _____ de 20__

Assinatura do Encarregado de Educação

Assinatura da Equipa de Investigação

Contactos:

Elisabete Pinto - Tel.: 225 580 001 | e-mail: ecbpinto@ucp.pt

Carla Gonçalves - Tel.: 918 515 061 | e-mail: carlagliz@gmail.com

Sara Freitas - Tel.: 962 732 677 | e-mail: sara.correiafreitas@gmail.com

Apêndice 9- Questionário “Avaliação dos hábitos alimentares de crianças com sobrecarga ponderal e avaliação das atitudes dos pais face à alimentação das crianças”.

ID: _____



Avaliação dos hábitos alimentares de crianças com sobrecarga ponderal e avaliação das atitudes dos pais face aos mesmos

O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, EPERAM), juntamente com um grupo de investigação da Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa, gostava de conhecer melhor as crianças encaminhadas para a Consulta Externa de Nutrição no SESARAM, nos Cuidados de Saúde Hospitalares, no Hospital Dr. Nélio Mendonça, no âmbito da Consulta de Obesidade Infantil e nos Cuidados de Saúde Primários, no Centro de Saúde do Bom Jesus, no âmbito da Consulta de Combate à Obesidade Infantil e Saúde Escolar, no que respeita à sua alimentação e às práticas e atitudes dos seus pais ou tutores face à mesma. Neste sentido, pedimos a sua colaboração para preencher este questionário.

Por favor, responda com sinceridade a todas as perguntas. A análise da informação será feita garantindo a confidencialidade de todas as informações prestadas.

Desde já agradecemos a sua colaboração!

i) Data de preenchimento: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (dia/mês/ano)

ii) Qual o seu grau de parentesco com a criança?

Mãe

Avó/ avô

Pai

Outro. Quem? _____

A) Caracterização sociodemográfica

1) Data de nascimento da criança: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

2) Sexo: Masculino Feminino

3) Com quem vive a criança? (considerar o lar onde a criança passa a maior parte do tempo; caso tenha mais do que um núcleo familiar, descrever todas as pessoas que constituem esses núcleos familiares)

1

Contactos:

Elisabete Pinto - Tel.: 225 580 001 | e-mail: ecbpinto@ucp.pt

Carla Gonçalves - Tel.: 918 515 061 | e-mail: carlagliz@gmail.com

Sara Freitas - Tel.: 962 732 677 | e-mail: sara.correiafreitas@gmail.com

- 4) Qual a idade da mãe? |__|__| anos Não sabe:
- 5) Qual a escolaridade da mãe? Não sabe:
 1º Ciclo do ensino básico (4º ano)
 2º Ciclo do ensino básico (6º ano)
 3º Ciclo do ensino básico (9º ano)
 Ensino secundário (12º ano)
 Ensino superior
- 6) Qual a idade do pai? |__|__| anos Não sabe:
- 7) Qual a escolaridade do pai? Não sabe:
 1º Ciclo do ensino básico (4º ano)
 2º Ciclo do ensino básico (6º ano)
 3º Ciclo do ensino básico (9º ano)
 Ensino secundário (12º ano)
 Ensino superior

B) Antropometria ao nascimento e primeiros alimentos consumidos

A informação referente às três perguntas seguintes, em princípio, está no Boletim Individual de Saúde do seu educando. Caso não saiba, por favor, confirme. Responda "não sabe" apenas se não for mesmo possível obter essa informação.

- 8) Com quantas semanas de gravidez nasceu a criança? |__|__| Não sabe:
- 9) Quanto pesava a criança ao nascimento? |__|,|__|__|__| Kg Não sabe:
- 10) Quanto media a criança ao nascimento? |__|__|, |__| cm Não sabe:
- 11) Qual o tipo de parto?
 normal (eutócico)
 com auxílio de ventosa
 com auxílio de fórceps
 cesariana
- 12) A sua criança foi alimentada com leite materno?
 Sim Não
- 12.1) Se sim, durante quanto tempo? |__|__|__| dias/ semanas/ meses (sublinhar a unidade de tempo que interessa)

Contactos:

Elisabete Pinto - Tel.: 225 580 001 | e-mail: ecbpinto@ucp.pt
 Carla Gonçalves - Tel.: 918 515 061 | e-mail: carlagliz@gmail.com
 Sara Freitas - Tel.: 962 732 677 | e-mail: sara.correiafreitas@gmail.com

ID: _____

20) Gostaríamos de conhecer a frequência de consumo de alguns alimentos pela sua criança:

	≥3X/ dia	2X/ dia	1X/ dia	2-6X/ semana	1X/ semana	≤3X/mês	Nunca
20.1) Cereais de pequeno-almoço açucarados (ex: com chocolate, com mel, granolas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.2) Pão branco (ex: tipo papa seco)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.3) Pão escuro (ex: de mistura, de cereais integrais, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.4) Pães com chocolate (ex: embalados)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.5) Produtos de pasteleria (ex: bolos, folhados, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.6) Chocolates, gomas, doces, guloseimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.7) Snacks salgados (ex: pizza, hambúrguer, batata frita, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.8) Laticínios (ex: leite, queijo, iogurte, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.9) Bebidas vegetais (ex: "leite" de soja, "leite" de amêndoa, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.10) Néctares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.11) Refrigerantes com e sem gás (ex: inclui ica tea)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.12) Vegetais no prato (ex: em saladas, cozidos, saltados, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.13) Sopa de legumes/ vegetais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.14) Fruta fresca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Legenda: X : vez ou vezes; ≤ : igual ou menos do que; ≥ : igual ou mais do que; "ex": exemplo(s).

21) Gostaríamos agora de conhecer algumas opiniões e atitudes suas em relação à alimentação da sua criança. Por favor, assinale a opção que melhor se aplica no seu caso.

	Não me preocupa	Preocupa-me um pouco	Preocupa-me bastante	Preocupa-me muito
21.1) Preocupa-me que o meu filho coma demais quando não está perto de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.2) Preocupa-me que o meu filho tenha que fazer dieta para manter um peso adequado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.3) Preocupa-me que o meu filho venha a ter peso a mais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.4) Preocupa-me que o meu filho coma demasiados alimentos ricos em açúcar (ex: rebuçados, gomas, gelados, refrigerantes, bolos, pastéis, ...);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.5) Preocupa-me que o meu filho coma demasiados alimentos ricos em gordura (ex: batatas fritas, outros alimentos fritos, ...);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4

Contactos:

Elisabete Pinto - Tel.: 225 580 001 | e-mail: ecbpinto@ucp.pt

Carla Gonçalves - Tel.: 918 515 061 | e-mail: carlagliz@gmail.com

Sara Freitas - Tel.: 962 732 677 | e-mail: sara.correiafreitas@gmail.com

ID: _____

	Discordo	Discordo em parte	Não concordo, nem discordo	Concordo em parte	Concordo
21.6) Ofereço à criança os seus alimentos preferidos em troca de um bom comportamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.7) Se eu não orientasse ou vigiasse a alimentação da criança, ela comeria demasiados alimentos gordos ou açucarados (ex: "comida de plástico").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.8) A criança tem que comer sempre tudo o que estiver no prato.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.9) Tenho que estar especialmente atento(a) para garantir que a criança come o suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.10) Se a criança diz "eu não tenho fome", eu tento de qualquer maneira fazer com que ela coma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.11) Se eu não orientasse ou vigiasse a alimentação da criança, ela comeria muito menos do que deveria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
21.12) Tem noção da quantidade de doces (ex: rebuçados, gelados, bolos, pastéis) que a criança come?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.13) Tem noção da quantidade de snacks salgados (ex: batatas fritas, salgadinhos, bolachas) que a criança come?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.14) Tem noção da quantidade de alimentos muito ricos em gordura (ex: batatas fritas, snacks fritos, bolachas) que a criança come?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.15) Com que frequência é firme sobre o que a criança deve comer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.16) Com que frequência é firme sobre quando a criança deve comer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.17) Com que frequência é firme sobre o local onde a criança deve comer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.18) Com que frequência é firme sobre a quantidade que a criança deve comer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.19) Evita ir com a criança a cafés ou restaurantes com comida não saudável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.20) Evita comprar guloseimas (ex: rebuçados, gomas ou chocolates) ou batatas fritas e levá-los para casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.21) Não compra alimentos que gosta para que a criança não os coma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.22) Evita comer alimentos não saudáveis quando a criança está por perto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.23) Evita comprar biscoitos e bolos e levá-los para casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D) Hábitos de sono e atividade física

22) Quantas horas a criança dorme, à noite, durante os dias de semana?

|_|_| horas |_|_| minutos

23) A criança pratica algum desporto, além da aula de educação física incluída nas atividades curriculares?

