



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CRISTIANE COSTA LOURENÇO

***Alimentação no segundo ano de vida: hábitos, erros e o papel
do Médico de Família***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL MONTEIRO DE CARVALHO E SILVA

MARÇO/2017

Cristiane Costa Lourenço

*Alimentação no segundo ano de vida: hábitos, erros
e o papel do Médico de Família*

Curso de Mestrado Integrado em Medicina
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Rua Nova da Lage nº55 apt.10, 4470-022 Vermoim-Maia
ccris.lourenco@gmail.com

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina, sob orientação científica da Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano e do Professor Doutor José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva.

Índice

Abreviaturas	5
Resumo	6
Abstract	8
Introdução.....	10
Materiais e Métodos	12
Resultados	14
Discussão.....	25
Conclusão	31
Agradecimentos.....	33
Referências Bibliográficas	34
Apêndices	36
▪ Apêndice 1.....	37
▪ Apêndice 2.....	41

Índice de ilustrações

Tabela 1: Caracterização da amostra pelas USF/UCSP colaborantes no estudo.....	14
Tabela 2: Tipo de leite consumido pelas crianças da amostra.....	15
Tabela 3: Preferências de escolha da fonte proteica na alimentação dos filhos e dos pais.....	17
Tabela 4: Estudo correlacional (Spearman) da frequência (freq.) de consumo de alimentos dos pais e filhos. (coeficiente de correlação (C.C.)).....	19
Tabela 5: Frequência de consumo dos vários grupos de alimentos pelas crianças e pelos pais.....	20
Tabela 6: Estudo correlacional (Spearman) da frequência (freq.) de consumo de alimentos nas crianças. (coeficiente de correlação (C.C.)).....	21
Tabela 7: Dificuldade na alimentação e atitudes face a recusa de alimentos.....	22
Tabela 8: Aconselhamento do Médico de família (MF).....	23
Gráfico 1: Consumo de outros laticínios pelas crianças da amostra.....	16
Gráfico 2: Consumo de outros líquidos pelas crianças e pelos pais.....	16
Gráfico 3: Características observadas nos rótulos dos alimentos.....	22
Gráfico 4: Fonte de aconselhamento dos pais.....	23

Abreviaturas

AAP - *American Academy of Pediatrics*

AC - Alimentação complementar

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AM - Aleitamento materno

APN - Associação Portuguesa de Nutricionista

C.C. - Coeficiente de correlação

COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

EPACI - Estudo do Padrão alimentar e de Crescimento Infantil

HC - Hidratos de carbono

IMC - Índice de massa corporal

LDL - Lipoproteína de baixa densidade

LM - Leite Materno

MF - Médico de família

MGF - Medicina Geral e familiar

PNPAS - Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

vs. - versus

Resumo

Introdução: A obesidade Infantil é um problema de extrema importância uma vez que constitui um grande factor de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas que dominam as causas de mortalidade e que têm surgido em idades cada vez mais precoces. Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) o segundo ano de vida é um período muito sensível e de estimulação, que acarreta influências para toda a vida adulta uma vez que o padrão alimentar futuro é estabelecido nesta altura.

Objectivos: Caracterizar os hábitos alimentares de crianças no segundo ano de vida, a influência da alimentação dos pais nesta e o papel do Médico de Família (MF) no aconselhamento alimentar.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo observacional transversal através de um questionário aplicado aos pais de crianças no segundo ano de vida, em Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Região Centro. Os dados foram analisados recorrendo ao SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), *software for windows*, versão 22.0.

Resultados: As crianças incluídas na amostra foram descritas, pelos pais, como estando dentro do peso normal para a idade. O tempo médio de amamentação da amostra foi de $4,7 \pm 5,0$ meses e apenas 29,4% das crianças continuavam a ser amamentadas. A alimentação complementar teve início, em média, aos $5,3 \pm 1,43$ meses e 97,1% das crianças estavam integradas na alimentação familiar. A frequência do consumo de fruta e vegetais foi na maioria das crianças de 2-3 porções diárias, destacando-se 13,2% sem consumo frequente. O consumo de frituras era nulo em 57,4% e os alimentos de alto valor energético e açucarado apresentaram um baixo consumo. Foram encontradas correlações entre a alimentação dos pais e dos filhos em diversas variáveis estudadas. Perante a recusa de um determinado alimento pelos filhos, apenas 7,4% dos pais insistia na aceitação por mais de 6 tentativas. O

aconselhamento com o MF é valorizado e existiu aconselhamento em todas as atitudes questionadas pela maioria dos pais. Foi encontrada relação entre o aconselhamento aos pais do MF e a idade de início da AC das crianças.

Discussão e Conclusão: Verificou-se atitudes fortemente relacionadas com o aumento do risco de obesidade (curto período de aleitamento materno, início da AC precocemente/tardamente, baixo consumo de fruta e vegetais e incremento da oferta proteica) apesar do baixo consumo de alimentos altamente energéticos. Verificaram-se várias associações entre a alimentação dos pais e dos filhos e verificou-se que o MF parece ter impacto e importância para os pais. No final do segundo ano de vida parece ficar definido o padrão alimentar futuro e as crianças começam a demonstrar relutância para provar novos alimentos (neofobia), dessa forma o MF tem uma oportunidade de ouro de intervenção na alimentação infantil, assim como uma oportunidade de modelar a alimentação dos pais face ao que será mais saudável para os filhos. Estudos futuros no âmbito da alimentação e integração familiar são necessários bem como o desenvolvimento de recomendações nacionais para o aconselhamento alimentar nesta fase.

Palavras-Chave: Alimentação ▪ Obesidade infantil ▪ Idade pré-escolar ▪ Segundo ano de vida ▪ Médico de família ▪

Abstract

Background: Childhood obesity is an extremely important problem since it constitutes a major risk factor for the development of chronic diseases that dominate the causes of mortality and which have appeared at an earlier age. According to the Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), the second year of life is a very sensitive period of stimulation that influences the adult life since the future food pattern is established at this period.

Purpose: To characterize the eating habits of children in the second year of life, the influence of parents' eating habits and the role of the family doctor in food counseling.

Methods: A cross-sectional observational study was conducted through a questionnaire applied to the parents of children in the second year of life, in Family Health Units and Personalized Health Care Units of the Central Region. The data were analyzed using the SPSS[®] (Statistical Package for the Social Sciences), software for windows, version 22.0.

Results: The children included in the sample were described by the parents as being within normal weight for age. The mean time of breastfeeding of the sample was $4,7 \pm 50$ months and only 29,4% of the children continued to be breastfed. Complementary feeding began on average at $5,3 \pm 1,43$ months and 97.1% of the children were integrated into the family diet. The frequency of fruit and vegetable consumption was in the majority of the children of 2-3 servings daily, standing out 13,2% without daily consumption of vegetables. The consumption of fried foods was absent in 57,4% and foods with high dose of energy and sugars were low consumption. Correlations were found between the diet of parents and their children in several variables studied. With the refusal of a given food by the children, only 7.4% of the parents insisted on acceptance for more than 6 attempts. Counseling with family doctor is valued and counseling existed in all attitudes questioned by most of the parents. It was found a relationship between counseling to the family doctor's parents and the age of beginning the complementary feeding of the children.

Discussion and Conclusion: Attitudes strongly related to the increased risk of obesity (short breastfeeding period, beginning of complementary feeding early / late, low fruit and vegetable intake and increased protein supply) were observed despite the low consumption of high energy foods. There were several associations between the feeding of the parents and the children and it was verified that the family doctor seems to have an impact and importance for the parents. At the end of the second year of life the future food pattern seems to be set and children begin to reluctantly try new foods (neophobia), so the family doctor has a golden opportunity to intervene in infant feeding, but also an opportunity to model the parents' nutrition in the face of what will be healthier for the children. Future studies in food and family integration are needed as well as the development of national recommendations for food counseling at this stage.

Keywords: Feeding ▪ Childhood obesity ▪ Preschool age ▪ Second year of life ▪ Family doctor ▪

Introdução

A obesidade infantil é considerada a doença pediátrica mais prevalente a nível Mundial (1), correspondendo a um dos maiores problemas da Saúde Pública do século XXI.(2) Actualmente, a sua taxa de crescimento tem-se mantido estável, acrescentando 400,000 crianças por ano, aos já existentes 45 milhões com excesso de peso.(2) Portugal situa-se dentro dos países com maior prevalência de obesidade infantil, sendo desta forma urgente a actuação para combater e prevenir este problema.(2-4) Assim, foi criado o *Childhood Obesity Surveillance Initiative- Portugal* (COSI-Portugal), um programa nacional de vigilância, monitorização e identificação de grupos de risco (2-4) mas também o Estudo do Padrão alimentar e de Crescimento Infantil (EPACI) (5), o Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) (6) e a Geração XXI.

