



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Sofia Maria Anacleto Pereira

RELATÓRIO FINAL DE PRÁTICA DE ENSINO  
SUPERVISIONADA

Perceção parental do estatuto ponderal de crianças vianenses: a importância da educação  
para a saúde

Mestrado – EPE e Ensino do 1º CEB  
Área do Estudo do Meio Físico

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Doutora Raquel Leitão

fevereiro de 2014

## Agradecimentos

---

A realização deste trabalho só foi possível devido ao apoio e incentivo de algumas pessoas. Assim, agradeço:

À Professora Doutora Raquel Leitão pelo apoio, pelos esclarecimentos e sugestões, assim como pelas palavras de encorajamento e boa disposição durante o desenvolvimento do trabalho.

A todos os professores que me acompanharam durante o meu processo de formação académica, ensinando-me grande parte do que sei hoje.

Às crianças e aos pais que se dispuseram a participar neste estudo e que sem elas não teria sido realizável.

Às minhas colegas pela força e aos meus amigos pelo companheirismo e pelas palavras de incentivo.

Ao Rafael pela ajuda fundamental e paciência nas questões informáticas.

E por último, mas não menos importante, à minha mãe, aos meus irmãos e ao Fernando pela força, compreensão, confiança e palavras de alento, pois sem eles nada disto teria sido possível.

*“ Cada pessoa é também o resultado da sua nutrição; pelo que uma alimentação saudável é um investimento na saúde e no futuro de cada um e de todos nós. ”*

(Minderico & Teixeira, 2008)

## Resumo

---

Nos últimos anos a obesidade infantil tem vindo a tomar proporções epidémicas, especialmente em países mais desenvolvidos, como por exemplo Portugal. Como tal, torna-se de extrema importância 'olhar' para esta patologia de uma forma mais crítica, de modo a procurar compreender as causas potenciadoras deste fenómeno e buscar possíveis soluções para o combater. O reconhecimento parental do excesso de peso ou obesidade do seu filho tem vindo a ser considerado um factor crucial para o necessário envolvimento dos pais neste processo.

Assim, no âmbito da Prática de Ensino Supervisionada II do Curso de Mestrado em Educação Pré-escolar e Ensino do 1º CEB, foi realizado um estudo que visou analisar a perceção parental do estatuto ponderal de crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico de uma escola do distrito de Viana do Castelo. A amostra do estudo, de delineamento observacional, descritivo e transversal, envolveu 34 pares mãe-filho. A avaliação antropométrica das crianças consistiu na determinação do peso, estatura e perímetro da cintura, através dos quais se calculou o Índice de Massa Corporal (IMC) e o Rácio Perímetro da cintura/estatura (*WHtR*, *Waist-to-height ratio*). O estatuto ponderal das crianças (magreza, peso normal, excesso de peso e obesidade) foi avaliado com base nos valores de corte de IMC propostos pela IOTF (International Obesity Task Force). Para a classificação de adiposidade central excessiva utilizou-se o valor de corte de  $WHtR \geq 0,5$  (McCarthy & Ashwell, 2006). As perceções e opiniões parentais relativas ao estatuto ponderal do seu filho foram recolhidas através da aplicação de um questionário.

A prevalência de excesso de peso e obesidade na amostra foi de 41,2% e de 5,9%, respetivamente. Com base nos valores do *WHtR*, verificou-se que 47,1% das crianças apresentam adiposidade central excessiva o que significa risco acrescido para problemas cardiometabólicos. Por sua vez, 68,75% das mães com filhos com excesso de peso não reconhece o problema, indicando que o seu filho apresenta peso normal.

Os resultados obtidos no presente estudo são concordantes com a literatura, na medida que revelam, aparentemente, uma má-perceção parental do estatuto ponderal

## Resumo

---

dos filhos, em particular do excesso de peso e obesidade, que são subestimados. Também se conclui que é necessário investir mais na educação para a saúde, sensibilizando e envolvendo pais, professores, educadores e os próprios profissionais de saúde, para a importância da prevenção da obesidade infantil, assim como do seu tratamento adequado nesta idade, evitando que o problema persista e que se agravem as suas consequências. Para tal, torna-se necessário compreender de que forma os vários fatores ambientais, psicossociais e do estilo de vida contribuem para esse aumento, incluindo a percepção parental do estatuto ponderal dos filhos. Só assim será possível traçar, em conjunto com a família, estratégias mais eficazes de intervenção preventiva da obesidade infantil.

Palavras-chave: Obesidade infantil; sobrepeso; percepção parental; educação para a saúde.

## Abstract

---

In the past years, childhood obesity has reached epidemic proportions, especially in developed countries such as Portugal. As such, it is extremely important to "look" at this pathology in a more critical way, in order to comprehend the causes of this phenomenon, and to search for possible solutions to fight it. Parental awareness of overweight or obesity in their children has been considered a crucial factor for the necessary involvement of parents in this process.

Thus, in the scope of the Supervised Teaching Practice II (PESII) of the Master in Preschool Education and Teaching of the first Cycle of Basic Education, it was conducted a study to analyze the parental perception for actual weight status of their child. The study sample included 34 mother-child pairs from a school located in the district of Viana do Castelo. The anthropometric assessment of children involved weight, height, and waist circumference determination, through which were determined the Body Mass Index (BMI) and Waist-to-Height Ratio (WHtR). The children's weight status (thinness, normal weight, overweight and obesity) was based on the BMI International Obesity Task Force (IOTF) standards. The classification of excess central adiposity was based on the  $WHtR \geq 0.5$  cut-off (McCarthy & Ashwell, 2006). Parental perceptions and opinions regarding their children's weight status were collected by questionnaires.

The prevalence of overweight and obesity in the sample was 41.2%, and 5.9%, respectively. Based on WHtR values, it was revealed that 47.1% of the children had excess central adiposity, which means an increased risk of cardiometabolic problems. In turn, 82.4% of the mothers of overweight children do not acknowledge the problem, as they state that their children have "normal weight".

The results of the present study are in accordance with the literature, since they reveal an apparent poor parental perception of their children's weight status, particularly regarding overweight and obesity, which are underestimated. It was also observed that it is necessary to invest more on health education, in order to involve and sensitize parents, teachers, educators, and health professionals alike, for the importance to prevent childhood obesity, and for adequate therapy, thus avoiding that the problem persists with

## Abstract

---

all its consequences. In this regard, it is necessary to understand how the various environmental, psychosocial and lifestyle factors contribute to this increase, including parental perceptions of their children's weight status. Only then it will be possible to draw, together with families, more effective interventions for childhood obesity prevention.

Key words: Childhood obesity; Overweight; Parental perception; Health education

## Índice

---

Agradecimentos.....	ii
Resumo .....	iv
Abstract .....	vi
Índice de tabelas.....	x
Índice de gráficos.....	xi
Lista de abreviaturas .....	xii
Parte I – Enquadramento da Prática de Ensino Supervisionado.....	18
1.1. Caraterização do meio da escola de 1º Ciclo do Ensino Básico.....	19
1.2. Caraterização da escola .....	20
1.3. Caraterização do grupo.....	20
Parte II – Trabalho de investigação .....	25
2.1. Introdução e Objetivos .....	25
2.2. Revisão de Literatura .....	28
2.2.1. Antropometria nutricional .....	29
2.2.2. Perceção parental do estatuto ponderal dos filhos.....	37
2.2.3. Educação para a saúde.....	40
2.3. Metodologia.....	43



2.3.1. Amostra .....	43
2.3.2. Variáveis .....	44
2.3.3. Recolha de dados .....	45
2.3.4. Tratamento de dados .....	45
2.3.5. Fases do estudo.....	46
2.4. Resultados e discussão .....	47
2.5. Conclusão .....	61
Parte III – Reflexão Global da Prática de Ensino Supervisionada .....	66
Parte IV - Referências Bibliográficas.....	78
Anexos .....	89

## Índice de tabelas

---

Tabela 1- Valores de corte de Índice de Massa Corporal para a classificação de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000) .....	35
Tabela 2- Valores de corte de IMC para a classificação de baixo peso em crianças e adolescentes (Cole et al., 2007) .....	36
Tabela 3 - Distribuição da amostra por género .....	43
Tabela 4 - Calendarização do trabalho de investigação .....	46
Tabela 5 - Descrição das características da amostra (n=34) .....	47
Tabela 6 – Caraterização da perceção parental da velocidade de corrida do seu filho por estatuto ponderal .....	53

## Índice de gráficos

---

Gráfico 1 - Distribuição das crianças por género (n= 34) .....	21
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes pelos escalões da Ação Social Escolar (n = 34) .	23
Gráfico 3 - Qual das seguintes categorias julga melhor corresponder à condição do seu filho? .....	48
Gráfico 4 - Já alguma vez lhe foi dito pelo médico que o seu filho não tinha um peso adequado? .....	49
Gráfico 5 - Quantos dias por semana o seu filho pratica exercício físico durante cerca de 30 minutos? .....	50
Gráfico 6 - Em comparação com as outras crianças, acho que o meu filho: .....	51
Gráfico 7 - Quando o meu filho corre, normalmente é: .....	52
Gráfico 8 - O peso atual do seu filho preocupa-o? .....	54
Gráfico 9 - Se achasse necessário, que medidas tomaria para ajudar o seu filho a normalizar o peso? .....	55
Gráfico 10 - Prevalência de magreza, peso normal, excesso de peso e obesidade na amostra (n=34) .....	57
Gráfico 11 – Estatuto ponderal das crianças: o percecionado pelas mães Vs o objetivamente avaliado (n=34 pares mãe-filho) .....	58

## Lista de abreviaturas

---

DGE – Direção Geral de Educação

DGS – Direção Geral de Saúde

NEE – Necessidades Educativas Especiais

PES II – Prática de Ensino Supervisionada II

1º CEB – 1º Ciclo de Ensino Básico

IMC – Índice de Massa Corporal

IOTF – International Obesity Task Force

OCEPE – Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCT – Plano Curricular de Turma

WHtR - Waist-to-height ratio

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

WHO –World Health Organization

***Parte I – Enquadramento da Prática de Ensino***  
***Supervisionado***

---

### **1.1. Caracterização do meio da escola de 1º Ciclo do Ensino Básico**

Na região de Viana do Castelo é a partir do século XX que se verifica um crescimento demográfico mais acentuado devido, essencialmente, à área da indústria, do comércio, da atividade piscatória, assim como a criação de infraestruturas culturais e desportivas.

No que respeita às atividades económicas existentes no concelho são, predominantemente, o comércio, a produção (Estaleiros Navais, transformação de granitos e mármore, oficinas de mecânica e serralharia), serviços pessoais e domésticos, pesca e artesanato. As atividades marítimas e agrícolas ajudaram também a marcar o ritmo do desenvolvimento do distrito.

Atualmente, o concelho de Viana do Castelo contém uma grande diversidade de estabelecimentos de ensino, quer públicos como privados, desde o pré-escolar ao ensino superior. De entre eles, encontra-se o Agrupamento do Atlântico, sendo este composto por dez estabelecimentos de ensino.

A escola onde decorreu a Prática de Ensino Supervisionada II acolhe crianças tanto do núcleo urbano da cidade como de freguesias das imediações

A freguesia a que a escola pertence conta com cerca de 4.927 habitantes, sendo que apresenta características urbanas com forte representação de sectores laborais como os serviços e o comércio. Assim, como fator essencial para o desenvolvimento da freguesia conta-se com uma vasta oferta de educação, conjuntamente com o associativismo cultural e atividades económicas, potenciando, deste modo, uma cidade em franco desenvolvimento.

### **1.2. Caraterização da escola**

Relativamente às infraestruturas, a escola é composta por 7 salas de aulas, uma sala de professores, uma sala de informática, uma sala de materiais, uma sala da diretora, oito quartos de banho para crianças e dois quartos de banho para adultos. Ainda existe uma sala onde é dado apoio a crianças com NEE (Necessidades Educativas Especiais), uma cantina, um polivalente, uma sala para atividades experimentais, uma biblioteca e um recreio em redor da escola.

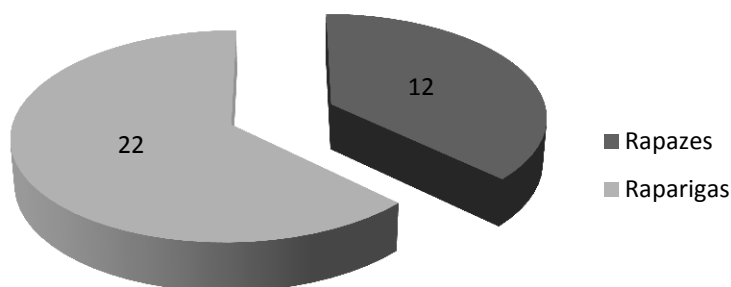
A escola possui vários materiais escolares de apoio, como computadores, quadros interativos, impressoras multifunções, leitores de CD áudio, televisores, leitores de DVD e videocassetes, colunas, material para a prática desportiva (bolas, cordas, arcos, mecos) e material diverso de papelaria (cola, tesouras, tintas, pincéis, fita cola, lápis de cor, marcadores, lápis de cera, cartolinas, folhas coloridas, papel de cenário, papel celnorte, papel crepe, manuais, materiais didáticos, etc.).

As 150 crianças que frequentam a escola estão distribuídas da seguinte forma: uma turma do 1º ano, duas do 2º ano, duas do 3º ano e uma turma do 4º ano. Integram ainda a instituição, nove docentes, quatro auxiliares de ação educativa e três funcionárias da cantina.

### **1.3. Caraterização do grupo**

Trata-se de um grupo heterogéneo, composto por 34 alunos, dos quais 12 rapazes e 22 raparigas (Gráfico 1), com idades compreendidas entre os 8 e 9 anos. No grupo existem três crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE), tendo uma delas dificuldade na aprendizagem e na comunicação e as outras duas apresentando um défice auditivo. Uma das crianças usa próteses auditivas e outra, um implante coclear.

Gráfico 1 - Distribuição das crianças por género (n= 34)



Relativamente às competências gerais, o grupo demonstra competência de realização, isto é, capacidade para articular o saber e o fazer, competência existencial, capacidade para afirmar modos de ser e modos de estar, e por fim, competência de aprendizagem e a capacidade para apreender o saber. Os alunos demonstram curiosidade, interesse e vontade de adquirir novos conhecimentos. São capazes de manter diálogos sobre as várias temáticas lançadas, revelando variados conhecimentos e demonstrando gosto em trabalhar.

Em relação à Língua Portuguesa, o grupo tem adquiridas as capacidades de compreensão e expressão do oral, a capacidade escrita e conhecimento explícito da língua, tendo facilidade tanto na expressão verbal como na escrita.

Na área da Matemática os alunos têm uma compreensão matemática adequada ao seu nível de ensino, sendo de realçar que esta é a área pela qual demonstram mais interesse.

A nível do Estudo do Meio os alunos identificam os principais elementos do meio social envolvente (família, escola e comunidade) comparando e relacionando as suas principais características. No que toca ao Meio Físico, as crianças reconhecem outras formas de vida, e mostram que as respeitam. Também revelam interesse e curiosidade na



## Parte I – Enquadramento da Prática de Ensino Supervisionado

---

observação e realização de experiências. Reconhecem ainda a importância da aquisição de uma alimentação saudável, assim como os benefícios associados a esta.

Na Expressão Motora, as crianças têm um controlo/orientação espacial e de postura, têm ritmo e agilidade, equilíbrio dinâmico, assim como reação simples e complexa de execução de ações motoras básicas e de deslocamento.

A nível da Expressão Musical as crianças desenvolveram potencialidades musicais múltiplas, como o uso de instrumentos musicais e do corpo como instrumento, assim como desenvolveram as suas capacidades expressivas e criativas.

Na Expressão Plástica as crianças conseguem expressar as suas vivências através do desenho, com algum pormenor, são capazes de fazer construções e composições com diversos materiais e, simultaneamente, preocupam-se com a apresentação dos seus trabalhos.

De um modo geral, o grupo encontra-se dentro dos parâmetros de desenvolvimento normais para a sua faixa etária.

Relativamente aos pais, estes possuem habilitações literárias que vão desde o 4º ano de escolaridade, passando por cursos técnicos, licenciaturas e mestrados.