Sim Não

5

Contactos:

Elisabete Pinto - Tel.: 225 580 001 | e-mail: ecbpinto@ucp.pt

Carla Gonçalves - Tel.: 918 515 061 | e-mail: carlagliz@gmail.com

Sara Freitas - Tel.: 962 732 677 | e-mail: sara.correiafreitas@gmail.com

ID: _____

23.1) Se sim, indique a(s) modalidade(s), bem como a quantidade de tempo semanal dedicado a cada uma delas.

_____ |__|__|__| minutos/ semana
_____ |__|__|__| minutos/ semana
_____ |__|__|__| minutos/ semana

E) Percepção da imagem corporal

24) Na sua opinião, a sua criança:

- Tem peso adequado para a altura e idade
- Tem peso a mais para a altura e idade
- Tem peso a menos para a altura e idade
- Não sabe julgar

Por favor, aproveite o espaço seguinte para fazer qualquer observação ou comentário, que considere pertinente:

Obrigada pela sua colaboração.

6

Contactos:

Elisabete Pinto - Tel.: 225 580 001 | e-mail: ecbpinto@ucp.pt

Carla Gonçalves - Tel.: 918 515 061 | e-mail: carlagiz@gmail.com

Sara Freitas - Tel.: 962 732 677 | e-mail: sara.correiafreitas@gmail.com

Apêndice 10- Tabelas referentes ao trabalho de investigação.

Tabela 3.1: Frequência de consumo de alguns alimentos ou grupos de alimentos.

Grupos de alimentos	≥ 3 x/dia n (%)	2 x/dia n (%)	1 x/dia n (%)	2-6 x/semana n (%)	1 x/semana n (%)	≤ 3 meses n (%)	Nunca n (%)
Cereais de pequeno-almoço açucarados	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,4)	10 (27,0)	4 (10,8)	6 (16,2)	15 (40,5)
Pão branco	2 (5,4)	7 (18,9)	12 (32,4)	14 (37,8)	1 (2,7)	1 (2,7)	0 (0,0)
Pão escuro	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (16,2)	9 (24,3)	5 (13,5)	2 (5,4)	15 (40,5)
Pães com chocolate	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,7)	4 (10,8)	5 (13,5)	13 (35,1)	14 (37,8)
Produtos de pastelaria	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (13,5)	11 (29,7)	12 (32,4)	9 (24,3)
Chocolates, gomas, doces, guloseimas	0 (0,0)	1 (2,7)	2 (5,4)	16 (43,2)	5 (13,5)	13 (35,1)	0 (0,0)
Snacks salgados	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	4 (10,8)	12 (32,4)	18 (48,6)	2 (5,4)
Lacticínios	6 (16,2)	13 (35,1)	8 (21,6)	8 (21,6)	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (2,7)
Bebidas vegetais	1 (2,7)	1 (2,7)	1 (2,7)	3 (8,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	31 (83,8)
Néctares	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (20,0)	10 (28,6)	10 (28,6)	7 (20,0)
Refrigerantes com e sem gás	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,6)	6 (16,7)	7 (19,4)	7 (19,4)	14 (38,9)
Vegetais no prato	0 (0,0)	11	11	8 (22,2)	1 (2,8)	1 (2,8)	4

		(30,6)	(30,6)				(11,1)
Sopa de legumes	0 (0,0)	3 (8,1)	17 (45,9)	14 (37,8)	0 (0,0)	1 (2,7)	2 (5,4)
Frua fresca	7 (19,4)	13 (36,1)	5 (13,9)	8 (22,2)	1 (2,8)	1 (2,8)	1 (2,8)

Tabela 3.2: Relação entre o nível de escolaridade materno e a frequência de consumo alimentar.