As causas para a obesidade infantil são complexas uma vez que muitos factores influenciam o crescimento, o índice de massa corporal (IMC) e a composição corporal como os hábitos alimentares, a pratica de exercício físico, a publicidade alimentar, a alimentação parental, entre outros.(7,8) Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) a alimentação até aos 4-6 meses de idade deve ser através do aleitamento materno exclusivo, a partir dos 6 meses deverá ter início a alimentação complementar (AC) e sua diversificação seguindo, para isso, as suas normas de aconselhamento e, aos 12 meses a criança deverá estar integrada na dieta familiar.(9) O aleitamento materno está aconselhado a ser mantido durante todo o período de início da alimentação complementar (9) até ao segundo ano de vida (10). O período de diversificação alimentar é um período de descoberta de novos alimentos e novos sabores para a criança, um período muito sensível de estimulação que acarreta influências para toda a vida adulta, sendo o padrão alimentar futuro estabelecido no segundo ano de vida.(10-12) Por isso, a alimentação durante a primeira infância é uma das áreas onde a escolha parental pode ter influência significativa a curto e a longo prazo no status de peso da

criança (7,13,14). A inexistência de recomendações nacionais adaptadas pode explicar a falta de consenso no aconselhamento alimentar infantil (15) e as recomendações focam-se muito no 1º ano de vida, deixando a alimentação posterior integrada nas recomendações familiares.

Muitos estudos relatam um baixo consumo de frutas, legumes e micronutrientes (vitamina D, ferro, iodo, etc.) face a um elevado consumo de proteínas, gorduras saturadas e comidas e bebidas açucaradas compondo a alimentação das crianças na primeira infância.(11,16) Estes hábitos têm sido associados a um maior risco de desenvolvimento de obesidade infantil (16) levando a um maior risco de desenvolvimento de doenças relacionadas tais como as doenças cardiovasculares (dislipidémia, hipertensão arterial, etc.) e também doenças neoplásicas.(7,13,16) Em Portugal, apesar do maior foco na alimentação do primeiro ano de vida, estes hábitos de risco foram documentados no 2º/3ºano (5), verificou-se associação negativa entre o consumo de alimentos de elevado teor energético no 2ºano e a qualidade da alimentação aos 4 anos mas sem associação com o IMC aos 4 anos (17).

O médico de família (MF) possui papel importante na prevenção da obesidade infantil podendo actuar em dois campos: primeiro, no reconhecimento de crianças em risco, seu aconselhamento e posterior monitorização e, segundo, na prevenção primária através dos pais, aconselhando-os a manter uma boa alimentação bem como outras escolhas para uma vida saudável, que irão conduzir estas aprendizagens e hábitos para toda a família.

O presente estudo teve como objectivo caracterizar o consumo alimentar de crianças no segundo ano de vida, assim como a caracterização da alimentação dos pais e perceber a sua relação e, ainda, avaliar quais os principais erros alimentares nesta fase e perceber a influência do papel do MF no aconselhamento alimentar nesta mesma altura.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal utilizando um questionário de perguntas e respostas simples elaborado para o efeito.

O questionário foi construído tendo por base um estudo realizado no Rio de Janeiro por Juliana Oliveira *et al.* (18) e adaptado com a ajuda de um painel de peritos: duas Médicas de Família, uma Médica pediatra e uma Nutricionista de Cuidados de Saúde primários. Era constituído por três partes: a primeira com perguntas direccionadas aos alimentos fornecidos à criança, o seu modo de preparação ou outro tipo de cuidado, a segunda parte por perguntas referentes à alimentação dos pais e um último grupo com perguntas acerca da relação do MF e o aconselhamento a nível alimentar (Apêndice 1). O questionário foi preenchido pelos pais de crianças no segundo ano de vida que aceitaram participar após consentimento informado (Apêndice 2) no final da Consulta de seguimento de Saúde Infantil.

O estudo foi aplicado em Unidades de Saúde Familiar (USF) e em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Região Centro do País, nomeadamente do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Mondego e Dão Lafões, tendo sido convidados todos os pertencentes a estes ACES e foram incluídos todos os que aceitaram colaborar. Foram entregues questionários nas USF/UCSP colaboradoras, sendo o período de colheita o mês de janeiro de 2017. A amostra necessária para o estudo foi calculada fazendo recurso ao site <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm> obtendo-se um número de 94 crianças, com intervalo e nível de confiança de 10% e 95%, respectivamente. Os critérios de exclusão corresponderam a crianças com dieta específica por alguma doença.

Análise Estatística

Os dados foram analisados recorrendo ao SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), software para *Macintosh Operating system*®, versão 22.0. A estatística descritiva consistiu na apresentação de frequências para as diversas variáveis qualitativas e quantitativas discretas bem como no cálculo da média e desvios-padrão para as variáveis quantitativas contínuas. Foi realizada estatística inferencial através do teste do Qui-Quadrado (X^2) para variáveis nominais e através da correlação de spearman (ρ_s) para variáveis ordinais, de forma a estudar associações entre variáveis alimentares dos filhos *versus* (*vs.*) dos pais e associações no aconselhamento com o MF e atitudes alimentares das crianças da amostra. O valor de significância (ρ) foi considerado inferior a 0,05.

Resultados

Obtiveram-se 69 questionários preenchidos das dez USF/UCSP colaboradoras. A caracterização das USF/UCSP colaborantes no estudo bem como o número de questionários conseguidos por cada uma encontra-se apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da amostra pelas USF/UCSP colaborantes no estudo.

	USF/UCSP colaborante	Número de questionários
ACES Dão Lafões	USF Rio Dão	9
	USF Lusitana	19
ACES do Baixo Mondego	USF Penela	2
	USF Cruz de celas	12
	UCSP Mealhada	4
	USF Marquês de Marialva	5
	UCSP Fernão Magalhães	1
	USF Araceti	8
	USF Mondego	6
	USF Briosa	3
	Total	69

I. Caracterização da amostra

Dos 69 questionários entregues um deles foi excluído por a criança se encontrar a fazer uma dieta específica por motivo de doença. Desta forma, o estudo foi realizado com uma amostra de 68 crianças elegíveis. Destes 68, apenas 27 preencheram o campo "Data de Nascimento da criança" sendo a idade mínima verificada de 15 meses e a máxima de 22 meses de vida. A amostra total (100%) foi descrita, pelos pais, como estando dentro do peso normal para a idade.

II. A alimentação das crianças e dos pais

Relativamente a aleitamento materno a grande maioria (70,6%) das crianças não se encontrava a ser amamentada, sendo o tempo médio de amamentação de $4,7 \pm 5,0$ meses. Foi

amamentada durante um período inferior a 6 meses 33,8% da amostra e 5,9% não foi amamentada nem durante o primeiro mês de vida.

Acerca da AC a média do início foi aos $5,3 \pm 1,43$ meses. A maioria fizeram-no entre os 4-6 meses (89,6 %) mas 1,5% fez antes dos 4 meses e 8,8% depois dos 6 meses de idade.

Já estavam integradas na alimentação familiar 97,1% das crianças da amostra sendo que a quantidade oferecida de alimentos foi em 98,5% casos de menor quantidade comparativamente à dos adultos.

Foi perguntado aos inqueridos se os seus filhos ingeriam outro tipo de leite dos quais 76,5% responderam que "Sim", sendo que apenas 8 crianças se encontravam a fazer leite materno (LM) concomitante com outro leite (11,8%) e 23,5% responderam que "Não" havendo 13 casos cujas crianças faziam apenas LM (19,1%) (Tabela 2).

Tabela 2: Tipo de leite consumido pelas crianças da amostra.