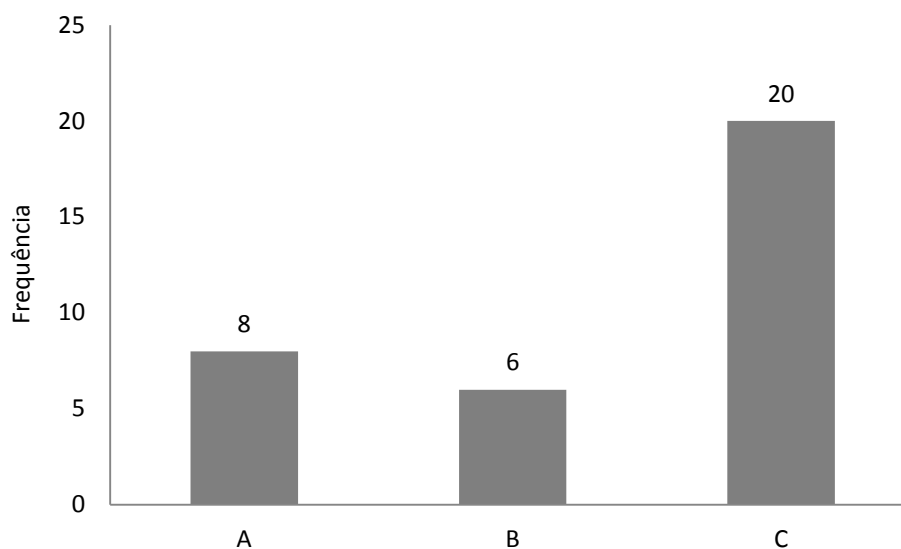
No que respeita à composição familiar, os alunos provêm de agregados familiares pouco numerosos e de famílias maioritariamente biparentais.

No aspeto socioeconómico são famílias classificadas como sendo de classe média.

## Parte I – Enquadramento da Prática de Ensino Supervisionado

---

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes pelos escalões da Ação Social Escolar (n = 34)



Com base nos dados acima referidos, observa-se que a grande maioria dos alunos não beneficia de qualquer apoio escolar a nível monetário. Por sua vez, 8 crianças situam-se no escalão A, ou seja, têm todo o material escolar e cantina, assegurado pela escola. A usufruir de escalão B existem 6 crianças, em que a escola afiança metade das despesas escolares, ficando a cargo dos pais a outra metade.

***Parte II – Trabalho de Investigação***

---

### **2.1. Introdução e Objetivos**

O bem-estar físico, mental e social envolve, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um conjunto de fatores fundamentais para que seja possível um indivíduo ser considerado saudável (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, & Guilherme, 1999). Desta forma, torna-se extremamente importante que as crianças, desde cedo, adquiram hábitos saudáveis tanto a nível da alimentação como na prática de exercício físico.

Já em 1986 é mencionado na Carta de Ottawa uma preocupação para com este tema, dando a todos os Estados que participaram, linhas orientadoras sobre a importância de valorizar mais a promoção para a saúde, ou seja, saúde para todos os indivíduos independentemente do género, raça, etnia ou estrato social.

Como tal, o professor tem também um papel importante na formação da criança, que passa por proporcionar experiências que favoreçam o desenvolvimento de todos os campos (cívico, social e intelectual), de uma forma global e harmoniosa, na sua dupla dimensão individual e social (ME, 2006). Por esse motivo é que se torna importante a articulação entre a escola e outros parceiros, como, autarquias e profissionais de saúde, para que, em conjunto, todos possam desempenhar as suas funções num clima de confiança e respeito pela criança. Facultando o melhor para esta, quer a nível físico como psicológico, com o objetivo de melhorar as suas condições de crescimento e desenvolvimento, preparando-as para saberem fazer as escolhas acertadas para o seu próprio bem-estar global (Loureiro, 2002).

Deste modo, umas das funções do professor passa por ajudar a difundir os princípios da promoção da saúde, fortalecer os canais de comunicação e interação entre escola-comunidade. Para além de utilizar metodologias pedagógicas participativas e que respeitem o desenvolvimento psicológico e intelectual infantil, o professor deve investir numa melhoria do ambiente físico e social envolvente à criança (Loureiro, 2004).

## Parte II – Trabalho de investigação

---

Assim, cabe à escola valorizar o diálogo com alunos e comunidade, de modo a esclarecer dúvidas e procurar transmitir conceitos perceptíveis sobre a obesidade, sedentarismo, maus hábitos alimentares, e fatores de risco associados a estes (Coelho *et al.*, 2008).

A saúde infantil é influenciada por fatores internos (biológicos), como a genética e o género e por fatores externos, como as condições ambientais, os aspetos psicossociais, as condições socioeconómicas e o estilo de vida (Ferreira, 2009). No âmbito deste último conjunto de fatores, do estilo de vida, a alimentação e a atividade física são considerados os mais diretamente associados ao aumento da prevalência da obesidade infantil.

A dimensão epidémica que a obesidade infantil atinge atualmente, torna clara a necessidade urgente no desenvolvimento de estratégias para a prevenção deste problema de saúde pública. Um dos fatores que tem sido investigado neste âmbito, envolve o reconhecimento parental da obesidade e do excesso de peso dos seus filhos. Efetivamente, a correta perceção parental do estatuto ponderal dos filhos tem sido foco de vários trabalhos de investigações realizados internacionalmente (Andersen, Christensen & Søndergaard, 2013; Eckstein *et al.*, 2006; He & Evans, 2007; Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012; Warschburger & Kröller, 2012). Uma das observações mais consistentes e preocupantes nestes estudos relaciona-se com o facto de os pais subestimarem o excesso de peso e a obesidade dos seus filhos, o que é considerado uma barreira à implementação de medidas de tratamento e prevenção do problema.

Para além da importância atribuída aos aspetos referidos, na escolha do tema do presente trabalho, foram ainda tidos em consideração outros aspetos adicionais. O interesse pessoal relacionado com alimentação e o estado nutricional das crianças, e também o facto de a escola onde decorreu o estágio ter um protocolo com a Câmara Municipal, precisamente sobre a promoção da saúde através de hábitos alimentares e de atividade física saudáveis. Note-se que é na infância que se inicia a construção dos referidos hábitos, pelo que as crianças constituem um grupo propenso a intervenções

## Parte II – Trabalho de investigação

---

efetivas, devido à sua flexibilidade e à introdução de novos conceitos despertando o seu desejo em aprender (Loureiro, 2002).

Assim, neste contexto definiram-se os seguintes objetivos para o presente estudo:

- Objetivo principal
  - Analisar a percepção parental do estatuto ponderal dos seus filhos.
- Objetivos específicos
  - Avaliar as características antropométricas de um grupo de crianças do 1º CEB de Viana do Castelo.
  - Determinar a prevalência das categorias de estatuto ponderal: baixo peso/magreza, peso normal, excesso de peso e obesidade em crianças de 1º CEB.
  - Analisar as opiniões/percepções parentais relacionadas com o estatuto ponderal dos filhos.
  - Avaliar o reconhecimento parental do estatuto ponderal dos filhos.

## 2.2. Revisão de Literatura

Foi a partir de 1977 que se iniciou a consciencialização por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a extrema importância dos governos facultarem a todos os habitantes condições básicas de saúde. Até então, a saúde era encarada de forma muito lata, onde cabia a cada indivíduo ‘olhar por si’ (Silva *et al.*, 2002).

Em Portugal, a preocupação com a saúde por parte do governo surgiu em 1944 no Estatuto da Assistência Social. Posteriormente, em 1971, a saúde é vista de uma forma mais ampla e alargada a toda a população em geral, o que não acontecia anteriormente. Posteriormente, em 1976 surge na Constituição da República Portuguesa (artigo nº 64) a consagração do ‘direito à saúde e o dever de a defender e promover, assumindo-se o Estado como responsável pela concretização do direito à proteção da Saúde’ (Silva *et al.*, 2002, p. 76). Por fim, em 1979, o Estado garante a toda a população a prestação de cuidados de saúde de forma gratuita.

Deste modo, ao longo do tempo, a saúde foi-se tornando cada vez mais prioritária na sociedade. Como tal, quando mais cedo esta noção de saúde for implementada na sociedade, melhor. Daí a importância de existir uma educação para a saúde logo desde tenras idades, para formar futuros cidadãos mais informados e saudáveis.

Esta consciencialização da importância da saúde como um bem primário começa então a tornar-se cada vez mais essencial. Daí haver uma necessidade de a escola tomar um papel preponderante e participativo. Porém, torna-se também importante a participação ativa dos pais neste campo, como também dos profissionais de saúde, de modo a que todos em conjunto consigam encontrar a melhor forma, através de medidas preventivas, para combater uma das maiores preocupações da atualidade, a obesidade infantil.

Atualmente, Portugal é dos países da Europa com uma das maiores prevalências de excesso de peso e obesidade infantil, estimando-se que cerca de um terço das crianças padeçam deste problema de saúde (Antunes & Moreira, 2011; Coelho *et al.*, 2008; Cunha, 2008; Ferreira, Mota & Duarte, 2012; Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012; Silva, 2010).

Perante este problema, a Direção Geral de Saúde (DGS), tem dado um maior enfoque a esta problemática. Reflexo disso é a criação da *Plataforma Contra a Obesidade*, criada em 2007. Esta plataforma tem como objetivo a concretização das metas mencionados pela Carta Europeia da Luta Contra a Obesidade, reduzindo a obesidade em crianças e jovens, investindo em medidas preventivas para o combate desta patologia (Antunes & Moreira, 2011).

Assim, diante deste panorama de crescente taxa de obesidade infantil conjugada com uma má perceção parental do problema, cabe aos profissionais de saúde em colaboração com educadores/professores tentarem aumentar a consciência dos perigos inerentes a esta patologia, desvanecendo equívocos e ideias erróneas que se foram instalando ao longo do tempo (Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012).

### **2.2.1. Antropometria nutricional**

O estado nutricional refere-se à condição fisiológica de um indivíduo que resulta do equilíbrio entre as necessidades nutricionais e a ingestão alimentar, e também da capacidade corporal na utilização dos nutrientes (Institute of Education – University of London, 2011). A complexidade na avaliação do estado nutricional é reconhecida consensualmente, uma vez que não existe nenhum método, que por si só, permita diagnosticar eventuais desequilíbrios desse estado. Para esse efeito, é necessária a combinação de informação de natureza diversa, como os dados bioquímicos, do exame clínico, da ingestão alimentar, da avaliação antropométrica, entre outros.



## Parte II – Trabalho de investigação

---

A *antropometria* é definida como sendo um ramo da ciência que tem como finalidade estudar “os caracteres mensuráveis da morfologia humana” (Santos & Fujão, 2003), como a medição das variações físicas e da composição corporal global do corpo, em diferentes idades assim como a sua análise quantitativa (Ferreira, 2009).

A antropometria pode ainda ser subdividida em (Santos & Fujão, 2003):

- *somatometria*, que consiste na avaliação das dimensões corporais do indivíduo;
- *cefalometria*, trata do estudo das medidas da cabeça dos indivíduos;
- *osteometria*, tem como objetivo estudar os ossos cranianos;
- *pelvimetria*, ocupa-se do estudo das medidas pélvicas;
- *odontometria*, estuda as dimensões dos dentes assim como das áreas dentárias.

No fim do século XIX início do século XX a ciência antropométrica sofreu uma grande evolução. No entanto, o maior avanço foi dado no fim do século XX onde teve início uma maior incidência no crescimento humano e na necessidade da sua classificação física (Santos & Fujão, 2003).

Atualmente existe uma variada panóplia de métodos e técnicas de avaliação da composição corporal de um indivíduo. Porém, a escolhida para o presente estudo foi a avaliação antropométrica por se caracterizar como sendo um método baseado nas variações físicas e na composição corporal global, assim como, por se tratar de um método simples não invasivo e pouco dispendioso, tanto em recursos humanos como em recursos monetários e materiais (Monteiro, 2002; WHO, 2004). Este método caracteriza-se também por ser passível de ser utilizado em qualquer idade e permite a classificação de indivíduos segundo o seu estado nutricional. Contudo, este requer a presença de profissionais experientes aquando da recolha dos dados, para um controlo da qualidade e fiabilidade dos dados recolhidos e da calibração correta do material a ser usado (Cunha, 2008). A OMS aponta também este método como o sendo o melhor para avaliar o estado

## Parte II – Trabalho de investigação

---

nutricional de grandes grupos, possibilitando diagnósticos individuais (WHO, 2004). O estudo da composição corporal de um indivíduo permite identificar prováveis fatores de risco associados à acumulação excessiva de gordura e também para se ter conhecimento sobre o estado nutricional do indivíduo (Monteiro, 2002).

Dentro da avaliação antropométrica existem vários parâmetros que podem ser determinados, sendo os seguintes os mais utilizados devido à sua maior utilidade (Guerra, 2002).

### *Peso*

Através do peso obtém-se uma expressão da massa / volume corporal do indivíduo, e como este se modifica em curtos intervalos de tempo. Esta é uma medida simples que constitui um indicador nutricional, em particular no que se refere à situação de insuficiência ponderal, de excesso de peso ou obesidade (INSA, 2011). Uma vez que o crescimento físico adequado é importante para o desenvolvimento harmonioso do indivíduo, é necessário que haja uma monitorização regular deste parâmetro. Este é definido como sendo adequado ou desadequado segundo valores já referenciados, consoante o sexo e a idade (Lourenço, Taquette & Hasselmann, 2011).

### *Altura*

Este parâmetro possibilita a avaliação da estatura por faixa etária e por sexo. Assim, esta medida é comparada segundo valores de referência existentes definidos pela OMS. É através deste parâmetro que é indicada a dimensão linear do corpo do indivíduo e como esta se vai alterando lentamente (Lourenço, Taquette & Hasselmann, 2011). Este parâmetro é bastante relevante porque ajuda a definir o perfil nutricional do indivíduo (INSA, 2011). O instrumento utilizado para efetuar a medição é o estadiómetro vertical, que deve ser colocado numa superfície plana e estável.

### *Perímetro Cintura*

Atualmente, este parâmetro antropométrico tem sido usado como indicador da distribuição da gordura corporal, assim como um marcador de risco para a síndrome metabólica. Está descrito na literatura que a acumulação excessiva de tecido adiposo visceral, se encontra relacionada com um aumento do risco de doenças cardiometabólicas (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000; Cunha, 2008; Ferreira, Mota & Duarte, 2012; Lourenço, Taquette & Hasselmann, 2011; Perozzo *et al.*, 2008).

Ao constituir um preditor de acumulação da gordura abdominal e, conseqüentemente de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e até a morte prematura do indivíduo (Edmunds, 2005; Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012; Towns & D' Auria, 2009), o perímetro da cintura é considerado uma importante ferramenta de complemento ao índice de massa corporal (Lourenço, Taquette & Hasselmann, 2011).

### *Pregas cutâneas*

A determinação da espessura das pregas cutâneas adiposas permite estimar a quantidade de gordura em relação ao peso do indivíduo (INSA, 2011). A gordura subcutânea pode ser medida em vários locais do corpo, com recurso a um adipómetro, sendo que as pregas cutâneas mais frequentemente determinadas são a tricipital e a subescapular.

Com base nos parâmetros antropométricos referidos anteriormente, é possível calcular vários índices estabelecidos com o intuito de avaliar características do estado nutricional. Entre os indicadores mais usados atualmente para avaliar o estatuto ponderal/adiposidade bem como a distribuição da gordura corporal, destacam-se o *Índice de Massa Corporal* (IMC) e o *Rácio perímetro da cintura/estatura* (WHtR – waist to height ratio).

## Parte II – Trabalho de investigação

---

O *IMC* é um índice antropométrico que combina o peso e a altura, através da expressão  $IMC = \frac{Peso (kg)}{Altura^2 (m)}$ . Este é apenas um dos vários índices existentes que permitem determinar o estatuto ponderal de um indivíduo, sendo um indicador “proxi” da adiposidade total (INSA, 2011).

Quando se trata da classificação de indivíduos com excesso de peso ou obesidade, a OMS sugere que este índice seja relacionado com o valor das pregas subcutâneas tricípital e subescapular, uma vez que através do *IMC* não se distingue entre Massa Gorda e Massa Magra (Ferreira, Mota & Duarte, 2012; INSA, 2011; Silva, 2010).

Importa ainda referir que os critérios baseados no *IMC* para a classificação de excesso de peso e obesidade, propostos pela IOTF (International Obesity Task Force), são meramente orientadores, sendo necessário ter também em atenção o contexto ambiental/social, para além dos fatores genéticos. Existe uma grande inclinação, por parte de diversos autores, para que o fator ambiental seja o mais preponderante para a patologia de obesidade infantil, devido à forte oferta de alimentos do tipo *fast-food* e do estilo de vida sedentário. Este estilo de vida associado a uma alimentação desadequada do ponto de vista nutricional contribui para o aumento da prevalência de obesidade infantil em Portugal (Craveiro & Cunha, 2007; Edmunds, 2005; Sancho, Candeias, Mendes, Rego & Cartaxo, 2007; Silva, 2010; Sousa & Almeida, 2007; Valente, Padez, Mourão, Rosado & Moreira, 2010).