Alimentos	Nível de escolaridade materno	
	ρ	P
Cereais açucarados	-0,044	0,795
Pão branco	0,066	0,698
Pão escuro	0,021	0,904
Pães com chocolate	-0,139	0,413
Produtos de pastelaria	0,100	0,555
Chocolates e outras guloseimas	-0,126	0,459
Snacks salgados	-0,242	0,149
Laticínios	0,018	0,915
Bebidas vegetais	0,138	0,416
Néctares	0,017	0,923
Refrigerantes	0,133	0,439
Hortícolas no prato	0,418	0,011
Sopa	0,185	0,273
Frua	0,066	0,701

Legenda: ρ – Coeficiente de correlação de Spearman; p – Valor de p .

Tabela 3.3: Relação entre o nível de escolaridade materno e as práticas parentais de controlo alimentar.

Práticas parentais de controlo alimentar	Nível de escolaridade materno	
	ρ	Valor de P
Preocupação com o peso	-0,122	0,471
Restrição	-0,173	0,306
Pressão para comer	-0,403	0,013
Monitorização	-0,143	0,399
Controlo explícito	0,010	0,955
Controlo encoberto	0,072	0,676

Legenda: ρ – Coeficiente de correlação de Spearman; p – Valor de p .

Tabela 3.4: Relação entre as diversas dimensões que compõem o CFQ.

Dimensões do CFQ		Preocupação com o peso	Restrição	Pressão para comer	Monitorização	Controlo explícito	Controlo encoberto
Preocupação com o peso	ρ	1,000	0,074	-0,086	0,051	-0,058	0,121
	p	.	0,662	0,614	0,762	0,733	0,475
Restrição	ρ		1,000	-0,064	0,065	-0,140	0,016
	p		.	0,707	0,703	0,409	0,927
Pressão para comer	ρ			1,000	-0,015	0,354	0,102
	p			.	0,932	0,031	0,547
Monitorização	ρ				1,000	0,202	0,004
	p				.	0,232	0,982
Controlo explícito	ρ					1,000	-0,088
	p					.	0,604
Controlo encoberto	ρ						1,000
	p						.

Legenda: ρ – Coeficiente de correlação de Spearman; p – Valor de p .

Tabela 3.5: Relação entre as diferentes práticas parentais de controlo alimentar e a frequência de consumo.

Alimentos		Preocupação com o peso	Restrição	Pressão para comer	Monitorização	Controlo explícito	Controlo encoberto
Cereais açucarados	ρ	0,031	0,121	-0,024	-0,143	-0,440	0,065
	valor de p	0,856	0,474	0,889	0,400	0,006	0,708
Pão branco	ρ	-0,056	-0,011	-0,246	-0,153	-0,194	-0,021
	valor de p	0,742	0,947	0,143	0,366	0,250	0,903
Pão escuro	ρ	-0,017	0,400	0,073	0,019	0,378	-0,180
	valor de p	0,922	0,014	0,668	0,913	0,021	0,292
Pães com chocolate	ρ	0,197	-0,028	0,156	-0,211	-0,103	0,459
	valor de p	0,243	0,868	0,356	0,211	0,544	0,005
Produtos de pastelaria	ρ	0,037	0,010	-0,104	-0,010	-0,254	0,130
	valor de p	0,827	0,954	0,542	0,951	0,129	0,451
Chocolates e outras guloseimas	ρ	0,182	0,426	-0,130	-0,192	-0,410	0,080
	valor de p	0,281	0,009	0,442	0,256	0,012	0,642
Snacks salgados	ρ	0,096	0,150	0,067	0,295	0,133	0,166
	valor de p	0,573	0,376	0,694	0,077	0,431	0,334
Laticínios	ρ	-0,037	-0,115	-0,067	0,019	0,001	0,049
	valor de p	0,826	0,497	0,694	0,910	0,994	0,777