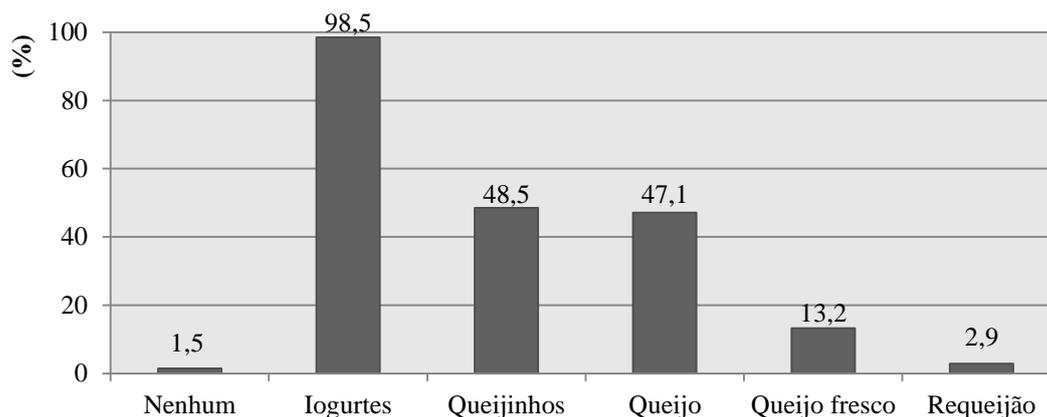
	Outro leite	Sem outro leite	Total
	Percentagem % (n)		
LM	11,8 (8)	19,1 (13)	30,9 (21)
Sem LM	64,7 (44)	4,4 (3)	69,1 (47)
Total	76,5 (52)	23,5 (16)	100 (68)

Quanto a caracterização do leite consumido, 13,5% dos inquiridos que davam outro tipo de leite não responderam a essa questão mas, dos que responderam o leite mais consumido foi o leite de vaca (57,7%) seguindo-se o leite de transição (17,3%), sendo o leite de crescimento o menos consumido (11,5%).

Apenas uma criança da amostra não ingere outro tipo de leite nem qualquer outro laticínio, fazendo somente aleitamento materno. Os restantes casos (98,5%) faziam o consumo de outros laticínios onde o iogurte era consumido pela totalidade destes casos e os queijinhos (tipo iogolino, danoninho, etc.) foram os segundos mais consumidos (48,5%)

(Gráfico 1). Ainda, 83,8% dos casos que consumiam outros laticínios não o faziam como sobremesa do almoço/jantar mas, pelo contrário, 14,7% das crianças o fazia. O consumo de laticínios (leite e outros) é realizado em 4 momentos do dia por 11,8% das crianças (Tabela 3).

Gráfico 1: Consumo de outros laticínios pelas crianças da amostra.



Relativamente a ingestão de outros líquidos 100% consumia água enquanto 10,3% consumia sumo de pacote e 1,5% dos casos ingeria refrigerantes (Gráfico 2). A água tal como nas crianças é consumida por todos os pais inqueridos, contrariamente aos sumos de pacote, café ou refrigerantes que possuem nos pais um consumo superior, podendo ser, neste último caso, até 11 vezes superior ao dos seus descendentes, como é o caso do último referido (Gráfico 2).

Gráfico 2: Consumo de outros líquidos pelas crianças e pelos pais.

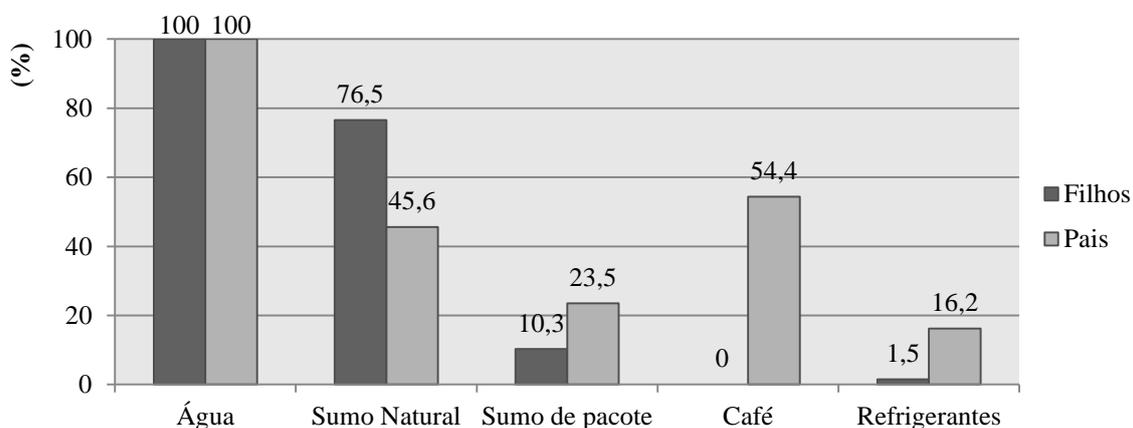


Tabela 3: Frequência de consumo dos vários grupos de alimentos pelas crianças e pelos pais.

			0	1x	2-3x	4x	>4x	ρ
			Porcentagem % (n)					
Frequência diária do consumo	HC	Filhos	-	10,3 (7)	85,3 (58)	4,4 (3)	-	0,001
		Pais	-	10,3 (7)	86,8 (59)	2,9 (2)	-	
	Vegetais	Filhos	13,2 (9)	11,8 (8)	75,0 (51)	-	-	0,263
		Pais	7,4 (5)	30,9 (21)	58,8 (40)	2,9 (2)	-	
	Fruta	Filhos	2,9 (2)	5,9 (4)	83,8 (57)	7,4 (5)	-	0,004
		Pais	7,4 (5)	11,8 (8)	76,5 (52)	4,4 (3)	-	
Laticínios	Filhos	2,9 (2)	14,7 (10)	70,6 (48)	11,8 (8)	-	-	
	Pais	-	-	-	-	-		
Frequência semanal do consumo	Leguminosas	Filhos	17,6 (12)	25,0 (17)	50,0 (34)	2,9 (2)	4,4 (3)	< 0,001
		Pais	5,9 (4)	22,1 (15)	67,6 (46)	2,9 (2)	1,5 (1)	
Frequência mensal do consumo	Frituras	Filhos	57,4 (39)	33,8 (23)	8,8 (6)	-	-	< 0,001
		Pais	25,0 (17)	41,2 (28)	32,4 (22)	1,5 (1)	-	
	<i>Fast-food</i>	Filhos	95,6 (65)	4,4 (3)	-	-	-	0,058
		Pais	25,0 (17)	63,2 (43)	11,8 (8)	-	-	
	Rebuçados e Gomas	Filhos	82,4 (56)	7,4 (5)	5,9 (4)	4,4 (3)	-	0,001
		Pais	82,4 (56)	7,4 (5)	5,9 (4)	1,5 (1)	2,9 (2)	
	Bolos	Filhos	63,2 (43)	27,9 (19)	5,9 (4)	1,5 (1)	1,5 (1)	< 0,001
		Pais	44,1 (30)	20,6 (14)	27,9 (19)	2,9 (2)	4,4 (3)	
	Bolachas	Filhos	22,1 (15)	5,9 (4)	22,1 (15)	10,3 (7)	39,7 (27)	< 0,001
		Pais	20,6 (14)	5,9 (4)	30,9 (21)	11,8 (8)	30,9 (21)	
	Gelados	Filhos	75,0 (51)	19,1 (13)	5,9 (4)	-	-	< 0,001
		Pais	69,1 (47)	22,1 (15)	8,8 (6)	-	-	

Foi questionado o tipo de alimentos utilizados pelos pais para a alimentação do seu filho, se eram mais frescos ou industrializados sendo que 100% respondeu utilizar mais frequentemente alimentos frescos preparados em casa. Já na sua própria alimentação 2,9% dos pais referiu maior consumo de alimentos industrializados.

A quase totalidade das crianças (97,1%) e dos pais (98,5%) consomem fruta crua. O consumo de sopa está presente em todas as crianças sendo que em 55,9% das crianças ingere-a, ainda, com fontes de proteína (carne, peixe e etc.) adicionadas. Em 67,6% das crianças o consumo de vegetais é feito unicamente através da sopa, não os consumindo de forma crua. De entre estes, o espinafre faz parte da rotina alimentar de 72,1 % das crianças. A frequência do consumo de fruta e vegetais foi na maioria das crianças de 2-3 porções diárias mas é de destacar que 13,2% das crianças não consomem diariamente vegetais. Nos pais, a ingestão de sopa ocorre em quase a totalidade da amostra (98,1%), os vegetais crus são consumidos pela maioria dos pais questionados mas 13,2% não o faz. Foi encontrada correlação entre o consumo de fruta e vegetais dos pais e o consumo de fruta dos filhos sendo que o consumo regular de fruta pelas crianças estava associado a consumo frequente de fruta ($\rho=0,004$) e de vegetais pelos pais ($\rho=0,009$) (Tabela 3 e 4).