Devido ao aumento, nas últimas décadas, da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil em todo o mundo, a IOFT indica como referência os valores de *IMC*, para se obterem valores passíveis de comparação entre os vários países, para além da possível avaliação da tendência existente de aumento deste problema a nível internacional (Ferreira, Mota & Duarte, 2012). Estes valores de corte de *IMC* específicos para idade e sexo, recomendados pela IOFT, foram estabelecidos por Cole e seus colaboradores para a avaliação do estado ponderal de crianças e adolescentes (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000), após um estudo feito em vários países. Através destes

## Parte II – Trabalho de investigação

---

estudos a IOFT conjuntamente com Cole e colaboradores, definiram valores de corte orientadores tanto para a avaliação de categorias de excesso de peso e obesidade (Tabela 1) como também para a categoria de baixo peso/magreza (Tabela 2) em crianças e adolescentes. Segundo os mesmos autores, estes valores devem ser sempre associados com as curvas de crescimento, de modo a relacionar estas variáveis com a variável tempo. Assim, torna-se num importante recurso tanto para os profissionais de saúde, como para pais e educadores/professores, para a avaliação do estado antropométrico das crianças e adolescentes (Lourenço, Taquette & Hasselmann, 2011; Rito, Breda & Carmo, 2010).

## Parte II – Trabalho de investigação

---

Tabela 1- Valores de corte de Índice de Massa Corporal para a classificação de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000)

Idade (anos)	Excesso de peso		Obesidade	
	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
2	18,4	18	20,1	19,8
2,5	18,1	17,8	19,8	19,5
3	17,9	17,6	19,6	19,4
3,5	17,7	17,4	19,4	19,2
4	17,6	17,3	19,3	19,1
4,5	17,5	17,2	19,3	19,1
5	17,4	17,1	19,3	19,2
5,5	17,5	17,2	19,5	19,3
6	17,6	17,3	19,8	19,7
6,5	17,7	17,5	20,2	20,1
7	17,9	17,8	20,6	20,5
7,5	18,2	18,0	21,1	21,0
8	18,4	18,3	21,6	21,6
8,5	18,8	18,7	22,2	22,2
9	19,1	19,1	22,8	22,8
9,5	19,5	19,5	23,4	23,5
10	19,8	19,9	24,0	24,1
10,5	20,2	20,3	24,6	24,8
11	20,6	20,7	25,1	25,4
11,5	20,9	21,2	25,6	26,1
12	21,2	21,7	26,0	26,7
12,5	21,6	22,1	26,4	27,2
13	21,9	22,6	26,8	27,8
13,5	22,3	23,0	27,2	28,2
14	22,6	23,3	27,6	28,6
14,5	23,0	23,7	28,0	28,9
15	23,3	23,9	28,3	29,1
15,5	23,6	24,2	28,6	29,3
16	23,9	24,4	28,9	29,4
16,5	24,2	24,5	29,1	29,6
17	24,5	24,7	29,4	29,7
17,5	24,7	24,8	29,7	29,8
18	25	25	30	30

## Parte II – Trabalho de investigação

Tabela 2- Valores de corte de IMC para a classificação de baixo peso em crianças e adolescentes (Cole et al., 2007)

Idade (anos)	Rapazes			Raparigas		
	Magreza Grau 3	Magreza Grau 2	Magreza Grau 1	Magreza Grau 3	Magreza Grau 2	Magreza Grau 1
2	13,4	14,1	15,1	13,2	13,9	14,8
2,5	13,2	13,9	14,9	13,1	13,7	14,6
3	13,1	13,8	14,7	13	13,6	14,5
3,5	13	13,6	14,6	12,9	13,5	14,3
4	12,9	13,5	14,4	12,7	13,3	14,2
4,5	12,8	13,4	14,3	12,6	13,2	14,1
5	12,7	13,3	14,2	12,5	13,1	14
5,5	12,6	13,2	14,1	12,4	13	13,9
6	12,5	13,2	14,1	12,3	12,9	13,8
6,5	12,5	13,1	14	12,3	12,9	13,8
7	12,4	13,1	14	12,3	12,9	13,4
7,5	12,4	13,1	14,1	12,3	13	13,9
8	12,4	13,1	14,2	12,3	13	14
8,5	12,5	13,2	14,2	12,4	13,1	14,1
9	12,5	13,2	14,4	12,4	13,2	14,3
9,5	12,6	13,3	14,5	12,5	13,3	14,4
10	12,7	13,5	14,6	12,6	13,4	14,6
10,5	12,8	13,6	14,8	12,8	13,6	14,8
11	12,9	13,7	15	13	13,8	15,1
11,5	13	13,9	15,2	13,2	14	15,3
12	13,2	14,1	15,4	13,4	14,3	15,6
12,5	13,4	14,3	15,6	13,7	14,6	15,9
13	13,6	14,5	15,8	13,9	14,9	16,2
13,5	13,8	14,7	16,1	14,2	15,1	16,6
14	14,1	15	16,4	14,5	15,4	16,9
14,5	14,4	15,3	16,7	14,8	15,7	17,2
15	14,6	15,6	17	15	16	17,5
15,5	14,9	15,8	17,3	15,3	16,2	17,7
16	15,1	16,1	17,5	15,5	16,4	17,9
16,5	15,4	16,3	17,9	15,6	16,2	18,1
17	15,6	16,6	18,1	15,8	16,8	18,3
17,5	15,8	16,8	18,3	16	16,9	18,4
18	16	17	18,5	16	17	18,5

Mais recentemente, e com o objetivo de ultrapassar as limitações do *IMC*, tem-se generalizado o uso do *WHtR*, devido à sua capacidade em refletir o padrão de distribuição da gordura corporal (McCarthy & Ashwell, 2006). O *WHtR* calcula-se através da divisão do valor do perímetro da cintura (cm) pelo valor da estatura (cm). Considera-se que se o resultado for igual ou superior a 0.5 o indivíduo apresenta adiposidade central excessiva, o que significa risco aumentado de problemas cardiometabólicos (Browning, Hsieh & Ashwell, 2010). Uma vez que vários estudos desenvolvidos em várias faixas etárias têm demonstrado uma associação positiva entre a adiposidade abdominal e o risco de desenvolvimento de patologias cardiovasculares e diabetes, o *WHtR* é atualmente considerado um bom preditor destas patologias.

O *WHtR* tem várias vantagens. É fácil de calcular, não exige a utilização de percentis específicos para o sexo e a idade, e a mensagem de educação para a saúde que se pode transmitir com base neste indicador é facilmente compreendida pelos clínicos e pelas famílias: “mantenha o seu perímetro da cintura num valor inferior à metade da sua estatura” (Garnett, Baur & Cowell, 2008).

### **2.2.2. Perceção parental do estatuto ponderal dos filhos**

A investigação tem mostrado que as características familiares têm influência sobre vários aspetos do estilo de vida das crianças, associados com a sua saúde e bem-estar, como por exemplo, o comportamento alimentar e a atividade física (Skafida, 2013; Soares, Lemos, Bezerra, Silva & Madeira, 2013). No entanto, está reconhecido que o estilo de vida atual das crianças tem reduzido as oportunidades para a prática de atividade física, e que a alimentação das crianças é muitas vezes desadequada do ponto de vista nutricional (Soares, Lemos, Bezerra, Silva & Madeira, 2013). É importante destacar que, quer a prática de exercício físico regular, quer a alimentação completa, variada e equilibrada, estão associadas a uma diminuição de risco de várias doenças e a uma maior



facilidade em manter um peso ideal ao longo da vida. Os pais, em conjunto com os professores, têm a responsabilidade de potenciar o desenvolvimento da criança, em todas as suas capacidades, como por exemplo a capacidade crítica e de consciência de auto controlo, considerados elementos essenciais no processo de crescimento e aquisição de comportamentos saudáveis que a criança deve desenvolver (Dessen & Polonia, 2007). Assim, a família desempenha um papel importante, conjuntamente com a escola, no crescimento e desenvolvimento ótimos da criança.

No entanto, em Portugal, continua a registar-se uma prevalência elevada de excesso de peso e obesidade infantil, o que confere a esta situação o estatuto de problema de saúde pública *major*. Vários estudos internacionais têm demonstrado que uma proporção importante dos pais tem uma noção errónea do verdadeiro estado nutricional do seu filho. Em particular, no que diz respeito ao excesso de peso, a maioria das mães demonstram uma aparente falta de reconhecimento do problema, bem como das consequências negativas que a acumulação excessiva de gordura, particularmente na zona abdominal, acarreta para a saúde (Eckstein *et al.*, 2006; Edmunds, 2005; Jeffery, Voss, Metcalf, Alba & Wilkin, 2005; Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012; Towns & D' Auria, 2009). No nosso país são ainda poucos os estudos desenvolvidos com o objetivo de conhecer e compreender a perceção parental do estado nutricional da criança.

Entre as possíveis explicações para esta perceção incorreta do estado nutricional/ponderal dos filhos, tem sido sugerida a associação do excesso de peso ao sucesso parental, uma vez que constituirá um indicador de boa alimentação e consequentemente de boa saúde. Outro ponto também observado, é a relação entre a perceção parental do estatuto ponderal dos filhos e a idade da criança, sendo que quanto mais novas são as crianças maior a dificuldade dos pais em perceberem corretamente o estado nutricional dos seus filhos (Macedo, Festas & Vieira, 2012). De uma forma geral, constata-se que o excesso de peso e a obesidade são pouco reconhecidos pelos pais, tanto no que respeita à sua própria condição física quer no que respeita à condição física do seu filho (Jeffery, Voss, Metcalf, Alba & Wilkin, 2005).

Autores de vários estudos internacionais realizados neste âmbito referem algumas causas para este facto, como por exemplos: negação, resistência em admitir que o seu filho tem problemas relacionados com o peso, ou então, a dessensibilização para a problemática do excesso de peso, que tende a ser considerado uma condição “normal”. Outro facto pode ser, em parte, influência dos *media*, particularmente no que respeita à publicidade alimentar a produtos ou a estabelecimentos de comida *fast-food*. O ramo publicitário ao longo do tempo tem-se vindo a dedicar, cada vez mais, a cativar a atenção dos mais jovens para este tipo de produtos. Recorre para tal a publicidades televisivas, à Internet, a promoções e a brindes, incentivando assim o jovem, futuro adulto, a se tornar consumidor de uma alimentação com um elevado valor energético e pouco ou nada saudável (Craveiro & Cunha, 2007; Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012; Sancho, Candeias, Mendes, Rego & Cartaxo, 2007; Sousa & Almeida, 2007).

Nestes estudos de avaliação das percepções parentais, as mães, por norma, são tomadas como referência parental, uma vez que são elas, na sua grande maioria, as cuidadoras dos seus filhos, passando assim mais tempo como eles. (Macedo, Festas & Vieira, 2012). É então revelado que a participação da família no processo de mudança do estado antropométrico da criança é muito importante, facilitando em larga medida a intervenção dos profissionais de saúde. Assim, o envolvimento dos pais tem mostrado que a longo prazo tem grandes benefícios (Townes & D’Auria, 2009). Como tal, um dos pontos importantes para o combate desta problemática, é saber qual a percepção que as mães têm sobre o peso do seu filho, de modo a delinear estratégias eficazes e assertivas para a resolução desta patologia, logo desde muito cedo (Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012; Macedo, Festas & Vieira, 2012).

A intervenção precoce junto dos pais deve-se concentrar em ajudá-los a reconhecer que o seu filho apresenta excesso de peso ou obesidade. Tendo, assim, como objetivo principal, ajudar os pais a perceber a importância da sua influência e na criação de mudanças que irão causar impacto positivo na saúde do seu filho, agora e futuramente (Macedo, Festas & Vieira, 2012).

Conclui-se, deste modo, que para que haja um aumento da consciencialização dos pais é também importante, e até prioritário, que os profissionais de saúde também se consciencializem sobre a problemática do excesso de peso infantil (Eckstein *et al.*, 2006; Edmunds, 2005; Towns & D' Auria, 2009). Desta forma, é possível, através do conhecimento das perceções parentais, implementar estratégias de intervenção mais eficazes, tornando-se mais fácil dar início ao processo de prevenção o mais precocemente possível, assim como do seu tratamento (Eckstein *et al.*, 2006; Macedo, Festas, & Vieira, 2012). Fica, deste modo, revelada a extrema importância da participação ativa dos pais na educação alimentar dos seus filhos logo desde os primeiros anos de vida, assim como dos profissionais de saúde, como também da ajuda destes na educação dos pais sobre a obesidade e as suas consequências (Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012; Macedo, Festas & Vieira, 2012).

### **2.2.3. Educação para a saúde**

“Educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida” (Carvalho & Carvalho, 2006; DGE, 2013).

Tanto os pais como os professores/educadores têm um papel importante na construção da educação para a saúde. Hoje em dia, devido a múltiplos fatores torna-se fulcral prestar mais atenção a este campo, uma vez que há uma tendência crescente para o agravamento da problemática da obesidade infantil.

## Parte II – Trabalho de investigação

---

Assim, cabe aos professores compreenderem a importância da educação alimentar e da sua integração no currículo, de forma a apoiar as aquisições básicas feitas pelas crianças. Já que a integração desta aprendizagem no ensino das aptidões básicas potencia uma maior predisposição de tempo para a aprendizagem de conteúdos sobre a nutrição, como sendo uma parte integrante do dia-a-dia de igual importância, como são as aptidões da Língua Portuguesa e da Matemática (Loureiro, 2004). O facto de que comportamentos saudáveis se estabelecem mais facilmente quando construídos na infância, veio também abrir caminho para que a escola faça, cada vez mais, parte da vida dos seus alunos e assim possa concretizar melhor a sua função educativa (Navarro, 2000). Fica então visível que a escola, atualmente, não tem unicamente o papel de ensinar os conteúdos das áreas de conhecimento, mas tem também a responsabilidade de desenvolver e promover programas de educação alimentar, contando com apoio administrativo (Câmara Municipal e Centros de Saúde) e familiar para fomentar todo um processo de melhoramento de qualidade de vida, o que conseqüentemente melhora o estado nutricional das crianças (Gregório, Cavalcanti, Vasconcelos & Padrão, 2010).

Para que a educação alimentar na escola seja implementada com sucesso, é necessário que haja uma preparação por parte dos professores para assumir essa responsabilidade. Sendo importante que esta educação alimentar seja integrada conjuntamente com outros assuntos escolares existindo, como é pretendido, uma interdisciplinaridade entre conteúdos (Gregório, Cavalcanti, Vasconcelos & Padrão, 2010).

De entre várias dimensões existentes, a dimensão curricular é a que de momento merece um maior foco pois esta refere-se essencialmente às aprendizagens formais que são feitas pelos alunos no âmbito escolar, local onde passam a grande maioria do seu tempo. Esta dimensão tem deste modo o objetivo, por assim dizer, de tanto os alunos como os professores serem capazes de fazer interligações, com uma maior facilidade, dos conteúdos disciplinares com aspetos do seu quotidiano. Considerando assim, os conhecimentos que os alunos já têm adquiridos de uma forma informal e que na escola e

## Parte II – Trabalho de investigação

---

desta forma são valorizados, completados e até reforçados. Alargando, de forma progressiva e interdisciplinar o seu campo do saber (Navarro, 2000).

Atualmente, a saúde escolar é vista como todo um processo que contribui para o desenvolvimento da capacidade, da criatividade e da competência de cada indivíduo para que possa confrontar-se consigo próprio, desenvolver/adquirir hábitos saudáveis, participar na sua modificação, se necessário, e resolver os seus próprios problemas.

Perante tudo isto é evidente que a educação para a saúde na escola é pertinente por diversos motivos para além dos já anteriormente mencionados. De entre eles, o facto de ser uma forma de prestar informação básica sobre nutrição, ajudando a prevenir possíveis situações de risco ou problemas de saúde associados ao excesso de peso. Permite também criar um ambiente favorecedor de saúde e bem-estar, contribuindo para o desenvolvimento de comportamentos alimentares benéficos e corretos, através do apuramento do sentido crítico e autónomo nas escolhas alimentares feitas pelas crianças, contribuindo para a sua autoestima. Através da criação destas condições, a escola tem a função, neste campo, de se tornar num espaço propenso para a educação e promoção da saúde. Logo, promover a saúde na escola constitui uma forma privilegiada de promover a saúde na comunidade (Freitas, Paz & Faria, 2000).

Contudo, deve existir por parte da escola uma maior iniciativa com o propósito de envolver os pais e as crianças neste tipo de atividades, de modo a estes tomarem, desde cedo e com mais fidedignidade na informação, mais participativos e informados. Cabe assim à escola incluir, não só os próprios professores como também os pais, neste tema que se torna cada vez mais atual, preocupante e urgente de ser combatido. Assim, deve existir sempre que possível uma permuta de informação entre escola, família e profissionais de saúde.

Em suma, educar para a saúde visa capacitar os indivíduos para que estes, com base naquilo que aprenderam e desenvolveram, sigam os “caminhos” rumo ao bem-estar biopsicossocial e à qualidade de vida a que aspiram.