Bebidas vegetais	ρ	-0,056	-0,205	0,174	-0,080	0,353	0,214
	valor de p	0,744	0,223	0,303	0,636	0,032	0,211
Néctares	ρ	0,054	0,223	-0,089	-0,014	0,291	0,183
	valor de p	0,759	0,199	0,612	0,934	0,089	0,301
Refrigerantes	ρ	0,099	0,206	0,130	-0,323	-0,180	0,119
	valor de p	0,564	0,227	0,449	0,055	0,292	0,497
Vegetais no prato	ρ	-0,305	-0,160	-0,389	-0,025	0,007	-0,353
	valor de p	0,070	0,351	0,019	0,884	0,968	0,037
Sopa	ρ	-0,297	-0,076	0,047	0,125	0,280	0,069
	valor de p	0,074	0,657	0,785	0,461	0,093	0,690
Fruta	ρ	-0,134	0,219	-0,108	0,033	0,147	0,009
	valor de p	0,436	0,199	0,532	0,847	0,391	0,959

Legenda: ρ – Coeficiente de correlação de Spearman; p – Valor de p .

Tabela 3.6: Frequência de consumo de hortofrutícolas igual ou superior a 5 vezes por dia, em cada um dos níveis de cada dimensão do CFQ.

Dimensão do CFQ	Consumo de hortícolas $\geq 5x/dia$ (%)	
Preocupação com o peso	Nível baixo	0,0
	Nível médio	55,6
	Nível elevado	44,4
Restrição	Nível baixo	0,0
	Nível médio	55,6
	Nível elevado	44,4
Pressão para comer	Nível baixo	55,6
	Nível médio	33,3
	Nível elevado	11,1
Monotorização	Nível baixo	11,1
	Nível médio	11,1
	Nível elevado	77,8

Controlo explícito	Nível baixo	0,0
	Nível médio	55,6
	Nível elevado	44,4
Controlo encoberto	Nível baixo	11,1
	Nível médio	66,7
	Nível elevado	22,2

Tabela 3.7: Frequência de consumo de alimentos de elevada densidade energética igual ou superior a 1 vezes por dia, em cada um dos níveis de cada dimensão do CFQ.

Dimensão do CFQ	Consumo de alimentos de elevada densidade energética $\geq 1x/dia$ (%)	
Preocupação com o peso	Nível baixo	0,0
	Nível médio	12,5
	Nível elevado	87,5
Restrição	Nível baixo	0,0
	Nível médio	75,0
	Nível elevado	25,0
Pressão para comer	Nível baixo	0,0
	Nível médio	50,0
	Nível elevado	0,0
Monotorização	Nível baixo	12,5
	Nível médio	12,5
	Nível elevado	75,0
Controlo explícito	Nível baixo	0,0
	Nível médio	50,0
	Nível elevado	50,0
Controlo encoberto	Nível baixo	0,0
	Nível médio	37,5
	Nível elevado	62,5

Tabela 3.8: Relação entre as práticas parentais de controlo alimentar e o peso da criança.

Práticas parentais de controlo alimentar	Z-Score do IMC	
	ρ	P
Preocupação com o peso	0,199	0,238
Restrição	-0,020	0,909
Pressão para comer	0,072	0,673
Monitorização	0,183	0,280
Controlo explícito	0,222	0,187
Controlo encoberto	0,223	0,184

Legenda: ρ – Coeficiente de correlação de Spearman; p – Valor de p .

Tabela 3.9: Pontuação média de cada dimensão do CFQ de acordo com a perceção parental acerca do peso da criança.

Dimensões do CFQ	Tem peso adequado	Tem peso a mais	Valor de p
	média \pm d.p.	média \pm d.p.	
Preocupação com o peso	3,5 \pm 1,0	3,9 \pm 0,8	0,379
Restrição	3,6, \pm 0,7	3,5 \pm 0,5	0,862
Pressão para comer	2,8 \pm 1,1	2,4 \pm 1,1	0,329
Monitorização	4,3 \pm 0,6	4,0 \pm 0,9	0,546
Controlo explícito	3,7 \pm 0,6	4,1 \pm 0,7	0,218
Controlo encoberto	3,3 \pm 0,8	3,6 \pm 0,7	0,349

Tabela 3.10: Análise entre a percepção do cuidador sobre o peso da criança e a caracterização do estado nutricional da criança.