As leguminosas apresentaram uma frequência de consumo muito variável nas crianças, desde os que não incluíam na alimentação (17,6%) até a um consumo superior a 4 vezes por semana (4,4%) (Tabela 3). O feijão é uma escolha em mais de metade das crianças que ingerem leguminosas (66,1%) (Tabela 3). Nos pais, as leguminosas, inclusive o feijão, estão mais presentes na sua rotina alimentar (95,6%) (Tabela 3). Foi encontrada relação significativa directa no consumo de feijão e na frequência de consumo de leguminosas entre os pais e os filhos ($\rho<0,001$) (Tabela 3).

Tabela 4: Estudo correlacional (Spearman) da frequência (freq.) de consumo de alimentos dos pais e filhos. (coeficiente de correlação (C.C.)).

		Pais							
		Freq. vegetais	Freq. frituras	Freq. <i>fast-food</i>	Freq. rebuçados e gomas	Freq. bolos	Freq. bolachas	Freq. gelados	
Filhos	C.C. ρ	Freq. fruta	0,315 0,009	- -	- -	- -	- -	- -	
	C.C. ρ	Freq. frituras	- -	0,449 $\leq 0,001$	- -	- -	- -	0,361 0,003	
	C.C. ρ	Freq. rebuçados e gomas	- -	- -	- -	0,404 0,001	0,292 0,016	- -	0,501 $\leq 0,001$
	C.C. ρ	Freq. bolos	- -	- -	0,262 0,031	0,362 0,002	0,423 $\leq 0,001$	- -	0,357 0,003
	C.C. ρ	Freq. bolachas	-0,263 0,030	- -	0,245 0,044	- -	- -	0,419 $\leq 0,001$	- -
	C.C. ρ	Freq. gelados	- -	- -	- -	0,339 0,005	0,346 0,004	0,595 $\leq 0,001$	- -

Relativamente ao consumo de proteínas pelos filhos, o ovo não corresponde a uma escolha em 5,9% dos casos sendo a fonte proteica de eleição as carnes brancas (91,2%) seguida do peixe (76,5%) (Tabela 5), sendo apresentada da forma tradicional (no prato principal) na quase totalidade das crianças (97,1%). O fígado é consumido por uma minoria da amostra (2,9%). Relativamente às preferências da fonte de proteína na alimentação dos pais, os resultados são semelhantes excepto o da carne vermelha (Tabela 5), estando o ovo presente na dieta na mesma percentagem dos casos, contrariamente ao fígado (30,9% vs 2,9%). Foram encontradas correlações significativas ($\rho < 0,001$) entre as escolhas proteicas dos filhos e pais, excepto no caso da carne branca (Tabela 5).

Tabela 5: Preferências de escolha da fonte proteica na alimentação dos filhos e dos pais.

	Filhos	Pais	P
	Porcentagem % (n)		
Ovo	33,8 (23)	48,5 (33)	< 0,001
Carne branca	91,2 (62)	91,2 (62)	0,084
Carne vermelha	10,3 (7)	32,4 (22)	< 0,001
Peixe	76,5 (52)	77,9 (53)	< 0,001

Alimentos ricos em hidratos de carbono (HC) tinham uma frequência diária de consumo comum entre os pais e filhos estando significativamente ($\rho=0,001$) correlacionadas (Tabela 3).

O consumo de cereais denominados como "cereais de pequeno-almoço" foi, também, estudado nas crianças, estando presente nos seus hábitos alimentares em 32,4%. O cereal mais consumido foi a papa em 33,8% seguida dos integrais sem açúcar em 4,4% e, por fim, os açucarados em apenas 2,9%.

O consumo de frituras era ausente em grande parte das crianças (57,4%) embora 33,8% consumisse uma vez por semana. A maioria dos pais (41,2%), possuía um consumo regular semanal de frituras estando ausente em 25,0%. Neste grupo de alimentos foi observada correlação significativa ($\rho<0,001$) na frequência do consumo nos pais e filhos (Tabela 3).

O consumo de alimentos de alto valor energético e açucarado tais como *fast-food*, rebuçados/gomas, bolos, bolachas e gelados foi estudado, sendo que o alimento deste grupo referido como mais consumido foram as bolachas (77,9%), numa frequência mensal superior a 4 vezes (39,7% dos casos) enquanto o *fast-food* é apenas consumido por 4,4% e numa frequência mensal de 1 vez (Tabela 3). Foram encontradas correlações significativas ($\rho<0,001$) no consumo mútuo destes alimentos, onde crianças com maior consumo de

gelados estavam associadas, também, a um frequente consumo de *fast-food*, bolos, rebuçados e gomas e até de frituras (Tabela 6).

Tabela 6: Estudo correlacional (Spearman) da frequência (freq.) de consumo de alimentos nas crianças. (coeficiente de correlação (C.C.))

		Freq. <i>fast-food</i>	Freq. rebuçados e gomas	Freq. bolos	Freq. gelados
C.C.	Freq. fritura	-	0,308	0,245	0,449
P		-	0,011	0,044	< 0,001
C.C.	Freq. gelados	0,381	0,747	0,532	-
P		0,001	< 0,001	< 0,001	-

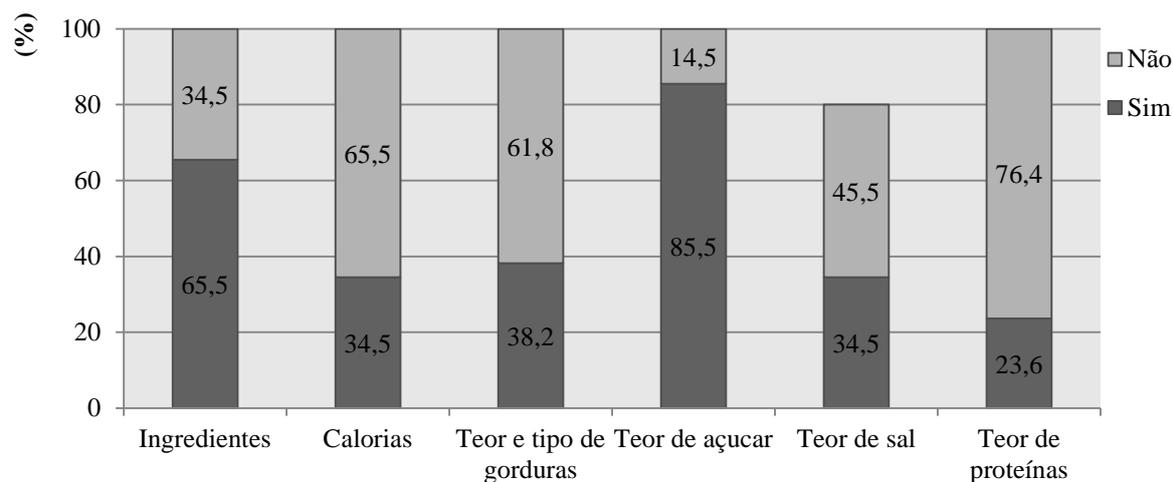
Dentro deste grupo de alimentos, também se verificou associações entre o consumo nos pais e nos filhos, onde pais com maior ingestão de *fast-food* estavam associados a filhos com maior ingestão de bolos ou bolachas ($\rho=0,031$ e $\rho=0,044$, respectivamente) (Tabela 4). Por outro lado, também se verificou que o consumo frequente de vegetais pelos pais está relacionado significativamente com filhos com menor ingestão de bolachas ($\rho=0,03$) (Tabela 4).

III. Os pais e os cuidados com a alimentação dos filhos

Apenas 38,2% dos pais admitiram alguma mudança na sua prática alimentar devido ao seu filho e a generalidade (94,1%) considera a sua alimentação saudável. Dos pais inquiridos 7,4% refere ter excesso de peso, 1,5% refere ter dislipidémia, não havendo auto-referidos como diabéticos ou hipertensos na amostra do estudo.

Admitiram ter o cuidado de ler os rótulos dos alimentos 80,9% dos pais aquando da compra e destes as características mais observadas correspondem ao teor de açúcar (85,5%) seguida da lista de ingredientes (65,5%) (Gráfico 3).

Gráfico 3: Características observadas nos rótulos dos alimentos.



Os pais consideraram 13,2% das crianças como tendo dificuldade a alimentar-se, sendo que a atitude mais frequente dos pais perante a recusa de um determinado alimento era a persistência de tentativas em mais de 6 vezes (7,4%) ou entre 3-6 vezes (2,9%) (Tabela 7).