### 2.3. Metodologia

O presente trabalho de investigação tem um delineamento de tipo observacional, descritivo e transversal, sendo que se utilizou uma metodologia quantitativa para a análise dos dados. As pesquisas de delineamento descritivo observacional têm como objetivo descrever as características de um fenómeno ou de um facto, de uma forma sistemática e planeada, estabelecendo relações entre as suas variáveis. Ou seja, não se pressupõe intervenção controlada pelo investigador, limitando-se este a observar as unidades/variáveis de investigação. Trata-se de uma investigação do tipo transversal, porque a recolha de dados foi feita num único momento (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

#### 2.3.1. Amostra

A amostra envolvida no presente trabalho investigativo é composta por um grupo de 34 crianças a frequentar do 3º ano do 1º CEB do concelho de Viana do Castelo e respetivas mães (n=34 pares mãe-filho). O grupo de crianças é composto por 22 raparigas e 12 rapazes (Tabela 4) sendo que uma rapariga tem 9 anos e as restantes têm 8 anos. Todos os rapazes têm 8 anos. Assim, a média de idades na amostra é de 8,3 anos.

Tabela 3 - Distribuição da amostra por género

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	12	35,29%
Feminino	22	64,71%
Total	34	100,00%

A amostra inicialmente delineada, por conveniência, englobava 49 crianças. No entanto, 15 delas foram excluídas pelas razões que a seguir se descrevem: 3 foram excluídos devido à ausência de dados antropométricos; 3 pelo facto das mães não terem respondido ao questionário; 5 por falta de autorização dos pais para a participação no estudo; e 4 pelo facto das mães não responderem ao questionário e não autorizarem a participação no estudo.

### **2.3.2. Variáveis**

As variáveis antropométricas de interesse para o presente estudo são o perímetro da cintura (cm), o peso (Kg) e a altura (cm). A partir destas duas últimas medidas, calculou-se o *IMC* (peso, kg/ estatura<sup>2</sup>, m) de cada criança. Com base no perímetro da cintura e da altura calculou-se o respetivo rácio, ou seja o *WHtR*.

A prevalência de magreza, peso normal, excesso de peso e obesidade foi determinada com base nos valores de corte de *IMC* propostos pela International Obesity Task Force (IOTF), apresentados na Tabela 1 e na Tabela 2. A classificação das crianças nas categorias de “adiposidade central excessiva” e “ausência de adiposidade central excessiva” teve como base a aplicação do valor de corte de *WHtR*  $\geq 0.5$ .

A par destas variáveis consideraram-se ainda as questões do questionário aplicado às mães, com os seguintes pontos de enfoque: estatuto ponderal do filho (percecionado); informação médica sobre o estado ponderal da criança; prática de exercício físico; preocupação dos pais perante o peso do seu filho e eventuais medidas a adotar para melhorar o estilo de vida e saúde do seu filho (Anexo 2).

### **2.3.3. Recolha de dados**

Para a obtenção dos dados antropométricos foi necessário a autorização dos pais (Anexo 1) e só depois é que se iniciou a recolha dos dados. Após a autorização dos pais, foi enviado um questionário (Anexo 2) que visou um levantamento das percepções e opiniões parentais relacionadas com o estatuto ponderal dos seus filhos. Este questionário encontra-se dividido em 2 secções: a primeira para a recolha de informação sobre a mãe (idade, peso, altura) e a segunda secção para o levantamento da percepção do estatuto ponderal do seu filho.

Para fazer a recolha do peso das crianças recorreu-se a uma balança SECA e para a medição da altura foi utilizado um estadiómetro (Leicester Height Measure). A medição do perímetro da cintura foi feita com o auxílio de uma fita métrica da marca STAMM. Esta foi colocada no ponto médio entre a 10ª costela e a crista ilíaca, no final de uma expiração suave da criança.

Os procedimentos da recolha de dados antropométricos foram repetidos duas vezes consecutivas e registados em *kg* para o peso e *cm* para a altura e perímetro da cintura, sendo depois calculada a média dos valores obtidos.

Nesta recolha dos dados antropométricos das crianças, foram seguidos os procedimentos indicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). As medições foram feitas com as crianças com o mínimo de roupa possível e sem sapatos. Todos os procedimentos foram efectuados de acordo com as condutas e as normas descritas na Declaração de Helsínquia de 2008.

### **2.3.4. Tratamento de dados**

Os dados utilizados para o presente estudo foram analisados em computador com o auxílio do programa informático *Microsoft Office Excel 2010*. Foi utilizada a média, o



## Parte II – Trabalho de investigação

---

desvio padrão, a mediana e percentagens para apresentar os resultados obtidos e descrevê-los.

### 2.3.5. Fases do estudo

Este trabalho de investigação teve início em novembro de 2012 e término em fevereiro de 2014.

A tabela que se segue, mostra todas as fases do trabalho assim como os procedimentos.

Tabela 4 - Calendarização do trabalho de investigação

<b>Mês</b>	<b>Procedimento</b>
novembro de 2012	Escolha do tema para o trabalho de investigação. Entrega e recolha das autorizações aos encarregados de educação.
dezembro de 2012	Entrega e recolha dos questionários para as mães. Levantamento dos dados antropométricos das crianças.
janeiro de 2013	Análise e tratamento dos dados antropométricos recolhidos.
fevereiro a maio de 2013	Revisão da literatura.
maio a setembro de 2013	Redação do trabalho escrito.
outubro de 2013 a fevereiro de 2014	Revisão do trabalho escrito.

## 2.4. Resultados e discussão

As características antropométricas consideradas pertinentes para o presente estudo, foram o peso, a altura, o *IMC*, o Perímetro da Cintura e o *WHtR* (rácio perímetro da cintura/altura). Os resultados da avaliação destes parâmetros apresentam-se descritos na seguinte tabela (Tabela 5).

Tabela 5 - Descrição das características da amostra (n=34)

	<i>Rapazes (n= 12)</i>			<i>Raparigas (n= 22)</i>		
	Média	dp	Mediana	Média	dp	Mediana
Idade (anos)	8,0	0,0	8,0	8,0	0,2	8,0
Peso (Kg)	34,3	5,2	33,5	30,9	5,5	29,7
Altura (cm)	132,4	4,4	132,2	131,7	4,7	131,8
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	19,5	2,1	19,9	17,7	2,3	17,8
Perímetro Cintura (cm)	69,0	8,9	67,0	66,0	8,1	64,7
WHtR	0,5	0,1	0,5	0,5	0,1	0,5

Através da análise observam-se valores de peso médio de 34,3Kg nos rapazes e de 30,9 Kg nas raparigas. No que diz respeito à estatura média os valores praticamente coincidem entre os dois sexos (132,4cm e 131,7cm), respetivamente para rapazes e raparigas. Relativamente ao *IMC* verifica-se que o sexo masculino apresenta um valor médio ligeiramente superior (19,5 Kg/m<sup>2</sup>) ao observado no sexo feminino (17,7 Kg/m<sup>2</sup>). Tal como seria de esperar, o perímetro da cintura é ligeiramente superior nos rapazes (69cm vs 66cm). Entre as características avaliadas destaca-se, de forma preocupante, o

## Parte II – Trabalho de investigação

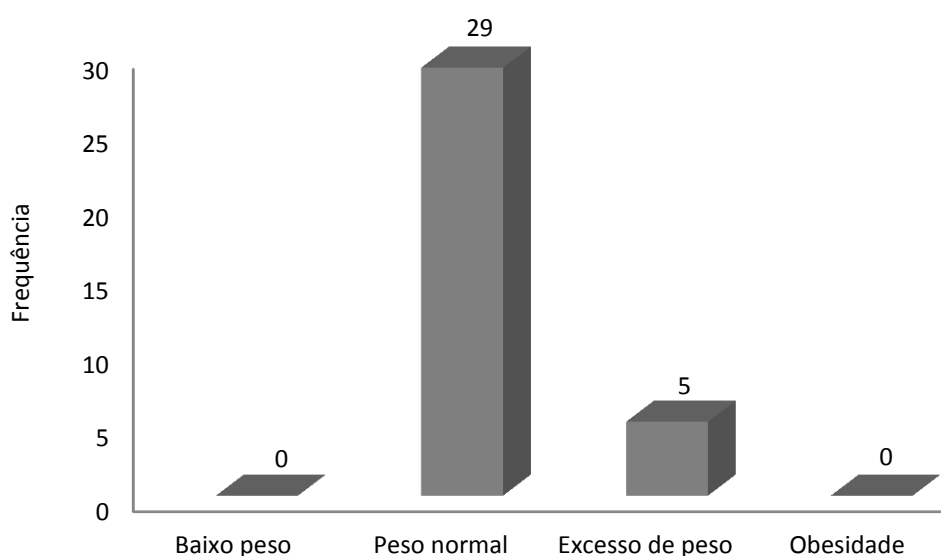
---

valor médio de *WHR* observado nos dois sexos (0.5), uma vez que coincide com o ponto de corte estabelecido para a classificação da adiposidade central excessiva. Importa referir que não se procedeu à análise da significância estatística das diferenças entre os parâmetros descritos anteriormente.

De forma a concretizar os objetivos definidos para o presente estudo, foi também aplicado, como já anteriormente referido, um questionário (Anexo 2) às mães com sete questões de escolha múltipla. De seguida, são apresentados os resultados dessa recolha.

A primeira questão indica a perceção que as mães têm do estatuto ponderal do seu filho.

Gráfico 3 - Qual das seguintes categorias julga melhor corresponder à condição do seu filho?



Como é visível no gráfico a esmagadora maioria das mães associa à categoria 'peso normal' a condição do seu filho, não havendo nenhuma que considere o seu filho na categoria de 'baixo peso' ou 'obesidade'. Este resultado corrobora resultados obtidos noutros estudos (De La O *et al.*, 2007; Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012; Macedo, Festas & Vieira, 2012) que demonstram que os pais, mais concretamente as mães, têm dificuldade em categorizar os seus filhos corretamente.

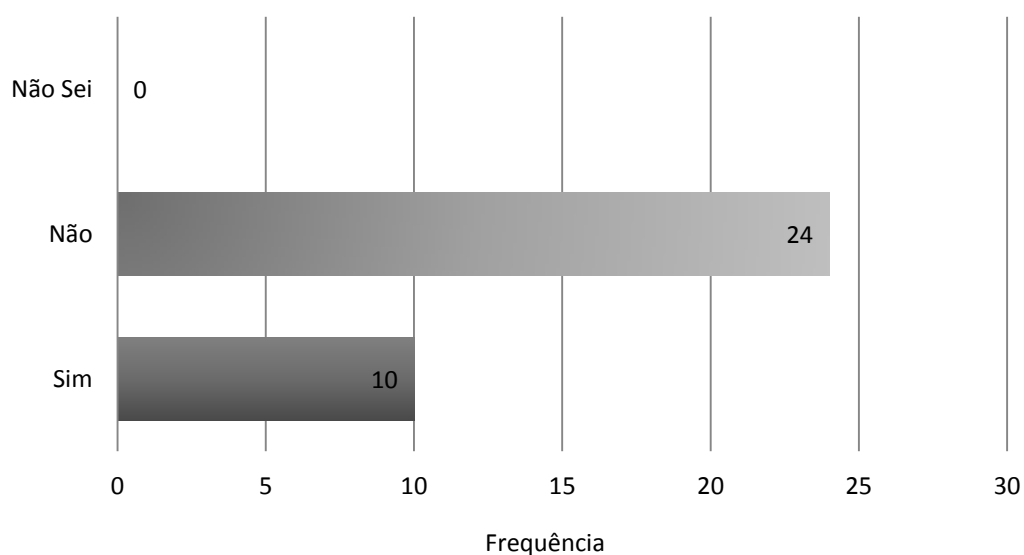
## Parte II – Trabalho de investigação

---

A grande maioria das mães tem tendência a subestimar o peso dos seus filhos, ou seja, crianças com um *IMC* acima do normal são consideradas pelas mães como estando com peso normal e crianças com obesidade são consideradas com excesso de peso pelas mães.

A segunda questão do questionário perguntava às mães se alguma vez tinham sido alertadas pelo médico para um possível peso inadequado do seu filho.

Gráfico 4 - Já alguma vez lhe foi dito pelo médico que o seu filho não tinha um peso adequado?



Mais uma vez a resposta das mães foi clara e expressiva, existindo novamente, uma grande maioria a mencionar que o seu médico nunca tinha referido algum problema com o peso do seu filho. Contudo, esta resposta impõe outra questão, isto é, será que as mães responderam com sinceridade ou realmente nunca foram alertadas pelos profissionais de saúde?

Os profissionais de saúde, especialmente em saúde infantil, devem alertar a família para esse problema assim como os riscos para a saúde, estimulando os pais a

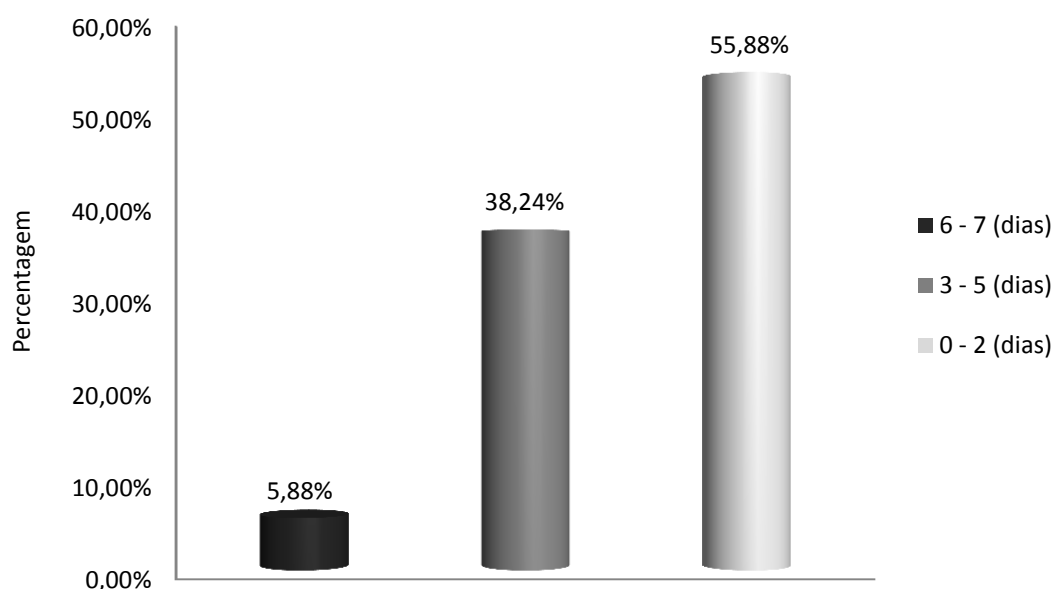
## Parte II – Trabalho de investigação

---

adotar estratégias de peso (De La O *et al.*, 2007; Edmunds, 2005; Young - Hyman, Herman, Scott & Schlundt, 2000).

A terceira pergunta foca o tempo dispendido pelas crianças, durante a semana, na prática de exercício físico.

Gráfico 5 - Quantos dias por semana o seu filho pratica exercício físico durante cerca de 30 minutos?



Segundo o gráfico é notório que apenas uma minoria das crianças (5,88%) tem o hábito de praticar exercício físico quase diariamente. Por sua vez, 55,88% das crianças participantes no estudo, ou não praticam ou então praticam exercício físico apenas um/dois dias por semana. Porém, as crianças que praticam exercício físico com uma frequência de três a cinco dias na semana, também têm uma representação expressiva com 38,24%. Observa-se assim, que a percentagem de crianças que não praticam exercício físico acaba por ser maior do que aquelas que praticam. Isto demonstra que continua a existir uma necessidade de incentivar, bem como educar, pais e crianças na prática de exercício físico em prol de uma vida mais saudável.