Estado nutricional	Percepção do cuidador sobre o peso da criança			
	Tem peso adequado n (%)	Tem peso a mais n (%)	Tem peso a menos n (%)	Não sabe julgar n (%)
Pré-obesidade	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Obesidade	6 (27,3%)	16 (72,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Obesidade grave	0 (0,0%)	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Apêndice 11- Figura referente ao trabalho de investigação.

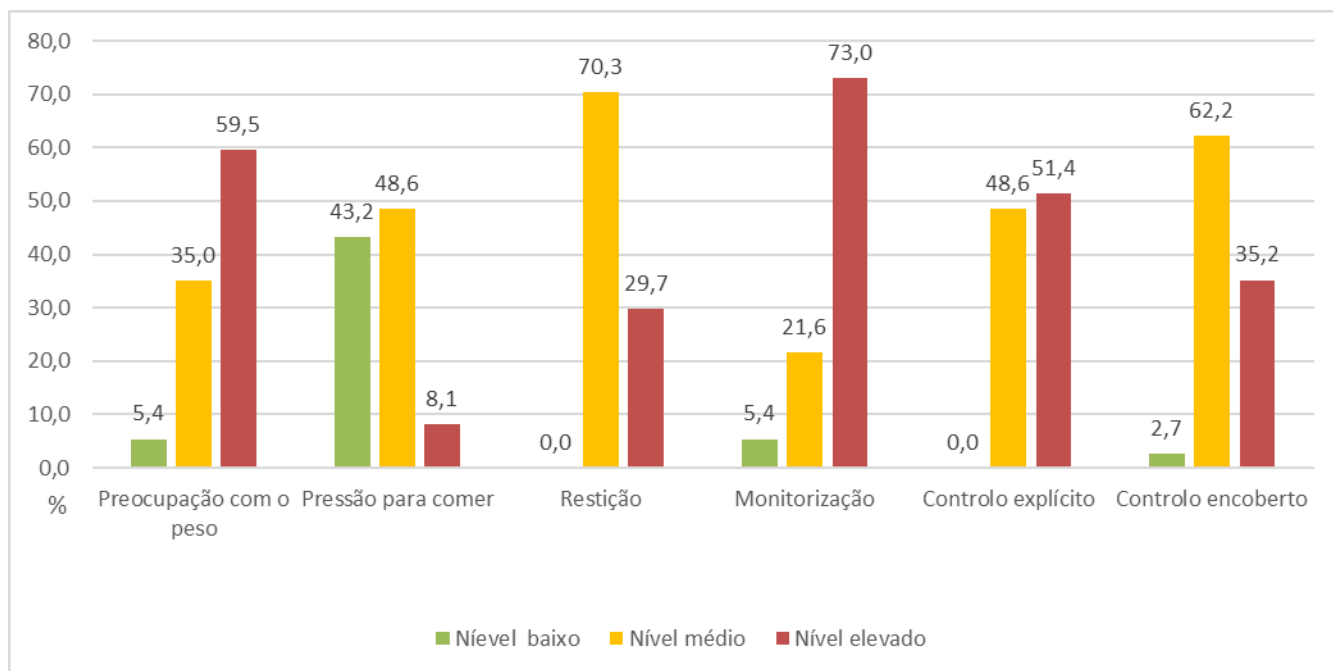


Figura 3.1: Proporções das pontuações médias de cada dimensão do CFQ.

Anexos

Anexo 1- Certificado de participação no curso “Antropometria Nível I” pela ISAK.



The International Society for the
Advancement of Kinanthropometry

Certificate #638140007749112366. Printed on 09/03/2023

Anexo 2- Certificado de participação no curso “Nutrição Comportamental na Infância” do Instituto Nutrição Comportamental.



Anexo 3- Certificado de participação na “XXXV Reunião anual da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica”.



Anexo 4- Certificado de participação no “XX Encontro de Nutrição e Alimentação” da Associação Nacional de Estudantes de Nutrição.