Tabela 7: Dificuldade na alimentação e atitudes face a recusa de alimentos.

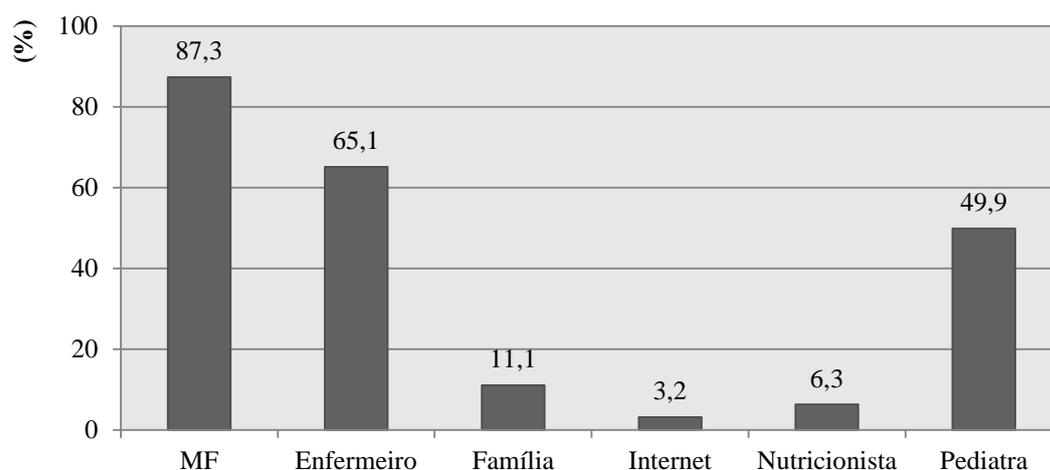
	Com dificuldade	Sem dificuldade	Total
	Porcentagem % (n)		
Exclui alimento	1,5 (1)	11,8 (8)	13,2 (9)
Tento até 3x	1,5 (1)	39,7 (27)	41,2 (28)
Tento até 6x	2,9 (2)	19,1 (13)	22,1 (15)
Tento >6x	7,4 (5)	16,2 (11)	23,5 (16)
Total	13,2 (9)	86,8 (59)	100 (68)

IV. Aconselhamento do MF

A totalidade dos pais considera importante o aconselhamento sobre a alimentação do seu filho junto do seu MF mas um dos casos admitiu não partilhar as suas dúvidas.

Foi questionada a fonte de aconselhamento que os pais mais seguiam e/ou valorizavam, 7,4% dos inqueridos não responderam a questão mas dos que responderam o MF foi o mais valorizado (87,3%) seguido do enfermeiro (65,1%) (Gráfico 4).

Gráfico 4: Fonte de aconselhamento dos pais.



Na última consulta de seguimento de Saúde Infantil, os pais referiram 94,1% dos MF e 85,3% dos enfermeiros como tendo falado sobre a alimentação dos filhos com eles.

Na Tabela 8, estão apresentadas diversas situações perante as quais os pais foram questionados se houve ou não aconselhamento por parte do MF. O tema mais abordado foi o do início da AC (98,5%), enquanto o esclarecimento sobre alimentos ditos "para bebé" (alimentos industrializados e com alto teor de açúcares) corresponde ao tópico menos explorado pelo MF nas consultas (41,2%), seguido da textura dos alimentos a oferecer (38,2%) e da atitude a tomar perante dificuldades na AC (35,3%).

Tabela 8: Aconselhamento do Médico de família (MF).

	Sim	Não
	Percentagem % (n)	
Duração da amamentação	89,7 (61)	10,3 (7)
Início da alimentação complementar	98,5 (67)	1,5 (1)
Início da introdução de novos alimentos	95,6 (65)	4,4 (3)
Perante dificuldades na alimentação complementar	64,7 (44)	35,3 (24)
No modo de preparado e confecção de determinados alimentos	72,1 (49)	27,9 (19)
Na textura dos alimentos oferecidos	61,8 (42)	38,2 (26)
Na frequência de consumo dos variados grupos de alimentos	82,4 (56)	17,6 (12)
Nos alimentos a evitar	94,1 (64)	5,9 (4)
No esclarecimento para a compra de alimentos ditos "para bebé"	58,8 (40)	41,2 (28)
Em todas as consultas após verificar o peso do bebé	83,8 (57)	16,2 (11)

V. Alimentação da criança vs aconselhamento do MF

Foi estudada a associação entre a existência de aconselhamento pelo MF com possíveis erros cometidos pelos pais, nomeadamente, com o tempo de amamentação, a idade de início da AC, o aconselhamento sobre texturas dos alimentos oferecidos, na atitude perante dificuldades na AC, e, ainda nos alimentos a evitar (alimentos de elevado teor energético e de açúcar).

Foi encontrada, apenas, associação entre o aconselhamento do MF e o início da AC, no sentido em que o único progenitor que referiu não ter tido aconselhamento do MF sobre o início da AC, fez a introdução da AC de forma mais precoce (aos 3 meses) comparativamente aos outros que a iniciaram aos 5 meses ($p=0,029$).

Discussão

Neste estudo nenhuma criança foi, descrita pelos pais como estando fora do peso ideal para a sua idade, diferente do estudo nacional realizado pelo grupo EPACI em 2012, que por métodos antropométricos verificou desnutrição em 0,4%; excesso de peso 25,2% e obesidade em 6,1% das crianças (5).

A média de tempo de amamentação das crianças estudadas foi de $4,7 \pm 5,0$ meses, onde 33,8% foi amamentada durante um período inferior aos seis meses embora uma percentagem significativa (29,4%) ainda estivesse a ser amamentada. Estes resultados, bem como os encontrados no projecto EPACI (5), mostram que o período de amamentação está longe das recomendações da SPP. As crianças nas quais não foram cumpridas essas recomendações perdem as vantagens do contacto prolongado com o LM, nomeadamente uma maior facilidade na aceitação dos diversos alimentos e protecção associada a diabetes tipo 1/2 e obesidade (9–13,19) que está associada a uma maior prevalência de doenças crónicas como as neoplásicas e cardiovasculares (7,13).

O início da AC está recomendado entre os 4-6 meses de idade. A maioria da amostra (89,7%) cumpriu as recomendações mas é de salientar que 8,8% fizeram-no mais tardiamente e 1,5% precocemente. Estes resultados foram próximos aos encontrados no projecto EPACI onde 90,5% cumpriu as recomendações mas percentagens similares fizeram-no precocemente/tardiamente (4,5 e 5,1%, respectivamente) (5). O início precoce da AC está associado a uma menor duração do aleitamento materno (AM), a interferência na absorção de nutrientes importantes presentes no leite humano como o ferro e o zinco (20), mas também a um maior risco de infecções, alterações no crescimento e maior risco de obesidade (19,21). Pelo contrário, o início tardio pode comprometer o crescimento e desenvolvimento da criança também pelo maior risco de desnutrição e de défices em micronutrientes.(19–21)

Aos 12 meses, a SPP recomenda que a criança já esteja integrada na alimentação familiar. A não integração na alimentação familiar, verificada em 2,9% na amostra estudada, pode dever-se a uma dificuldade na aceitação dos variados grupos de alimentos, dos diversos sabores e texturas. Uma percentagem significativa das crianças da amostra não fazia a ingestão de vegetais crus (67,6%) e 2,9% não ingeriam fruta crua nem faziam o consumo de proteína na forma tradicional (no prato principal), daqui se pode presumir uma oferta precária de texturas alimentares que, no segundo ano de vida, já deveriam estar incluídas na dieta (9,12). A não estimulação das variadas texturas dos alimentos é prejudicial ao desenvolvimento do aparelho oro-motor mas também acarreta influências na preferência alimentar futura e na aceitação de novos alimentos.(12)

O consumo de vegetais foi, em 75% da amostra, feito em 2-3 porções diárias e de igual forma para a fruta em 83,8%, cumprindo as recomendações da Associação Portuguesa de Nutricionistas (APN) (22) para a ingestão de 5 porções diárias de fruta e/ou vegetais, contrariamente ao panorama do estudo nacional, onde apenas 50% cumpria estas recomendações (5). Mas, é de salientar que 13,2% das crianças não faz de todo a ingestão diária de vegetais e 2,9% de fruta. Crianças com baixo consumo de frutas e vegetais estão mais associadas a composição corporal indesejável ou a excesso de peso na idade pré-escolar (11) e a maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e alguns tipos de cancro (6).