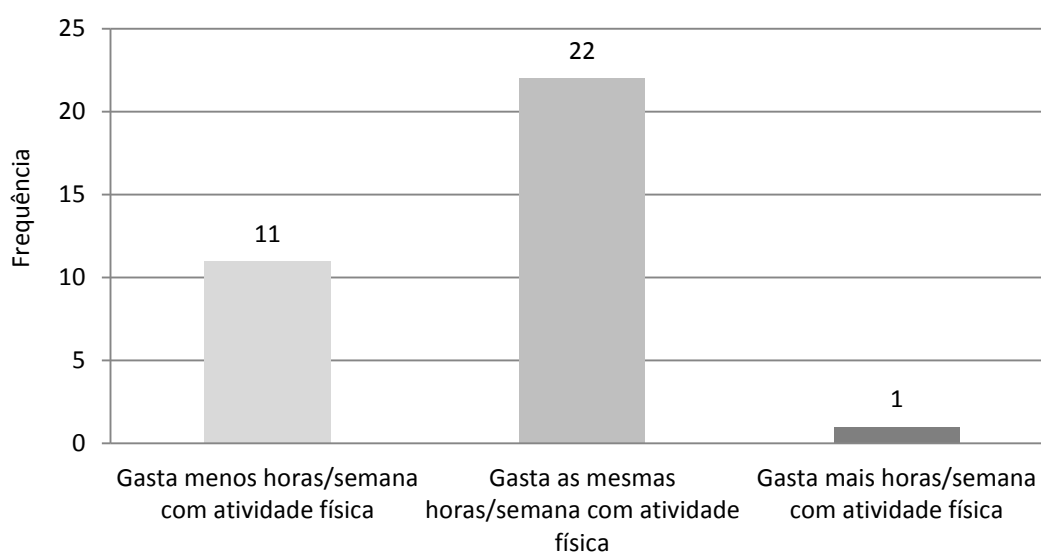
## Parte II – Trabalho de investigação

---

De acordo com as indicações dos especialistas nesta área, a prática de atividade física nestas idades deve ser diária e com uma duração de pelo menos 60 minutos. A médio e longo prazo, esta prática trará benefícios para a criança, a nível físico, evitando o aumento do peso e contribuindo para o aumento do gasto energético e diminuição do tecido adiposo visceral, o que acaba por favorecer a massa muscular. Para além disso, também se previnem problemas de saúde associados ao excesso de peso, como a diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, entre outros. A nível psicológico também contribui, gerando uma sensação de bem-estar e de um aumento da autoestima da criança. Este benefício da prática de exercício físico regular tanto é positivo para crianças com excesso de peso como também para crianças com peso normal, melhorando assim a qualidade de vida e todos os aspetos já referidos anteriormente (Jain *et al.*, 2001, Silva, 2008).

No questionário, a quarta pergunta pedia às mães para fazerem uma comparação entre o gasto de horas em atividade física que o seu filho despendia comparativamente com outras crianças da sua idade.

Gráfico 6 - Em comparação com as outras crianças, acho que o meu filho:



## Parte II – Trabalho de investigação

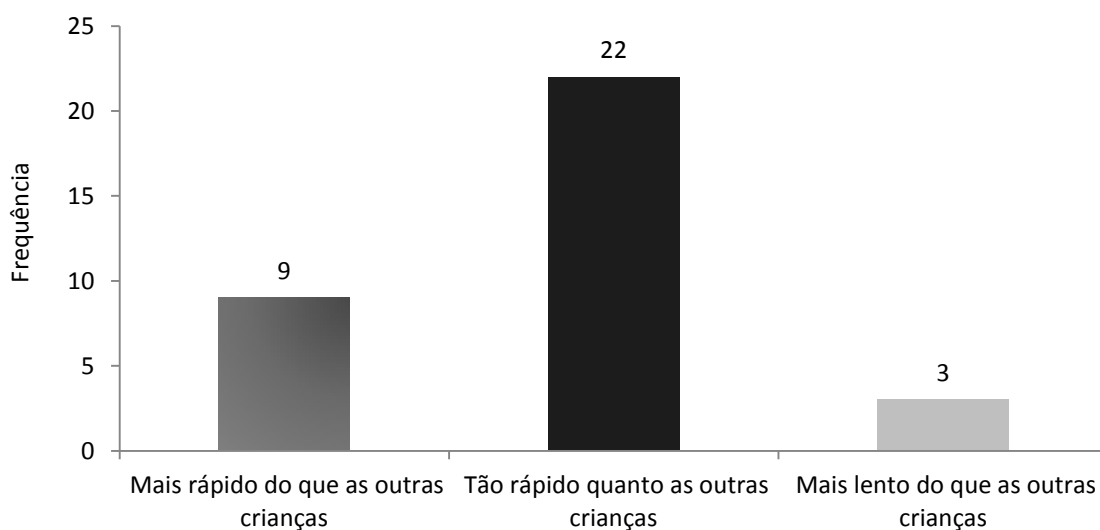
---

Observando o gráfico é notório que a opção ‘gasta as mesmas horas/semana com a atividade física’ foi a escolhida por uma grande maioria das mães, verificando-se o dobro do valor da opção ‘gasta menos horas/semana com atividade física’. Apenas uma mãe respondeu que o seu filho ‘gasta mais horas/semana com atividade física’. Através destes valores pode-se concluir que as crianças não têm muito o hábito e/ou incentivo para praticar exercício físico, o que acaba por ser prejudicial para a criança, uma vez que se encontra mais do que comprovado (Santos *et al.*, 2010) que a prática de atividade física potencia o bem-estar global da criança.

A constatação de que a maioria das mães escolheu a opção ‘gasta as mesmas horas/semana com a atividade física’ leva a crer que a única atividade física organizada que seus filhos praticam é aquela realizada no âmbito escolar. Assim, pode considerar-se que há pouco investimento nesta prática saudável em contexto extra âmbito escolar.

A quinta pergunta pedia a opinião das mães sobre a velocidade de corrida do seu filho comparativamente às outras crianças.

Gráfico 7 - Quando o meu filho corre, normalmente é:



## Parte II – Trabalho de investigação

---

Das mães que responderam ao questionário verifica-se que a maioria classifica a velocidade de corrida do seu filho como sendo igual às restantes crianças. Apenas 9 mães apontaram os seus filhos como mais rápidos que as outras crianças. Como mais lentas foram referidas somente 3 crianças. As mães que assinalaram que o seu filho seria mais lento a correr, possivelmente seriam mães de crianças com sobrepeso ou obesidade, uma vez que estas associam o estado ponderal do seu filho a pouca mobilidade em prática de atividade física (Alves, 2010; O’Neil *et al.*, 2010).

No presente estudo fazendo o cruzamento entre as crianças classificadas com excesso de peso e obesidade ( $n= 16$ ), e as respostas à pergunta do questionário “Quando o meu filho corre, normalmente é...” verifica-se que as conclusões do estudo supracitado não são discordantes dos resultados que podemos observar no presente estudo (Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização da perceção parental da velocidade de corrida do seu filho por estatuto ponderal

Questão 5: Quando o meu filho corre, normalmente é:	Estatuto Ponderal da criança (objetivamente avaliado)		TOTAL
	Excesso de peso	Obesidade	
mais rápido do que as outras crianças	4	0	4
tão rápido quanto as outras crianças	9	1	10
mais lento do que as outras crianças	1	1	2
			<b>16</b>

Como é visível na tabela, a grande maioria das mães com filhos com excesso de peso ou obesidade, é da opinião de que o seu filho é “tão rápido quanto as outras



## Parte II – Trabalho de investigação

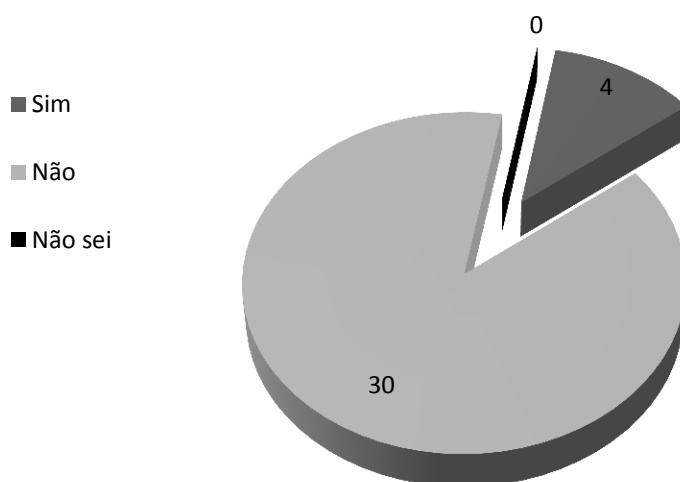
---

crianças”. Apenas 2 mães assinalaram que o seu filho seria mais lento a correr comparativamente às restantes crianças. Do total das 16 crianças, 4 crianças com excesso de peso foram classificadas pelas mães como sendo mais rápidas em relação às outras crianças.

Posto isto, denota-se que, nesta amostra, a classificação feita pelas mães sobre a velocidade de corrida dos seus filhos não é feita tendo como referência o estado ponderal dos seus filhos. Uma possível explicação para estes resultados assenta no facto da mãe não reconhecer o real estatuto ponderal do filho.

Na pergunta seis era questionado se o peso do seu filho era uma preocupação para as mães.

Gráfico 8 - O peso atual do seu filho preocupa-o?



Como visível no gráfico, houve uma esmagadora maioria das mães a responder que o peso do seu filho não era uma questão que levasse à preocupação. Unicamente 4 das mães não teve uma opinião formada sobre este aspeto, não existindo nenhuma mãe a referir preocupação com o peso do seu filho. Novamente, torna-se notória a falta de consciência e/ou reconhecimento do real estatuto ponderal da criança por parte dos pais.

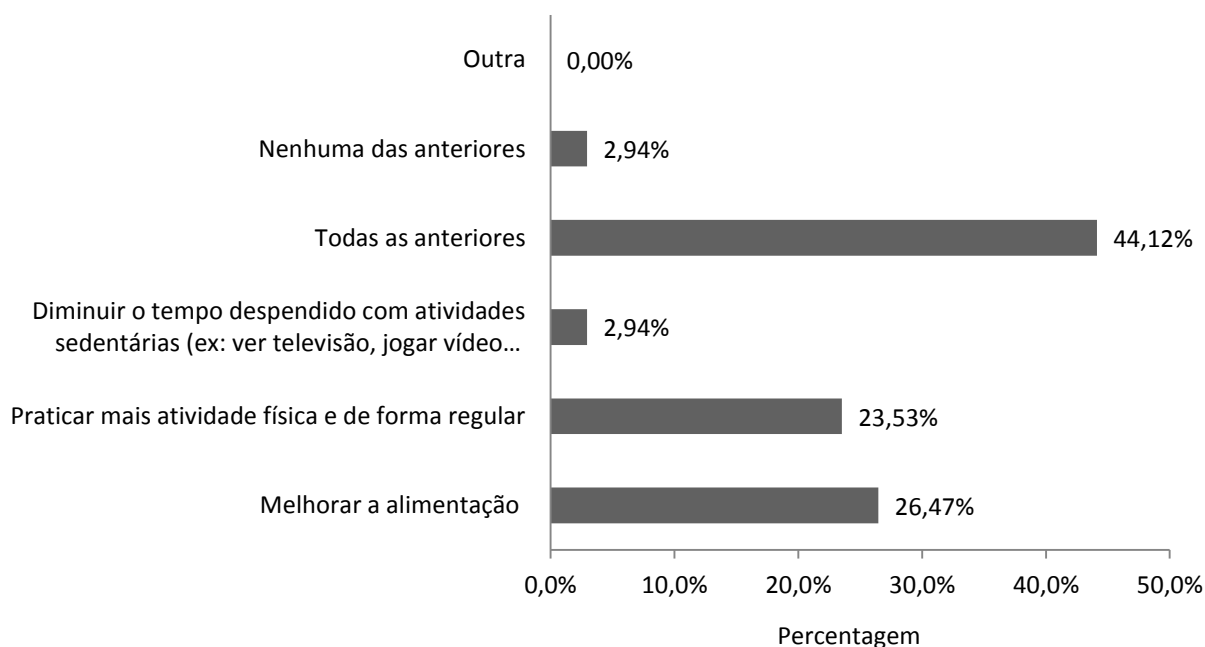
## Parte II – Trabalho de investigação

---

Se para além da referida má perceção parental, os próprios profissionais de saúde subestimarem o problema, então maiores serão as barreiras para uma resposta atempada e eficaz, o que acaba por prejudicar a saúde do seu filho mesmo a longo prazo (Giordano & Sartori, 2012; Viana, Franco & Morais, 2011). Uma justificação possível para a má perceção das mães relativa ao estado ponderal do seu filho será o facto de elas próprias não se preocuparem com o seu estado ponderal. Outra razão plausível estará relacionada com o facto de as mães se sentirem desconfortáveis em reconhecerem que o seu filho tem excesso de peso ou é obeso (Chuproski & Mello, 2009).

A última questão focava o tipo de medidas preventivas que as mães poderiam adotar para ajudar na precaução do aumento excessivo de peso do seu filho e que possibilitasse reverter o estilo de vida que tinha para um mais saudável.

Gráfico 9 - Se achasse necessário, que medidas tomaria para ajudar o seu filho a normalizar o peso?



Esta questão apresentava seis opções, sendo que uma delas era de resposta aberta. Dentro dessas opções eram referidas melhorias a nível alimentar e na prática de exercício

## Parte II – Trabalho de investigação

---

físico, diminuição do tempo de prática de atividades sedentárias e uma opção englobando todas as referidas anteriormente.

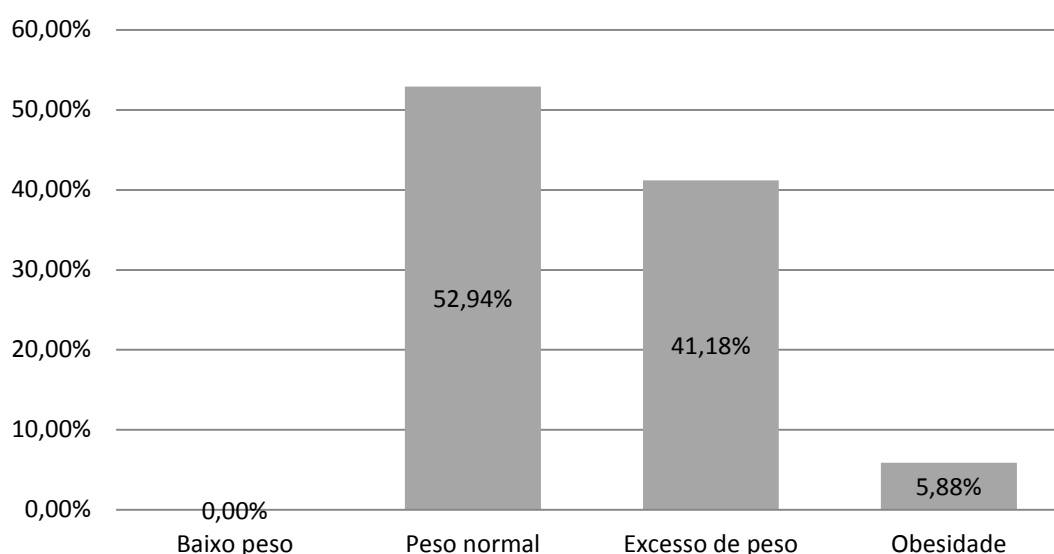
Como visível no gráfico, quase metade das mães (44,12%) escolheu a opção que abarcava todas as anteriores, assumindo que têm que fazer melhorias em diferentes aspetos do seu estilo de vida. Logo a seguir, a opção ‘melhorar a alimentação’ é a que apresenta a maior percentagem, de 26,47%, seguida da opção ‘praticar mais atividade física’ com uma percentagem semelhante, de 23,53%. Com um resultado claramente menor, 2,94%, são as opções ‘diminuir o tempo despendido com atividades sedentárias’ e ‘nenhuma das anteriores’. A opção de resposta aberta não foi escolhida por nenhuma das mães. Deste modo, o gráfico ilustra perfeitamente que as mães têm plena noção de que o estilo de vida que praticam não é o mais saudável para o seu filho e da necessidade de o alterar.

Um dos objetivos específicos do presente estudo foi analisar a concordância entre o real estatuto ponderal da criança (objetivamente avaliado) e o percecionado pelas mães. Para tal foi necessário determinar o estatuto ponderal de cada criança e a correspondente prevalência de baixo peso/magreza, peso normal, excesso de peso e obesidade em crianças do 1º CEB de uma escola de Viana do Castelo. De seguida, é apresentado um gráfico onde se pode observar os referidos resultados.

## Parte II – Trabalho de investigação

---

Gráfico 10 - Prevalência de magreza, peso normal, excesso de peso e obesidade na amostra (n=34)



Tal como referido anteriormente, estes resultados foram obtidos através da aplicação dos valores de corte de *IMC*, específicos para o sexo e idade, propostos por Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz (2000) e Cole *et al.* (2007), tanto para valores de corte de excesso de peso e obesidade, como de baixo peso (Tabela 1, Tabela 2 respetivamente).