Relativamente ao consumo proteico das crianças estudadas, o consumo de laticínios foi em 70,6% dentro do recomendado - 2/3 porções (22) - sendo que 14,7% o fazia como sobremesa ao almoço/jantar, hábito que está associado a diminuição de absorção de nutrientes, essencialmente do ferro (9). A maioria da amostra (57,7%) faz consumo de leite de vaca como está recomendado pela *American Academy of Pediatrics* (AAP) de forma a suportar a necessidade proteica acrescida pelo rápido crescimento e desenvolvimento da

criança no segundo ano de vida (11). Comiam sopa com fontes de proteínas adicionadas 55,9% das crianças, 97,1% fazia a ingestão desta na sua forma tradicional e 11,8% ingeriam 4 porções de laticínios, isto faz-nos pressupor que poderá haver um consumo elevado de proteínas que está associado a um maior risco de desenvolvimento de obesidade (13). No projecto EPACI, verificou-se um consumo proteico duas vezes superior ao recomendado, principalmente pelo elevado consumo de leite e derivados nas crianças entre os 12-23 meses.(5)

O consumo de alimentos de elevado teor energético (rico em gorduras e/ou açúcar) como os fritos, *fast-food*, rebuçados e gomas, bolos, bolachas, bebidas açucaradas (refrigerantes e sumos de pacote) foi, de uma forma geral, baixo. No que concerne a bebidas açucaradas, 11,8% das crianças deste estudo consumiam-nas, contudo não foi avaliada a sua frequência. Percentagens semelhantes do consumo destas bebidas foram encontradas no projeto EPACI (5). De alertar que o consumo frequente de um destes alimentos foi associado a maior consumo de outro, do mesmo grupo, ou seja, a abertura ao consumo de um deles parece abrir um leque de opções de alimentos ligados ao desenvolvimento de excesso de gordura corporal como também circulante (LDL-lipoproteína de baixa densidade) (11,13,16). Por outro lado, a introdução precoce de alimentos ricos em açúcar, estimulando o paladar neste sentido, está associado a preferência futura destes alimentos e a um perfil de desnutrição por serem alimentos de elevado teor calórico mas com baixo teor de micronutrientes e fibras.(16)

Os micronutrientes não foram avaliados de forma quantitativa mas, de forma indirecta, foi questionado o consumo de alimentos com grande poder nutritivo, tais como, o espinafre e o feijão consumido pela maioria das crianças (72,1% e 54,4%, respectivamente) e do fígado, que não era ingerido pela maioria (97,1%). A carne vermelha foi a fonte de proteína preferível nas crianças em 10,3% dos casos.

Das crianças consideradas com dificuldade em alimentar-se, os pais procuravam insistir na aceitação do alimento, enquanto que a exclusão por parte dos pais dos alimentos recusados pelas crianças, se associavam a crianças livres de dificuldades. A SPP afirma que se deve encorajar a persistência dos pais para a aceitação dos alimentos, sendo precisas em média 11 tentativas para que finalmente se tenha sucesso (9), na amostra estudada apenas 23,5% dos pais tentava mais do que 6 vezes. Nestes casos, o médico de família poderá ter um papel importante no aconselhamento. Verificámos que 35,5% não tinham tido aconselhamento sobre este tópico.

Os pais têm um papel central na modulação alimentar, por um lado, porque são tidos pelos filhos como um exemplo a seguir e, por outro, porque os filhos alimentam-se do que lhes é oferecido e do modo como lhe é preparado (12–14,23). No presente estudo a relação entre a alimentação dos pais e dos filhos foi comprovada em muitas das variáveis estudadas, nomeadamente, no consumo de fruta, vegetais-fruta, vegetais-bolachas, feijão, HC, leguminosas, frituras e em cada um dos alimentos de alto valor energético mas, também, entre eles e, por fim, na preferência da escolha proteica (excepto na carne branca). Assim, comprovou-se a grande influência que os pais têm na alimentação dos filhos. No final do segundo ano de vida parece ficar definido o padrão alimentar futuro (10–12), e as crianças começam a demonstrar relutância para provar novos alimentos (neofobia) podendo algumas crianças ter comportamentos fortes de evitação (12). Deve-se tirar partido da plasticidade das crianças e da oportunidade para programar os hábitos futuros no sentido de uma vida saudável (11). Dessa forma, o MF tem, nesta fase, uma oportunidade de ouro de intervenção na alimentação infantil mas, devido ao papel determinante dos hábitos parentais na alimentação dos filhos, tem, também, uma oportunidade de modelar a alimentação dos pais face àquilo que será mais saudável para os filhos. Neste estudo, 38,2% dos pais admitiram alguma mudança na sua prática alimentar devido ao seu filho.

A MGF é uma área médica vasta que prima pelo cuidado integral de toda a família, em todas as gerações, e que actua não somente em cuidados gerais mas também personalizados e individualizados a cada membro da família. A família funciona como um todo onde a personalidade, a alimentação e a saúde de cada um influênciam a dos outros e, por este motivo, a actuação através dos pais possui uma dupla vantagem permitindo quebrar o padrão cíclico pais-filhos de maus hábitos. Os pais da amostra em estudo valorizaram a opinião do MF primariamente à de muitos outros profissionais ou a outras fontes de aconselhamento, contrariamente ao verificado no projecto EPACI onde apenas 50,4% refere um aconselhamento feito maioritariamente pelo MF/enfermeiro. Isto indica que valerá a pena tirar algum tempo das consultas de vigilância da saúde infantil do segundo ano de vida para abordar temas relacionados com a alimentação. Neste estudo, as áreas menos abordadas pelo médico foram: o esclarecimento de alimentos ditos para bebé (alimentos industrializados e com alto teor de açúcares), o aconselhamento perante dificuldades na AC e a textura dos alimentos oferecidos às crianças, que foram precisamente áreas que pareceram ter alguns erros nesta amostra. O aconselhamento nestes campos é essencial porque são determinantes para o desenvolvimento de uma AC correcta e variada que deverá apresentar à criança uma ampla gama de sabores, texturas mas, principalmente alimentos nutritivos e saudáveis que influenciarão a escolha alimentar futura bem como, a saúde futura. Este aconselhamento deve ser dominante nos dois primeiros anos de vida e, principalmente no segundo ano, período em que a janela de "aceitação" ainda está aberta e a alimentação já se aproxima da futura.

- Limitações

Este trabalho teve como limitações a dimensão da amostra que não cumpriu o objectivo inicial pela dificuldade de aceitação e adesão na realização do estudo junto às USF/UCSP mas, também, pela especificidade da faixa etária do estudo. Por outro lado, o não

preenchimento de algumas questões pelos pais e o facto do questionário utilizado não ser validado faz com que possa haver falhas na clareza e no modo como algumas questões foram colocadas. É importante referir que o carácter multifactorial de muitas questões, como, por exemplo, a razão para deixar de amamentar, não foi explorado, bem como a avaliação quantitativa da ingestão de cada tipo de alimento. Por fim, o estudo da frequência de alimentos considerados como "extra" (rebuçados/gomas, bolos, bolachas e gelados) foram estudados numa frequência mensal podendo existir uma subquantificação do consumo destes. Além disso, pode ter havido um viés de memória e performance inerente a um questionário sobre hábitos preenchido no centro de saúde.

Conclusão

As crianças da amostra do estudo foram caracterizadas pelos pais como estando dentro do peso adequado para a idade, embora se tenha verificado atitudes relacionadas com o aumento do risco de obesidade (curto período de aleitamento materno, início da AC precocemente/tardiamente, baixo consumo de fruta e vegetais).

Os lacticínios são consumidos com grande frequência, sendo servidos, por vezes e erradamente como sobremesa. As proteínas ainda são algumas vezes adicionadas à sopa e ingeridas na forma tradicional, contribuindo para o incremento da oferta proteica, também, associada a risco de desenvolvimento de obesidade. Verificou-se um baixo consumo de alimentos altamente energéticos e pouco nutritivos. De uma forma geral, a alimentação das crianças demonstrou-se variada e nutritiva.