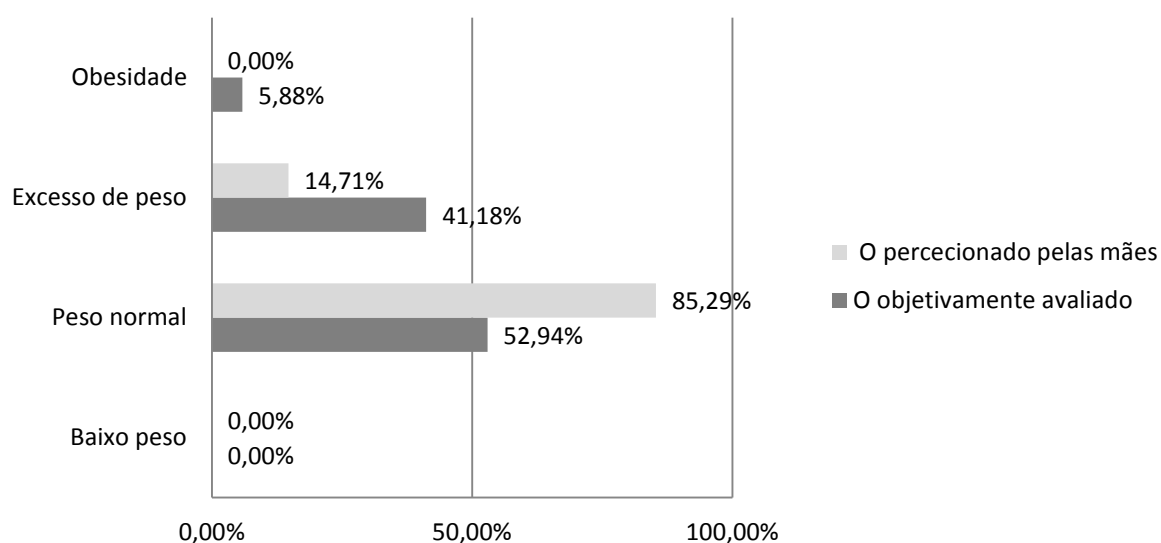
Analisando o gráfico verifica-se que a grande maioria das crianças apresenta um peso normal para a sua constituição física e idade. No entanto, também se observa uma elevada percentagem de crianças com excesso de peso, cerca de 41%. Na categoria de obesidade encontramos uma prevalência de 5,88%. Se considerarmos a prevalência conjunta de excesso de peso e obesidade, o valor resultante aproxima-se de 50%, o que é preocupante e merece especial atenção. Nenhuma das 34 crianças avaliadas apresentou magreza. Não se apresenta a análise do estatuto ponderal por sexo dado a pequena dimensão da amostra que limita a aplicação de testes estatísticos de avaliação da significância de eventuais diferenças. No entanto, não parecem existir diferenças entre rapazes e raparigas no que diz respeito à prevalência de excesso de peso e obesidade.

## Parte II – Trabalho de investigação

---

No gráfico 11 mostram-se os resultados que dão resposta ao objetivo principal do presente trabalho:

Gráfico 11 – Estatuto ponderal das crianças: o percecionado pelas mães Vs o objetivamente avaliado (n=34 pares mãe-filho)



Nota: os valores apresentados representam a prevalência de cada uma das categorias de estatuto ponderal.

No presente gráfico é nítida a disparidade entre a perceção que as mães têm relativamente ao estatuto ponderal do seu filho e aquele que realmente apresentam. A maior diferença verifica-se nas categorias de excesso de peso e de obesidade. Na primeira categoria, apenas 14,71% das mães admite que os seus filhos se encontram com excesso de peso, existindo na realidade mais do dobro de crianças com essa condição. Na classificação de obesidade não houve nenhuma mãe que considerasse o seu filho como obeso.

Observando os dados é possível retirar uma possível ilação, ou seja, que de um modo geral as mães com filhos obesos classificam-nos como tendo excesso de peso e as mães que têm filhos com excesso de peso classificam-nos como tendo o peso normal. O facto de os pais, neste caso as mães, não assumirem que o seu filho não tem o peso adequado,

## Parte II – Trabalho de investigação

---

pode ser uma possível explicação para a dificuldade da sensibilização para o problema e na tomada de medidas preventivas.

Vários estudos recentes mostram que menos de 50% dos pais tem uma correta percepção do peso real do seu filho. Este torna-se, desta forma, um fator preocupante, pois pode trazer problemas a nível físico, social e até emocional, uma vez que este problema de excesso de peso/obesidade pode persistir até à idade adulta (Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012; Macedo, Festas & Vieira, 2012).

Perante a exposição e análise destes dados conseguimos retirar algumas ilações no que respeita à percepção materna do estatuto ponderal dos seus filhos, relativamente à opinião e percepção dos profissionais de saúde sobre o excesso de peso e obesidade, como à prática de atividade física por parte das crianças e o seu estilo de vida.

Em relação à percepção materna torna-se nítido, tal como já foi referido, que as mães sentem dificuldade em classificar o seu filho na categoria de estatuto ponderal correta. Algumas das causas que levam a essa categorização errónea poderão ter que ver, em parte, com o facto de as mães terem medo que os seus filhos sejam estigmatizados pelo seu peso elevado, o que leva a que o reconhecimento deste factor seja errado, com o intuito de não agravar esse problema. Por outro lado, estas más percepções poderão ainda estar relacionadas com o facto de os pais terem como referência um limiar para o reconhecimento do excesso de peso mais elevado do que é na realidade, uma vez que existe cada vez mais uma maior tendência do aumento corporal da população em geral. Deste modo, os pais demonstram que não compreendem o significado de ‘excesso’ de peso tal como as consequências adjacentes a este (Alves, 2010).

Considerando verdadeira a informação que as mães auto reportaram, a par da má percepção parental, junta-se também uma aparente má percepção do estatuto ponderal da criança por parte de profissionais de saúde, ou então uma percepção correta por parte destes, mas acompanhada de uma certa despreocupação com o problema. Efetivamente, a proporção de mães cujos filhos apresentam peso excessivo, dizem que não foram

## Parte II – Trabalho de investigação

---

alertadas pelo médico em relação ao problema. Esta poderá constituir uma questão preocupante, já que desta forma, a atuação por parte destes profissionais torna-se tardia terminando por ser prejudicial para a saúde da criança (Alves, 2010; Young - Hyman, Herman, Scott & Schlundt, 2000).

Contudo, no que respeita à prática de exercício físico, as crianças ainda conseguem fazer um mínimo de exercício físico, devendo-se, na grande maioria, ao facto de esta ser feita em contexto escolar, existindo um grupo menor que pratica exercício físico para além do que é praticado na escola. Outro fator importante que foi verificado foi o facto de as mães, na sua grande maioria, assumir que o estilo de vida que proporcionam aos seus filhos não é o mais adequado, tendo noção que estes seriam mais saudáveis se houvesse um melhoramento no seu estilo de vida (Silva, 2008; Viana, Franco & Morais, 2011).

Em síntese, de um modo geral as mães apresentam dificuldade no reconhecimento correto do estatuto ponderal do seu filho, assim como têm dificuldade em percepcionar os problemas de saúde que advém do excesso de peso. Por outro lado, os profissionais de saúde que trabalham com crianças, poderão melhorar as suas práticas e atualizar o seu conhecimento sobre este assunto, de forma a conseguir fazer um acompanhamento mais adequado e atempado e, conseqüentemente, ajudar a família da criança com excesso de peso a delinear estratégias para melhorar a sua condição. Por último, cabe também à família incentivar e proporcionar às crianças uma vida menos sedentária, mais saudável a nível alimentar e na prática de atividade física, e ser promotora de um óptimo crescimento e desenvolvimento da criança (Alves, 2010; Chuproski & Mello, 2009; Silva, 2008; Viana, Franco & Morais, 2011).

## 2.5. Conclusão

Sendo Portugal um dos países da Europa com maior prevalência de crianças com excesso de peso e obesidade, uma das principais preocupações da saúde pública deverá passar pela avaliação do problema em crianças de tão tenra idade. Deste modo, prevenir-se-ia futuros riscos à saúde destas crianças. Atualmente, a obesidade já é considerada uma doença com uma representatividade significativa em diversos países industrializados e desenvolvidos. Esta doença carrega consigo, além de notórios problemas de saúde, vários problemas sociais, físicos, psicológicos e económicos (Silva *et al.*, 2008).

O desenvolvimento desta doença durante a infância é uma preocupação, pois esta tende a persistir durante a idade adulta. De entre as várias causas do excesso de peso e obesidade, salienta-se a alimentação desadequada e a falta de atividade física (Silva *et al.*, 2008).

Devido ao aumento que se tem vindo a assistir na prevalência da obesidade infantil, esta passou a fazer parte de uma das prioridades de saúde pública e também uma preocupação das escolas. O envolvimento dos pais na implementação eficaz de programas de prevenção e tratamento do excesso de peso e da obesidade infantil, é considerado uma questão incontornável. Está descrito na literatura que esse envolvimento depende de vários fatores, incluindo a própria perceção que os pais têm do estatuto ponderal dos seus filhos. De facto, a perceção parental do estatuto ponderal dos seus filhos tem sido alvo de especial atenção por parte de muitos investigadores, uma vez que é reconhecida como um fator crucial para a prevenção e tratamento de problemas como o excesso de peso e a obesidade em idade pediátrica. A literatura existente sobre este tema, das perceções dos pais sobre o estado ponderal dos seus filhos, mostra um nível elevado de perceções erróneas das mães relativamente ao peso do seu filho e indica que as mães, mesmo assim, conseguem ser mais assertivas do que os pais (Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012).



## Parte II – Trabalho de investigação

---

Em estudos que visaram a recolha das percepções parentais, especificamente das mães, foi revelado que a maioria, além de avaliar mal o estatuto ponderal do seu filho, ainda desculpabiliza o facto de a criança ter excesso de peso ou obesidade devido a características familiares. Em todos estes estudos feitos é também referida a necessidade de educar, para além das crianças, os pais sobre a obesidade e as suas consequências. No presente estudo, à semelhança de muitos outros disponíveis na literatura, os resultados mostraram que do total de mães cujos filhos apresentam excesso de peso, 41,18% não reconhece o problema, considerando o seu filho com “peso normal”.

No que respeita a limitações existentes neste estudo, aponta-se o facto de os dados relativos às mães terem sido recolhidos através de questionários. Desta forma, pode considerar-se que, pelo menos em parte, a informação auto reportada pelas mães corresponderá àquilo que é mais socialmente aceitável dizer e não à verdadeira opinião/percepção parental. Para além disso, a amostra foi delineada por conveniência e apresenta uma dimensão muito pequena, pelo que os dados podem não ser representativos da realidade, tal como aconteceu já em estudos realizados neste âmbito (Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012). Pela análise de alguma da literatura, é possível constatar que ainda há poucos estudos sobre a percepção parental do estatuto ponderal de crianças portuguesas, envolvendo amostras representativas da população, pelo que é necessário mais investigação nesta área. Contudo, existe, atualmente, um esforço por parte de muitos profissionais de saúde e educação para tentar sensibilizar os pais para o problema da obesidade infantil.

Apesar disso, Portugal tem que investir mais e melhor na prevenção da obesidade, já que passou a ser o país, pela primeira vez, com a maior prevalência de crianças com excesso de peso e obesidade na Europa (Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012). A intervenção precoce junto dos pais deve concentrar-se em ajudá-los a reconhecer o excesso de peso do seu filho e a perceber a importância da sua influência em criar mudanças que irão causar impacto positivo na saúde do seu filho, agora e futuramente (Towns & D’Auria, 2009).

Conclui-se deste modo, que para que haja um aumento da consciencialização dos pais é também importante e até prioritário que os profissionais de saúde também se consciencializem sobre a problemática do excesso de peso infantil. Ao existir uma perceção parental correta do estatuto ponderal dos filhos, é mais provável que estes mudem o seu estilo de vida, criando hábitos mais saudáveis, tanto a nível alimentar como de atividade física, gerando desta forma, um ambiente mais favorável para um melhor crescimento e desenvolvimento da criança (Lopes, Santos, Pereira & Lopes, 2012).

Em todo este processo a escola tem também um importante papel conjuntamente com os profissionais de saúde na deteção e combate à obesidade infantil. Mas para isso, é necessário que educadores/professores também se encontrem mais despertos para esta problemática, formando-se e informando-se de modo a conseguir transmitir conhecimentos nutricionais corretos e de implementar práticas físicas saudáveis.

Posto isto, conclui-se que a prevenção é o meio mais eficaz no controlo tanto do excesso de peso como da obesidade. À escola também cabe um papel a este nível, da prevenção, sensibilizando pais e jovens, a tomar um papel mais ativo e preponderante sobre a sua própria saúde (Towns & D' Auria, 2009).

A par destas medidas tomadas pela escola na prevenção do excesso de peso e obesidade em crianças, seria também importante que a família assumisse um papel atuante e que se regulasse, entre outros aspetos, a publicitação de produtos alimentares pouco saudáveis (Coelho *et al.*, 2008). Deste modo, atingir-se-iam maiores progressos na consciencialização por parte da sociedade em geral, deste flagelo do século XXI.

***Parte III – Reflexão Global da Prática de Ensino  
Supervisionado***

---

Contrariamente ao que é pensado por muitas das pessoas, o papel do professor/educador não é de apenas ensinar o que é pedido através dos currículos ou programas. Este é muito mais do que um mero transmissor de conteúdos académicos, é também a pessoa que passa grande parte do tempo com a criança, vendo diariamente a sua evolução e desenvolvimento (UNESCO, 1996). É através do professor/educador que a criança vai aprendendo valores, como respeitar o outro, aceitar a diferença existente entre cada indivíduo e a importância da interajuda. A criança vê também no professor/educador um exemplo, imitando-o, daí a importância que este desempenha na vida dela. Pode-se então dizer, que o professor chega mesmo a ter uma posição privilegiada comparativamente aos pais, devido ao tempo que passa com a criança.

Por tudo isto, cabe ao professor/educador criar um ambiente aprazível, uma relação agradável e métodos de ensino motivadores para as crianças, de modo a que estas sintam que fazem parte de um processo importante, valorizando e respeitando a individualidade de cada uma. Assim, pretende-se gerar entre professor/educador e a criança uma relação de estímulo e de participação ativa na sua própria aprendizagem (Rief & Heimburg, 2000).

Para que tal processo aconteça, é necessário que haja um momento na formação do futuro profissional da educação que “entre” em campo e vivencie a experiência.

O estágio é uma experiência muito importante (...) pois traz aos estudantes o conhecimento, competências e experiências práticas daquilo que estudam teoricamente na faculdade. Além disso, o estágio possibilita que o aluno aprenda de maneira mais objetiva alguns fatores de sua profissão que muitas vezes (...) só podem ser mais bem compreendidos quando se está no ambiente de trabalho (CECIERJ).

O estágio funciona assim, como uma forma de o futuro educador/ professor colocar em prática todo o conhecimento teórico que foi adquirindo ao longo do seu percurso académico. É também, através do estágio que este começa a formar a sua própria identidade como profissional e a sua forma de estar perante uma turma/grupo, pondo em prática tudo aquilo que foi aprendendo ao longo da sua formação.

A Prática de Ensino Supervisionada (PES) iniciou-se no pré-escolar continuando depois no 1º CEB. O facto de a PES começar no pré-escolar permitiu que, supostamente, se iniciasse pela parte mais fácil. Mas não é bem assim. Ambos os ciclos têm a sua dificuldade mas em níveis diferentes.

No pré-escolar, uma vez que as crianças ainda não sabem escrever, há uma maior necessidade de recorrer a objetos, imagens, ao jogo simbólico e dar primazia ao diálogo. Nesta idade, como as crianças ainda se encontram no estágio pré-operatório (Gleitamn, Fridlund & Reisberg, 2003), necessitam muito de ‘ver’ com as mãos e de ‘escrever’ através dos seus desenhos. Ou seja, a criança é ainda um aprendiz que vai construindo o seu conhecimento através das sensações e das emoções.

Em contrapartida, no 1º ciclo, uma vez que as crianças já sabem expressar-se através da escrita, conseguem comunicar de uma forma distinta. As crianças nesta idade já têm desenvolvido o pensamento lógico, tendo assim uma capacidade de expressão e comunicação muito maior.

No início do estágio, sentia-me um pouco receosa porque a experiência que já tinha tido em campo, tanto no pré-escolar como no 1º CEB foi muito reduzida e breve. No entanto, a boa receptividade das cooperantes foi uma ajuda para que me sentisse mais à vontade.

Durante o período de observação do pré-escolar, tanto eu como a minha colega, fomos observando práticas e métodos bastante interessantes, como por exemplo, a organização do espaço da sala. Esta encontrava-se organizada com uma ‘mesa’ central onde o grande grupo trabalhava e dialogava. Ao longo das nossas observações fomos também reparando que existia um grande companheirismo e espírito de interajuda entre as crianças, assim como respeito pelo outro e pela sua opinião. Esta postura vai de encontro ao que é defendido nas Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar (OCEPE), que enfatizam que se deve fomentar a “inserção da criança em grupos sociais diversos, no respeito pela pluralidade das culturas, favorecendo uma progressiva consciência como membro da sociedade” (ME, 1997, p. 20).

O sentimento de responsabilidade era também trabalhado através das rotinas, havendo o chefe do dia. Esta prática fazia com que a criança tivesse a responsabilidade de ajudar a educadora nas suas tarefas ao longo do dia, inculcando gradualmente alguma responsabilidade à criança. Todas estas condutas ajudavam a criança no seu desenvolvimento, mesmo aquelas com mais dificuldade. Observamos então que a educação das crianças era feita de partilha de responsabilidades, em que todos colaboravam e tinham um papel importante dentro do grupo, funcionando assim como uma equipa conjuntamente com a educadora.