Verificaram-se várias associações entre a alimentação dos pais e a alimentação dos filhos e verificou-se que o aconselhamento pelo MF parece ter impacto e importância para os pais. A MGF demonstra-se um grande aliado actuando primariamente através dos pais, na educação e orientação para a sua própria saúde, desenvolvendo bons modelos da correcta alimentação, como também, no aconselhamento em todo o período de crescimento dos filhos, aconselhando avidamente para a importância do AM, para o início da AC no período correcto e principalmente, no aconselhamento para os alimentos certos quer em texturas e sabores, quer em nutrientes, afastando alimentos nefastos (ricos em gordura e/ou açúcar) e ajudando na aceitação dos alimentos por parte da criança, ou seja, no desenvolvimento de uma AC variada que irá levar a escolhas saudáveis na adolescência e vida adulta e a um menor risco de desenvolvimento de obesidade. Assim, compreendemos que o MF tem um papel central na prevenção, mas também na vigilância e monitorização das crianças em risco e em potencial de risco para a obesidade infantil bem como para depois actuar, consecutivamente, a todas as doenças crónicas a ela associadas, valendo a pena usar algum do tempo das consultas de

saúde infantil no 2º ano de vida a aconselhar em relação à alimentação, focando na alimentação dos filhos e pais. Neste sentido, parece importante a necessidade de divulgar estes resultados e alertar os médicos de família bem como emitir recomendações nacionais para o aconselhamento alimentar infantil.

Seria importante desenvolver estudos quantitativos mais rigorosos da alimentação infantil, estudos mais representativos focados de cada uma das atitudes nocivas para a saúde da criança aqui identificados, no sentido de os confirmar e explorar razões e estratégias. Seria ainda interessante o estudo da percepção dos pais da sua influência na saúde dos seus filhos e do seu impacto futuro, de forma a perceber o ponto de situação nacional e a melhor forma de actuar.

Agradecimentos

À Professora Doutora Inês Rosendo, minha orientadora, agradeço pela disponibilidade, motivação e empenho que demonstrou desde o início e durante toda esta jornada. Agradeço, também, por me ter transmitido calma e confiança nos momentos de ansiedade que foram surgindo, me deram serenidade e alento para continuar e por fim pelo seu grande contributo científico. Ao Professor Doutor José Manuel Silva, meu coorientador, agradeço a sua colaboração ao longo deste projecto e por ter acreditado nele.

Às coordenadoras de todas as USF e UCSP colaborantes, bem como às respectivas equipas médicas e de enfermagem, o meu muito obrigada a todos pela colaboração e em especial à Dra. Inês Figueiredo, internista de MGF na USF Lusitana pela disponibilidade extra. Agradeço à Pediatra Dra. Ana Carvalhas, à Nutricionista Dra. Juliana Roda, à Dra. Inês Figueiredo e, mais uma vez, à minha orientadora pela crítica do questionário utilizado no estudo.

Aos meus pais, por acreditarem em mim e por me transmitirem confiança, força e coragem não só neste meu percurso académico mas desde sempre. Obrigada! Foram, são e sempre serão os meus maiores apoios. À minha irmã, por estar sempre do meu lado, por ter a resposta para muitas das minhas angústias e receios e por ser a minha maior *cheerleader*. Um muito obrigada também à minha avó e a toda a minha restante família por terem sempre palavras de motivação e de confiança ao longo de todo o meu percurso.

E por fim, mas não menos importante, aos meus amigos, por estarem presentes nos bons e maus momentos e por deixarem para sempre em mim cravadas grandes partilhas e grandes memórias.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO; 2009.
2. Rito A, Graça P. Childhood Obesity Surveillance Initiative : COSI Portugal 2013. INSA,IP; 2015.
3. Rito A, Paixão E, Carvalho M, Ramos C. Childhood Obesity Surveillance Initiative : COSI Portugal 2008. INSA,IP; 2010.
4. Rito A, Paixão E, Carvalho M, Ramos C. Childhood Obesity Surveillance Initiative : COSI Portugal 2010. INSA,IP; 2012.
5. Rêgo C, Lopes C, Pinto E, Nazareth M, Graça P. Alimentação e crescimento nos primeiros anos de vida: a propósito do EPACI 2012. 2013.
6. Graça P. Portugal – Alimentação Saudável em números. Direção-Geral Saúde. 2014.
7. Pearce J, Langley-Evans S. The types of food introduced during complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes.* 2013;1–9.
8. Saldiva S, Escuder M, Mondini L, Levy R, Venancio S. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *Jornal de Pediatria.* 86th ed. 2007;53–8.
9. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Ferreira G, Mansilha H, Antunes H, et al. Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Port.* 2012;43(2):S17–40.
10. Caetano M, Ortiz T, da Silva S, de Souza F, Sarni R. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *Jornal de Pediatria.* 86th ed. 2010;196–201.
11. Saavedra JM, Deming D, Dattilo A, Reidy K. Lessons from the feeding infants and toddlers study in North America: what children eat, and implications for obesity prevention. *Annals of Nutrition and Metabolism.* 62nd ed. 2013;27–36.
12. Vereijken C, Weenen H, Hetherington M. Feeding infants and young children. From guidelines to practice-conclusions and future directions. *Appetite.* 2011;57:839–43.
13. Grote V, Theurich M. Complementary feeding and obesity risk. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2014;17(3):273–7.
14. Larsen J, Hermans R, Sleddens E, Engels R. How parental dietary behaviour and food parenting practices affect children’s dietary behaviour. Interacting sources of influence? *Appetite.* 2015;(89):246–57.
15. Nazareth, Margarida, Rêgo C, Lopes C, Pinto E. Recomendações nutricionais em idade pediátrica: o estado da arte. *Acta Port Nutr.* 2016;(7):18–33.
16. Alles M, Eussen S, Beek E. Nutritional Challenges and Opportunities during the weaning period and in young childhood. *Ann Nutr Metab.* 2014;(64):284–93.

17. Pereira-da-Silva L, Rêgo C, Pietrobelli A. The diet of preschool children in the mediterranean countries of the European Union: a systematic review. *Int J Od Environ Public Health*. 2016;13(572).
18. Oliveira J, de Castro I, Silva G, Saldiva S. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cad Saúde Pública Rio Jan*. 2015;31(2):377–94.
19. Grote V, Theurich M, Koletzko B. Do complementary feeding practices predict the later risk of obesity? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2012;15(3):293–7.
20. Mais L, Domene S, Barbosa M, Taddei J. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(1):93–104.
21. Silva A, HG Aguiar. Diversificação alimentar no primeiro ano de vida. *Act Med Port*. 2011;24 (S4).
22. Bento A, Cordeiro T. Alimentação adequada: Faça mais pela sua Saúde! *Assoc Port Nutr*. 2011.
23. Vilela S, Oliveira A, Pinto E, Moreira P, Barros H, Lopes C. The influence of socioeconomic factors and family context on energy-dense food consumption among 2-year-old children. *Eur J Clin Nutr*. 2015;(69):47–54.

Apêndices

Apêndice 1



QUESTIONÁRIO

"A Alimentação no segundo ano de vida: hábitos, erros e o papel do Médico de Família"

Data de Nascimento da criança:

Parte I: A relação da criança com os alimentos.

1. O seu filho segue alguma dieta específica por motivos de saúde? Sim Não
2. O seu filho encontra-se dentro do peso normal para a sua idade? Sim Não
3. Se respondeu "Não" na pergunta anterior, indique se ele se encontra: Abaixo Acima
4. Ainda amamenta? Sim Não
5. Se respondeu "Não" na pergunta anterior, quando parou? Aos _____ meses.
6. Dá algum outro tipo de leite ao seu filho? Sim Não
7. Se respondeu " Sim" à questão anterior, de que marca?
8. Que outros laticínios dá ao seu bebé?
Iogurtes Queijinhos (tipo iogulino, danoninho...) Queijo Queijo fresco Requeijão Outros
9. Costuma dar ao seu filho iogurtes ou outro laticínio como sobremesa do almoço e/ou do jantar? Sim Não
10. Que outro tipo de líquidos oferece ao seu filho? Água Sumo natural Sumo de pacote Café Refrigerantes
11. Quando iniciou a alimentação complementar do seu filho (alimentação além do leite)? Aos _____ meses.
12. O seu filho está integrado na alimentação familiar? Sim Não
13. Oferece em igual ou menor quantidade que aos adultos? Igual Menor
14. Costuma ler os rótulos dos alimentos que compra especificamente para o bebé? Sim Não
15. Se respondeu "Sim" à questão anterior, o que verifica?
Lista de ingredientes N° de calorias Quantidade e tipo de gorduras Quantidade de açúcar Quantidade de sal Quantidade de proteínas
16. Na alimentação do seu filho usa mais vezes: Alimentos frescos preparados em casa Alimentos preparados pela indústria, prontos a comer
17. Considera que o seu filho tem dificuldade a alimentar-se? Sim Não
18. Perante a recusa de um alimento, que tipo de atitude toma:
Excluo o alimento da alimentação do meu filho
Tento novamente até 3 vezes Tento novamente até 6 vezes
Tento mais que 6 vezes

19. As perguntas que se seguem referem-se aos vários grupos de alimentos, a frequência da sua oferta e ao modo de apresentação do alimento.

- I. Hidratos de carbono/Tubérculos (pão, massa, arroz, batata, ...)
- Quantas vezes por dia? 1 2-3 4 Não dou diariamente
- II. Vegetais (abóbora, alface, brócolos, cenoura,...)
- Oferece sopa? Sim Não
 - Oferece vegetais crus? Sim Não
 - Inclui espinafres? Sim Não
 - Quantas vezes por dia? 1 2-3 4 Não dou diariamente
- III. Fruta
- Oferece-a crua? Sim Não
 - Quantas vezes por dia? 1 2-3 4 Não dou diariamente
- IV. Proteínas (carne, peixe, ovo, leite/lacticínios)
- Inclui ovo na alimentação do seu filho? Sim Não
 - Dá preferência a que tipo de proteínas:
Carne branca Carne vermelha Peixe Ovo
 - Inclui-as no preparado de sopas? Sim Não
 - Oferece-as na sua forma tradicional (no prato principal)? Sim Não
 - Inclui fígado? Sim Não
 - Quantas vezes por dia oferece leite ou outro produto láctico? 1 2-3 4 Não dou diariamente
- V. Leguminosas (feijão, ervilha, grão...)
- Inclui na rotina alimentar do seu filho? Sim Não
 - Se respondeu "Sim", com que frequência semanal? 1 2-3 4 >4
 - O feijão faz parte das suas escolhas? Sim Não
- VI. Gorduras
- Quantas vezes por semana inclui frituras na alimentação do seu filho? 1 2-3 4 >4 Nenhuma
- VII. Extras
- Oferece cereais de pequeno-almoço ao seu filho? Sim Não
 - Se respondeu "Sim" a questão anterior, que tipo de cereais? Açucarados (tipo Chocapic/Estrelitas,...)
Papa de cereais (tipo Cerelac/Nestum...)
Cereais integrais sem açúcar (tipo flocos de aveia/ trigo integral...) Outros
 - Oferece *fast-food* ao seu filho? Sim Não
 - Se respondeu "Sim", quantas vezes por mês? 1 2-3 4 >4
 - Quantas vezes por mês o seu filho ingere:
 - Rebuçados e gomas: 1 2-3 4 >4 Nenhuma
 - Bolos: 1 2-3 4 >4 Nenhuma
 - Bolachas: 1 2-3 4 >4 Nenhuma
 - Gelados: 1 2-3 4 >4 Nenhuma

Parte II: A alimentação da família

1. Considera a sua alimentação equilibrada? Sim Não
2. Alterou alguma coisa na sua alimentação por causa do seu filho? Sim Não
3. Que tipo de líquidos ingere? Água Sumo natural Sumo de pacote
Café Refrigerantes
4. Na sua alimentação utiliza mais vezes: Alimentos frescos preparados em casa
Alimentos preparados pela indústria, prontos a comer
5. Indique se tem alguma das seguintes doenças:
Diabetes Dislipidémia (Colesterol/triglicéridos altos) Hipertensão arterial (tensão alta) Excesso peso
6. As perguntas que se seguem referem-se aos vários grupos de alimentos, a frequência da sua ingestão e ao modo de apresentação do alimento.
 - I. Hidratos de carbono/Tubérculos (pão, massa, arroz, batata, ...)
 - Quantas vezes por dia? 1 2-3 4 Não como diariamente
 - II. Vegetais (abóbora, alface, brócolos, cenoura,...)
 - Ingere sopa? Sim Não
 - Ingere vegetais crus? Sim Não
 - Quantas vezes por dia? 1 2-3 4 Não como diariamente
 - III. Fruta
 - Ingere-a crua? Sim Não
 - Quantas vezes por dia? 1 2-3 4 Não como diariamente
 - IV. Proteínas (carne, peixe, ovo)
 - Inclui ovo na sua alimentação? Sim Não
 - Dá preferência a que tipo de proteínas:
Carne branca Carne vermelha Peixe Ovo
 - Ingere fígado? Sim Não
 - V. Leguminosas (feijão, ervilha, grão...)
 - Fazem parte da sua alimentação? Sim Não
 - Se respondeu "Sim", com que frequência semanal? 1 2-3 4 >4
 - O feijão faz parte das suas escolhas? Sim Não
 - VI. Gorduras
 - Quantas vezes por semana inclui frituras na sua alimentação?
1 2-3 4 >4 Nenhuma
 - VII. Extras
 - Com que frequência mensal ingere *fast-food*? 1 2-3 4 >4
Nenhuma
 - Quantas vezes por mês ingere:
 - Rebuçados e gomas: 1 2-3 4 >4 Nenhuma
 - Bolos: 1 2-3 4 >4 Nenhuma
 - Bolachas: 1 2-3 4 >4 Nenhuma
 - Gelados: 1 2-3 4 >4 Nenhuma

Parte III: Aconselhamento do Médico de família

1. Na última consulta com o seu médico de família, ele falou sobre alimentação? Sim Não
2. E o enfermeiro falou sobre alimentação? Sim Não
3. Acha importante o aconselhamento junto do seu Médico de Família sobre a alimentação do seu filho? Sim Não
4. Partilha com o Médico as suas dúvidas sobre o assunto? Sim Não
5. Que conselhos valoriza e segue mais? Médico de família Enfermeiro Família
Internet Nutricionista Pediatra Outro _____
6. Na tabela que se segue assinale perante quais situações o seu Médico de Família o aconselhou na alimentação do seu filho:

	Sim	Não
Duração da amamentação		
Início da alimentação complementar		
Início da introdução de novos alimentos		
Perante dificuldades na alimentação complementar		
No modo de preparo e confecção de determinados alimentos		
Na textura dos alimentos oferecidos		
Na frequência de consumo dos variados grupos de alimentos		
Nos alimentos a evitar		
No esclarecimento para a compra de alimentos ditos "para bebé"		
Em todas as consultas após verificar o peso do bebé		

Muito Obrigada pela participação no questionário!

Apêndice 2

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Alimentação no segundo ano de vida: hábitos, erros e o papel do Médico de família

Enquadramento: Projecto de investigação realizado em Centros de Saúde da região Centro. Desenvolvido no âmbito de tese de mestrado da Faculdade de Medicina de Coimbra de Cristiane Costa Lourenço e orientada pela Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano e pelo Professor Doutor José Manuel Silva.

Explicação do estudo: O estudo será realizado com recurso a um questionário de pergunta e respostas simples/sucintas e será feito aos pais de crianças que se encontrem no segundo ano de vida e que aceitem participar no estudo, saibam ler ou tenham acompanhante que lhes possa ler o folheto. Será realizado no fim da consulta de Saúde Infantil de seus filhos. Serão recolhidas informações descritivas e objectivas acerca dos hábitos alimentares dos seus filhos, dos cuidados que têm na escolha da alimentação deles, das orientações que o Médico de família lhe dá e da influência e reconhecimento do papel do médico pode ter neste sentido. Para além do referido anteriormente este estudo também tenciona identificar possíveis erros cometidos na alimentação da criança que possam acarretar problemas futuros.

Condições e financiamento: O próprio investigador financiará o estudo e não há pagamentos a investigadores ou participantes, sem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos assistenciais caso não queira participar. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ARS Centro.

Confidencialidade e anonimato: Os resultados do estudo serão inferenciais e descritivos. Os questionários serão estandardizados através da numeração, não estando em risco a partilha de dados de identificação. A chave de identificação será guardada para possível avaliação posterior da evolução da criança. A confidencialidade e anonimato no estudo está garantida.

Cristiane Costa Lourenço
O investigador

Data

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Foi-me garantida a possibilidade de recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura da/o Mãe/Pai: _____ Data: ____/____/____

Se analfabeto ou incapaz de ler ou assinar, representante legal ou 2 testemunhas imparciais:

Nome: _____ Assinatura: _____ Parentesco: _____
Nome: _____ Assinatura: _____ Parentesco: _____

Este documento de 1 página é feito em duplicado, uma via para o/a investigador/a e outra para o que consente.
versão 1.1 de Setembro de 2016