Todos estes aspetos encontram-se focados em vários modelos curriculares, como o método da Pedagogia de Projeto, bem como o Movimento da Escola Moderna, cruzando-se, por vezes, com procedimentos baseados fundamentalmente no Modelo Curricular “High/Scope”, dentro de uma pedagogia construtivista. Este tipo de processo tem deste modo, como objetivo central, o desenvolvimento integral e bem-sucedido da criança. O educador/professor tem assim, como dever, planificar as sessões/aulas de modo a proporcionar um ambiente de aprendizagem significativo e relevante, encorajando e apoiando as crianças na sua aprendizagem (Rief & Heimburg, 2000). O par de estágio notou que ao longo do dia as crianças iam trabalhando todas as áreas de conteúdo de uma forma interligada. Este facto é bastante importante porque “favorece a formação e o desenvolvimento equilibrado da criança” (ME, 1997, p. 18).

Ao longo das intervenções houve sempre a preocupação de fazer interdisciplinaridade do conteúdo com outras áreas de desenvolvimento tendo em linha de conta as OCEPE e as metas de aprendizagem que as crianças têm que adquirir no fim do pré-escolar. Contudo, a expressão dramática e a expressão musical ficaram muito aquém do que era desejável. Estas duas expressões foram muito menos trabalhadas, comparativamente com as restantes áreas. Este facto deveu-se ao facto do par de estágio não se sentir com formação suficiente para abordar estas áreas de conhecimento, principalmente a expressão dramática. Esta foi a área em que mesmo a nível de proveito próprio senti uma enorme lacuna, devido à falta de formação que houve durante a

licenciatura de Educação Básica. Esta falta de formação notou-se também na minha expressão corporal, porque sendo este um ciclo em que é necessário ser bastante expressiva e ‘falar’ com o corpo, por momentos tive dificuldade, sentindo mesmo que algumas das atividades poderiam ter corrido melhor do que correram, se tivesse tido um pouco de formação. Outro aspeto onde senti falta de formação suficiente foi no âmbito da Educação Especial, particularmente em casos de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE).

Tendo este grupo duas crianças com estas necessidades educativas especiais (Síndrome de Asperger e Mutismo Seletivo) inicialmente foi um pouco complicado adaptar-me e adequar as atividades a estas, mas com a ajuda da cooperante e com a observação e pesquisa sobre o assunto fui conseguindo minimizar esta carência. A este respeito importa reforçar que cabe à escola e aos educadores/professores dar ênfase a uma educação inclusiva, respeitando os alunos que “apresentem dificuldades na aprendizagem, perspetivando-os como potencialmente ativos, capazes de aprender” (Madureira & Leite, 2003, p. 35).

Em contrapartida, as áreas de conhecimento em que me sentia mais à vontade, como o conhecimento do mundo, a matemática, a expressão plástica e a área da expressão e comunicação, foram sempre trabalhadas de forma transversal, indo também de encontro aos interesses das crianças e do Plano Curricular de Turma (PCT). Com as crianças com NEE, o trabalho individualizado ajudou também a esbater os obstáculos que eram sentidos em conjunto com paciência e afetividade.

Ao longo da PES no pré-escolar foram trabalhados temas muito variados, sendo alguns deles até um pouco mais avançados para esta faixa etária. Porém, como este grupo já era muito estimulado, conseqüentemente exigia bastante de nós, o que nos obrigava a ter sempre temas e atividades que os cativassem. Esta exigência por parte das crianças fez com que tivesse que me preparar previamente, tendo que fazer pesquisas, esclarecer algumas dúvidas e conceitos para conseguir apresentar o mais corretamente os conteúdos, respondendo adequadamente às questões feitas pelas crianças.

Assim, este ambiente de estímulo mútuo educador-criança, acabou por ser bastante positivo, porque me obrigou a dar muito mais de mim, fazendo com que posteriormente me sentisse mais à vontade na implementação das atividades planificadas. Que efetivamente, é reconhecido que “os professores aprendem com as suas intervenções, porque os professores que são aprendizes do seu próprio ensino são os mais influentes na melhoria do desempenho escolar dos alunos” (Lopes & Silva, 2010, p. 17). Todo este trabalho foi também facilitado pelo facto de existir uma boa relação entre a comunidade escolar (pais, avós, educadora, auxiliares e colegas de estágio) e nós (par de estágio), ajudando desta forma, a que me sentisse mais motivada e empenhada ao longo de todo o estágio.

Atualmente, a escola tem de “considerar a família como parte integrante não só da sua estrutura humana, mas também do seu processo curricular. O sucesso escolar dos alunos depende em grande medida do ambiente familiar e este, não haja dúvida, pode ser grandemente influenciado pela escola” (Cabral, 1999, p. 41). Sem dúvida que a família, hoje em dia, toma um papel cada vez mais participativo e interativo com a escola, ajudando a proporcionar à criança um ambiente mais propício ao seu desenvolvimento. Esta relação positiva entre comunidade escolar e par de estágio, acabou por se refletir na cooperação que estes tiveram no projeto de empreendedorismo, envolvendo-os na construção e participação em atividades diversas, como a construção do leão, a festa de final de ano, a exposição final da sala e os eco guardiões, como também em outros projetos que foram sendo desenvolvidos ao longo deste período de estágio em consonância com os conteúdos trabalhados.

O ciclo de Prática de Ensino Supervisionada foi concluído no 1º CEB, com uma turma de 3º ano. Nesta parte do estágio, tal como aconteceu no pré-escolar, sentia-me igualmente apreensiva por se tratar de um ano onde era exigido muito do par de estágio. Mas, uma vez mais, com a ajuda da cooperante e com a boa aceitação que a turma teve em relação à presença de professoras estagiárias, tornou-se mais fácil a nossa adaptação e integração.



Se o anterior ciclo (pré-escolar) já tinha exigido muito de mim, este requereu muito mais, fazendo com que a exigência da preparação, tanto para as minhas implementações como para as da minha colega, fosse sempre cada vez maior. Mesmo não sendo eu a reger, tinha que haver sempre uma preparação da minha parte, porque acabava por ter um papel atuante e interativo com os alunos, a professora cooperante e o par de estágio.

No decorrer do estágio, por algumas vezes senti receio e algum desconforto em abordar algumas temáticas por não me encontrar à vontade ou então por falta de preparação. No entanto, pude sempre contar com o apoio da professora cooperante e do meu par de estágio, assim como os professores supervisores. O “à vontade” que fui adquirindo com a turma também contribuiu para que fosse, ao longo do tempo, colmatando os meus receios e inseguranças. Com eles fui também aprendendo e melhorando alguns pontos menos positivos, assim como pôr-me à prova e tentar encontrar formas distintas para cativar e apreender a atenção da turma para assuntos que não lhes despertavam tanto interesse.

A sala onde decorreu a prática de ensino supervisionada no 1º CEB era a única da escola que não possuía um quadro interativo. Este facto fazia com que a turma não tivesse a possibilidade de, durante a aula, abordar as várias temáticas trabalhadas de uma forma diferente, nem permitia um grande contacto com as tecnologias de informação e comunicação (TIC). Este foi então um ponto que tentei colmatar por ser da opinião que nos dias que correm esta é uma ferramenta cada vez mais importante na formação da criança, devido ao forte desenvolvimento tecnológico que hoje se assiste na sociedade. Assim, o professor como formador de um futuro cidadão dessa sociedade tem o papel de possibilitar que todas as crianças tenham, pelo menos na escola, acesso a estes recursos informáticos. O uso de recursos informáticos permite “auxiliar os processos de ensino aprendizagem através da criação de situações de âmbito construtivista” (Souza, 2005, p. 136), fazendo com que a aprendizagem seja mais dinâmica. Com o uso deste método tecnológico foi possível tornar os conteúdos mais apelativos para os alunos e, ao mesmo

tempo, fazer com que tivessem contato com esta tecnologia em sala de aula.

Ao longo das intervenções fui utilizado o computador para exibir apresentações em powerpoint, navegarmos na internet, tanto para pesquisas como para jogos interativos relacionados com a matéria, e para a visualização de vídeos. Verificou-se deste modo, o entusiasmo e até um pouco de encanto com este recurso, já que não era uma prática recorrente da sala por falta de equipamento existente e de formação por parte da professora cooperante.

Relativamente às áreas curriculares a ser trabalhadas houve nitidamente umas em que foi dada uma maior relevância, como é o caso da Língua Portuguesa, Matemática e Estudo do Meio, ficando assim as Expressões um pouco ‘esquecidas’. Este facto deveu-se em parte, por se tratar de um 3º ano e ser exigido por parte da cooperante que houvesse um maior enfoque relativamente às três áreas percecionadas vulgarmente como ‘mais importantes’, pois eram nestas, especialmente às duas primeiras, que iria haver uma avaliação periódica. Todavia, sempre foi tentado pelo par de estágio que as crianças tivessem contato com todas as áreas, por consideramos que todas elas eram indispensáveis para o seu desenvolvimento.

Aquando das planificações, houve pela minha parte um esforço de tentar incluir todas as áreas, mesmo as Expressões. Porém, nem sempre foi tarefa fácil, porque a carga semanal dada às áreas com maior relevo (Língua Portuguesa e Matemática) era maior. De entre as expressões, tal como aconteceu no pré-escolar, a expressão plástica e expressão motora foram as que se destacaram mais, ficando um pouco para trás a expressão musical e a expressão dramática. Estas duas últimas foram as menos trabalhadas porque, como já foi referido anteriormente, são as áreas de expressão em que não me sentia tão à vontade para trabalhar. Assim, destaco como ponto menos positivo a falta de realização de atividades no âmbito da expressão musical e dramática, tendo consciência que estas são igualmente importantes para o desenvolvimento das crianças, como é referido no Programa do Ensino Básico destas áreas curriculares. Será de grande importância ter em

atenção que sempre que possível a exploração da área das Expressões deverá permitir que as crianças façam aprendizagens ativas, tendo a oportunidade de conseguir vivenciar situações estimulantes de trabalho escolar que lhes permitirá experienciar várias práticas, desde a atividade física à manipulação dos objetos e meios didáticos (ME, 2006).

Tal como aconteceu no pré-escolar, neste grupo também havia crianças com Necessidade Educativas Especiais (NEE). Este facto fez com que voltasse a ter um cuidado acrescido na planificação das aulas, tentando, sempre que fosse possível, introduzi-los nas atividades. No entanto, nem sempre era possível, uma vez que os três alunos assinalados como NEE tinham características distintas uns dos outros, assim como se apresentavam em níveis diferentes de ensino. Apesar de só se encontrarem assinalados três alunos com NEE, no grupo existiam mais três crianças que também requeriam um acompanhamento mais individualizado e especial. O facto de o grupo ser tão heterogéneo tornou-se num grande desafio tanto para mim como para o meu par de estágio, porque fez com que tivéssemos uma atenção redobrada com o grupo, tentando o mais possível que este inclui-se verdadeiramente todas as crianças.

Ao longo de toda a PES tive contacto com crianças com NEE, sendo umas assinaladas e outras não. Daí que, por diversas vezes, questionasse se estaria a agir corretamente, fazendo-me pensar que não me encontrava preparada para lidar com determinadas limitações que estas crianças tinham. Senti dificuldade em dar atenção e integrar as crianças de NEE nas atividades, especialmente com as crianças do 1º CEB, pelo facto de ao longo da minha formação académica nunca ter tido ‘preparação’ para casos como estes, dificultando assim a minha intervenção com estas crianças.

Na minha perspetiva e refletindo de forma crítica, esta experiência não se tornou assim positiva, nem para elas nem para mim, porque senti que a minha intervenção ficou aquém do que desejaria. Gostava de ter formação adequada e indicada para trabalhar com crianças com NEE, uma vez que exigem “uma atenção mais específica e uma gama de recursos educativos diferentes daqueles necessários para os seus companheiros da mesma idade”

(Lopes & Silva, 2010, p. 24). Como este é um ponto que gostaria de melhorar, penso que só mesmo com o passar do tempo e com a vivência com estas crianças é que poderei vir a melhorar este aspeto, tendo desta forma que me tornar um pouco autodidata no que respeita este campo. Mas mesmo assim, tentei dar o meu melhor, preparando-me e informando-me de modo a incluir sempre que possível as crianças nas atividades que eram feitas com o grupo, pois efetivamente o educador/professor tem o dever de promover a aprendizagem de todos os alunos (Madureira & Leite, 2003).

Com a passagem por este ciclo e anteriormente no pré-escolar tornou-se notório a importância que este último tem na formação tanto pessoal como cognitiva das crianças. As que têm um bom acompanhamento no pré-escolar, e que o terminam com os requisitos mínimos exigidos pelas metas, tornam-se alunos mais capazes e melhor formados.

Agora findado o estágio, sinto que houve aspetos que consegui melhorar, como por exemplo, o meu à vontade e confiança para estar à frente de um grupo de crianças. A ajuda e confiança tanto da educadora cooperante como da professora cooperante no trabalho desenvolvido no decorrer da Prática de Ensino Supervisionada, foi fundamental, porque ajudou a que adquirisse mais confiança em mim e que fosse perdendo alguns receios que tinha inicialmente. As professoras cooperantes tiveram um papel muito importante na minha evolução e com elas aprendi muitas coisas que com certeza irei utilizar na minha caminhada profissional e pessoal.

Como as cooperantes houve também professores supervisores que marcaram este percurso, tendo sempre palavras de incentivo e críticas bastante construtivas. A par destes, a minha colega de estágio foi igualmente um pilar importante pois permitiu com que esta experiência não fosse solitária, partilhando comigo tanto os momentos bons como aqueles menos bons, e em conjunto, encontrar sempre a melhor solução.

Fazendo um balanço da minha experiência na Prática de Ensino Supervisionada, reconheço claramente aspetos positivos como negativos, sendo que ambos permitiram o enriquecimento tanto a nível pessoal como profissional futuro. Também possibilitaram

ter uma noção do que é o pré-escolar e o 1º CEB, assim como as suas diferenças e ao mesmo tempo a sua complementaridade. Assim, posso afirmar claramente que esta experiência foi gratificante e enriquecedora.

Porém, no que respeita ao grupo do pré-escolar com quem iniciei a minha Prática de Ensino Supervisionada, penso não é um grupo modelo. Este grupo era bastante desenvolvido para a sua faixa etária tanto a nível de conhecimento como de postura e motricidade, em grande parte responsabilidade tanto da educadora como das educadoras estagiárias que estiveram anteriormente a mim e ao meu par de estágio. Por esse facto, tenho consciência que a realidade é um pouco desfasada, isto é, a grande maioria das crianças no pré-escolar não se encontra neste grau de desenvolvimento. Todavia, termino com a sensação que dei o meu melhor e que consegui contribuir um pouco para a formação daquelas crianças.

Tal como referem os autores Lopes & Silva (2010) não é só o aluno a aprender com o professor, mas é também o professor em cada aula que leciona a tornar-se aprendiz do seu próprio ensino. De facto, e como conclusão, as oportunidades proporcionadas pela PES permitiram que agora me aperceba que é extremamente importante o professor/educador fazer uma análise das suas intervenções, avaliando-as e refletindo sobre elas. Só assim é que o professor/educador consegue ter a perceção se a sua prática foi eficaz, e como poderá ainda melhorar as suas estratégias de ensino/aprendizagem, tendo sempre como foco a criança.

***Parte IV – Referências Bibliográficas***

---

## Parte IV - Referências Bibliográficas

---

- Alves, D.M.D. (2010). *Obesidade Infantil – Programa multidisciplinar de intervenção em alunos do 6º ano*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Andersen, M.K., Christensen, B. & Søndergaard, J. (2013). Child overweight in general practice – parents’ beliefs and expectations – a questionnaire survey study. *BMC Family Practice*, 14 (152), 2 – 9.
- Antunes, A., & Moreira, P. (2011). Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes portugueses . *Ata Médica* , 279-284.
- Browning, L.M., Hsieh, S.D., Ashewell, M. (2010). A systematic review of waist-to-height ratio as a screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0.5 could be a -suitable global boundary value. *Nutricion Research Reviews*, 23 (2), 247-269.
- Cabral, R. d. (1999). *O voo de Ícaro - Discursos sobre Educação*. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.
- Carta de Bangucoque. Promoção da Saúde num mundo globalizado. Recuperado a 28-05-2013 de, <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>.
- Carta de Ottawa (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Recuperada a 28-05-2013 de, <http://www.dgfdc.minedu.pt/educacaoosaude/index.php?s=directorio&pid=96>.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Lusociência. Recuperado a 23-05-2013 de, <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5396>.

## Parte IV - Referências Bibliográficas

---

- CECERJ: Fundação CECERJ - Secretaria de Ciência e Tecnologia, Governo do Rio de Janeiro Tecnologia. Acedido em 17 de abril de 2013, em [http://www.cederj.edu.br/fundacao/index.php?option=com\\_content&view=article&id=352:a-importancia-do-estagio-para-sua-carreira&catid=1:noticias&Itemid=7](http://www.cederj.edu.br/fundacao/index.php?option=com_content&view=article&id=352:a-importancia-do-estagio-para-sua-carreira&catid=1:noticias&Itemid=7).
- Chuproski, P., Mello, D.F. (2009). Percepção materna do estado nutricional dos seus filhos. *Revista de Nutrição*, 22 (6), 929 – 936.
- CMVC: Câmara Municipal de Viana do Castelo. Acedido a 10-04-2013 em <http://cm-viana-castelo.pt/>.
- Coelho, R., Sousa, S., Laranjo, M. J., Monteiro, A. C., Bragança, G., & Carreiro, H. (2008). Excesso de Peso e Obesidade - Prevenção na Escola. *Ata Médica Portuguesa*, 341-344.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Medical Research Methodology*, 320, 1240-1243.
- Cole, T.J., Flegal, K., Nicholls, D. & Jackson, A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.39238.399444.55.
- Craveiro, C., Cunha, S. (2007). Publicidade e Alimentação: mistura explosiva. *Nutricias*, 7, 61-64.
- Cunha, S. (2008). *Avaliação da percentagem de massa gorda numa população pediátrica: comparação entre métodos DXA e Antropometria*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Madeira - Departamento de Educação Física e Desporto, Portugal.



## Parte IV - Referências Bibliográficas

---

- Declaração de Helsínquia (2008). Recuperada a 28-05-2013 de, [http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf).
- DGE: Direção Geral de Educação - Ministério da Educação e da Ciência. Acedido em 19-06-2013 em <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=36>.
- De La O, A., Jordan, K.C., Ortiz, K., Mayer – Mileur, L.J., Stoddard, G., Friedrichs, M., Cox, R., Carlson, E.C., Heap, E. & Mihalopoulos, N.L. (2007). Do Parents Accurately Perceive their Child’s weight status? *Journal of Pediatric Health Care*, 23 (4), 216 – 221.
- Dessen, M.A., Polonia, A.C. (2007). A família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*, 17 (36), 21-32.
- Eckstein, K., C., Mikhail, L.M., Ariza, A. J., Thomson, J. S., Millard, S. C., Binns, H. j. (2006). Parents’ Perceptions of Their Child’s Weight and Health. *Pediatrics – Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 117, pp.681-690. Acedido em 29-05-2013 em <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/3/681>.
- Edmunds, L.D. (2005). Parents’ perceptions of health professionals’ responses when seeking help for their overweight children. *Family Practice Advance*, doi:10.1093/fampra/cmh729. Acedido em 29-05-2013 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15772121>.
- Ferreira, F., Mota, J. A., & Duarte, J. (2012). Prevalência de excesso de peso e obesidade em estudantes adolescentes do distrito de Castelo Branco: um estudo centrado no índice de massa corporal, perímetro da cintura e percentagem de massa gorda. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 47–54.

## Parte IV - Referências Bibliográficas

---

- Ferreira, P. N. (2009). *Avaliação antropométrica e hábitos alimentares em alunos do 1º ciclo*. Dissertação de Mestrado em Educação em Ciências no 1º ciclo. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., & Guilherme. (abril de 1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública (U. d.-U. Pública, Ed.)*, 33, 199.
- Freitas, C., Paz, M. d., & Faria, P. (2000). Escola Saudável para Crescer em Saúde. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda, *Educação para a Saúde (2ª ed., pp. 65-71)*. Braga: Departamento de Metodologias em Educação - Universidade do Minho.
- Garnett, S.P, Baur, L.A, Cowell, C.T. (2008). Waist-to-height ratio: a simple option for determining excess central adiposity in young people. *International Journal of Obesity*, 32 (6), 1028 – 1038.
- Giordano, S.A., Sartori, M.L. (2012). Percepción de las madres del estado nutricional de sus niños en una escuela primaria de Cachi (Salta, Argentina). *CIMEL*, 17 (1), 37 – 41.
- Gleitamn, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia (6ª ed.)*. (D. R. Silva, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gregório, M.J., Cavalcanti, D., Vasconcelos, I.A.L., Padrão, P. (2010). Políticas de alimentação e nutrição: Brasil e Portugal. *Alimentação Humana*, 16 (1), 3-14.
- Guerra, A. J.M., (2002). Avaliação Nutricional Infantil. *Orientação Diagnostica em Pediatria*, 1. Lisboa: Lidel, 127-36.

## Parte IV - Referências Bibliográficas

---

- He, M. & Evans, A. (2007). Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? *Canadian Family Physician*, 53, 1493- 1499.
- INSA: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2011). Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil. Lisboa.
- Institute of Education – University of London. (2011). Identifying and tackling the social determinants of child malnutrition in urban informal settlements and slums: a cross national review of the evidence for action. p. 9. Acedido a 05 – 02 – 2014 em [http://www.ioe.ac.uk/Study\\_Departments/Pathways\\_to\\_Better\\_Nutrition\\_Series\\_1\\_Literature\\_Review\\_\\_Pat\\_Pridmore.pdf](http://www.ioe.ac.uk/Study_Departments/Pathways_to_Better_Nutrition_Series_1_Literature_Review__Pat_Pridmore.pdf)
- Jain, A., Sherman, S.N., Chamberlin, L.A., Carter, Y., Powers, S.W., Whitaker, R.C. (2001). Why don't low - income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*, 10, 1138 – 1146.
- Jeffery, A. N., Voss, L.D., Metcalf, B. S., Alba, S., Wilkin, T. J. (2005). Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectorial study within a cohort. *Medical Research Methodology*, 330, 4-23. Acedido a 11-05-2013 em <http://www.bmj.com/content/330/7481/23.pdf%2Bhtml>.
- Lopes, L., Santos, R., Pereira, B., Lopes, V. (2012). *Maternal perceptions of children's weight status*. Blackwell Publishing Ltd, doi:10.1111/j.1365-2214.2012.01380.x.
- Lopes, J., & Silva, H. S. (2010). O professor faz a diferença. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Loureiro, I. (abril de 2002). Vinte Anos de Diagnóstico Precoce. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Caderno da Direção-Geral de Saúde, 1, 20.
- Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. 22. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

## Parte IV - Referências Bibliográficas

---

- Lourenço, A. M., Taquette, S. R., & Hasselmann, M. H. ( 2011). Avaliação nutricional: antropometria e conduta nutricional na adolescência. *Adolescência & Saúde*,8, 51-58.
- Macedo, L., Festas, C., & Vieira, M. ( 2012). Percepções parentais sobre estado nutricional, imagem corporal e saúde em crianças com idade escolar. *Revista de Enfermagem Referência*,6, 191-200.
- Madureira, I. P., & Leite, T. S. (2003). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Universidade Aberta.
- McCarthy, H.D & Ashwell, M. (2006). A study of central fatness using waist-to-height ratios in UK children and adolescents over two decades supports the simple message – ‘keep your waist circumference to less than half your height’. *International Journal of Obesity*, 30, 988 – 992.
- ME: Ministério da Educação (1997). *Orientações Curriculares para a educação pré-escolar*. Lisboa: Ministério da Educação / Departamento de Educação Básica.
- ME: Ministério da Educação (2006). *Organização curricular e programas 1º ciclo do ensino básico*. Lisboa: Ministério da Educação / Departamento de Educação Básica.
- ME: Ministério da Educação (2007). *Programa de Matemática do Ensino Básico*. Lisboa: Ministério da Educação / DGIC.
- ME: Ministério da Educação (2007). *Programa de Português do Ensino Básico*. Lisboa: Ministério da Educação / DGIC.
- Minderico, C., Teixeira, P. (2008). *Nutrição e Alimentação Saudável*. In Teixeira, P., Sardinha, L. B., Barata, J. L. *Nutrição, Exercício e Saúde* (pp. 1 - 82). LIDEL.

## Parte IV - Referências Bibliográficas

---

- Monteiro, N. (2002). *Estudo descritivo e comparativo dos níveis de aptidão física e do autoconceito físico em adultos jovens de ambos os sexos praticantes de atividades de academia*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto – Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Portugal.
- Navarro, M. F. (2000). Educar para a Saúde ou para a Vida? Conceitos e Fundamentos para Novas Práticas. In J. Precioso, F. Viseu, L. Durado, M. T. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda, *Educação para a Saúde* (2ª ed., pp. 13 - 28). Braga: Departamento de Metodologias da Educação - Universidade do Minho.
- O' Neil, M.E., Shewokis, P.A., Falkenstein, K.K., DeLago, C.W., Smith, S.A., Vaughn, N.A., Costigan, T.E. (2010). Psychosocial factors and health perceptions in parents and children who are overweight or obese. *Obesity Journal*, 18 (8), 1558 – 1565.
- Perozzo, G., Olinto, M. T., Dias-da-Costa, J. S., Henn, R. L., Sarriera, J., & Pattussi, M. P. (outubro de 2008). Associação dos padrões alimentares com obesidade geral e abdominal em mulheres residentes no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 2427-2439.
- Rief, S. F., & Heimborg, J. A. (2000). Como ensinar todos os alunos na sala de aula inclusiva (Vol. I). (I. M. Soares, Trad.) Porto: Porto Editora.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGraw - Hill Interamericana.
- Sancho, T., Candeias, A., Mendes, C., Rego, M., Cartaxo, L. (2007, setembro). Promoção da qualidade das refeições em estabelecimentos de educação. *Nutricias*, 7, 43-45.
- Santos, R., Fujão, C. (2003). *Antropometria*. Curso de Pós-graduação: Técnico superior de HST. Évora: Universidade de Évora.

## Parte IV - Referências Bibliográficas

---

- Santos, D. M.V., Chaves, R.N., Souza, M.C, Seabra, A., Garganta, R., Maia, J.A.R. (2010). Taxas de sucesso na aptidão física. Efeitos da idade, sexo, atividade física, sobrepeso e obesidade. *Revista Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 12 (5), 309-315.
- Silva, L. F., Nunes, B., Vieira, C., Nunes, E., Abraão, I., Bento, J., Nira, M., Cordeiro, M., Prazeres, V., Cruz, V., Azeredo, Z.(2002). *Promoção da Saúde* (1ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, J.A., Carvalhal, M.M.I, Reis, V.M., Mota, M.P., Garrido, N.D., Pitanga, F., Marinho, D. (2008). A prevalência do excesso de peso e da obesidade entre crianças portuguesas. *Fitness Performance. J.*, 7 (5), 301 – 305.
- Silva, J. C.N. (2008). *Obesidade Infantil – Que importância para os farmacêuticos*. Porto: Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde.
- Silva, R. (2010). *A obesidade da infância para a adolescência: um estudo longitudinal em meio escolar*. Dissertação de Doutoramento em Estudos da criança, especificação em Saúde da criança. Braga: Universidade do Minho.
- Skafida, V. (2013). The family meal panacea: exploring how different aspects of family meal occurrence, meal habits and meal enjoyment relate to young children’s diets. *Sociology of Health & Illness*, 35, 906 – 923.
- Soares, G. d., Lemos, W. C., Bezerra, R. R., Silva, R. A., & Madeira, M. Z. (2013). Os fatores que influenciam na obesidade infantil: uma revisão da literatura. Obtido em 29 de maio de 2013, de <http://189.75.118.68/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I40163.E10.T7059.D6AP.pdf>

## Parte IV - Referências Bibliográficas

---

- Sousa, B., Almeida, M. (2007). A tendência secular do crescimento: os hábitos alimentares atuais não serão uma grande influência?. *Nutricias*, 7, 37-41.
- Souza, R. R. (2005). Uma proposta construtivista para a utilização de tecnologias em educação. In R. V. Silva, & A. V. Silva, *Educação, Aprendizagem e Tecnologias - Um paradigma para professores do século XXI* (pp. 121 - 138). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Towns, N., D'Auria, J. (2009). Parental perceptions of their child's overweight: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 24, 115-130. Acedido em 10-05-2013 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19268233>.
- UNESCO. (1996). *Educação um tesouro a descobrir - Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI* (1ª ed.). (J. C. Eufrazio, Trad.) Portugal: Edições ASA- Clube do professor.
- Valente, H., Padez, C., Mourão, I., Rosado, V., & Moreira, P. (2010). Prevalência de inadequação nutricional em crianças portuguesas. *Ata Médica Portuguesa*, 365-370.
- Viana, V., Franco, T., Morais, C. (2011). O estado ponderal e comportamento alimentar de crianças e jovens: influências do peso e das atitudes de controlo da mãe. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (2), 267 – 279.
- Warschburger. P. & Kröller, K. (2012). Childhood overweight and obesity: maternal perceptions of the time for engaging in child weight management. *BMC: Public Health*, 12, 1 – 8.
- WHO: World Health Organization. (2004). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee*. Geneva.

## Parte IV - Referências Bibliográficas

---

Young – Hyman, D., Herman, L.J., Scott, D.L., Schlundt, D.G. (2000). Care giver perception of children`s obesity - related health risk: A study of African American Families. *Obesity Research*, 8, 241 – 248.



***Anexos***

---

## Anexo 1

**Exmo. (a)**

**Encarregado (a) de educação**

Como é do seu conhecimento, este ano na nossa sala temos professoras estagiárias da Escola Superior de Educação, do Curso de Mestrado em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1º Ciclo do Ensino Básico. Desta forma, no âmbito da unidade curricular de Métodos e Técnicas de Investigação II, a professora estagiária Sofia Pereira pretende realizar um estudo sobre *as conceções das mães relativas às características antropométricas (peso) dos filhos*.

Para o seu desenvolvimento irá proceder-se à avaliação antropométrica dos alunos, com base na determinação do peso, altura e perímetro da cintura. A recolha destes dados, integrada na atividade letiva habitual, decorrerá na sala de aula no mês de dezembro.

Deste modo, solicitamos, por este meio, a vossa autorização para a participação do seu educando no estudo a cima referido. A informação recolhida tem como única finalidade a realização do estudo a incluir no relatório de estágio, garantindo-se a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

Agradecemos, desde já, a vossa colaboração, manifestando a nossa inteira disponibilidade para prestar qualquer esclarecimento que considere necessário.

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Zulmira Marinho

Prof. estagiária Sofia Pereira

.....  
Viana do Castelo, dezembro de 2012

**Autorização**

Eu, ....., Encarregado de Educação do aluno ....., da turma ....., autorizo a participação do meu educando no estudo que me foi dada a conhecer.

Data: ...../...../2012

.....  
(Assinatura do Encarregado de Educação)

## Anexo 2

### Questionário

No âmbito do estágio do Curso de Mestrado em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1º Ciclo do Ensino Básico, da Escola Superior de Educação de Viana do Castelo, está a ser realizado um estudo que pretende analisar as concepções das mães relativas às características antropométricas (peso) dos filhos.

Assim, agradecemos desde já a sua participação através do preenchimento deste breve questionário. Os dados aqui recolhidos serão única e exclusivamente usados para o estudo em causa, já aprovado pela Professora cooperante Zulmira Marinho da Escola 1 da Avenida, garantindo-se a sua confidencialidade e o anonimato dos inquiridos.

Identificação:

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Local de residência: \_\_\_\_\_

Idade (anos) \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altura (cm) \_\_\_\_\_

Para responder às questões que se seguem assinale com um x a opção selecionada.

1 - Qual das seguintes categorias julga melhor corresponder à condição do seu filho?

- Baixo peso
- Peso normal
- Excesso de peso
- Obesidade

2 – Já alguma vez lhe foi dito pelo médico que o seu filho não tinha um peso adequado?

- Sim
- Não
- Não sei

3 – Quantos dias por semana o seu filho pratica exercício físico durante cerca de 30 minutos?

- 6 a 7 dias
- 3 a 5 dias
- 0 a 2 dias

4 – Em comparação com as outras crianças, acho que o meu filho:

- Gasta menos horas/semana com atividade física
- Gasta as mesmas horas/semana com atividade física
- Gasta mais horas/semana com atividade física

5 – Quando o meu filho corre, normalmente é:

- Mais rápido do que as outras crianças
- Tão rápido quanto as outras crianças
- Mais lento do que as outras crianças

6 – O peso atual do seu filho preocupa-o?

- Sim
- Não
- Não sei

7 - Se achasse necessário, que medidas tomaria para ajudar o seu filho a normalizar o peso?

- Melhorar a alimentação
- Praticar mais atividade física e de forma regular

- Diminuir o tempo despendido com atividades sedentárias (ex: ver televisão, jogar vídeo jogos/computador)
- Todas as anteriores
- Nenhuma das anteriores
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_.

Muito obrigada.