

## OBESIDADE INFANTIL – CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DOS PAIS DE CRIANÇAS ENTRE OS 6-10 ANOS <sup>1</sup>

Ana Costa

Enfermeira

Hospital São Sebastião

ana\_filipa\_1@hotmail.com

Cláudia Silva

Nutricionista

Professora Auxiliar

CEBIMED, Faculdade de Ciências da Saúde – UFP

csilva@ufp.edu.pt

**1** Trabalho baseado na monografia "Obesidade Infantil: conhecimentos e comportamentos dos pais de crianças entre os 6-10 anos", elaborada por Ana Filipa Pinho Costa e defendida em 18 de Dezembro de 2007 para a obtenção da Licenciatura em Enfermagem.

**COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:** COSTA, Ana ; SILVA, Cláudia - Obesidade infantil - conhecimentos e comportamentos dos pais de crianças entre os 6-10 anos. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto : Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. 6 (2009) 208-217.

**RESUMO**

Identificar os conhecimentos e comportamentos que os pais de crianças entre os 6-10 anos possuíam sobre obesidade infantil. Realizou-se um estudo transversal com colheita de dados feita por questionário. A amostra (n=40) constituída por pais de crianças de uma Escola Básica do 1º. Ciclo. Resultados: 97,5% dos inquiridos reconhece esta patologia, embora apenas 12,5% tenha um conhecimento alargado acerca das suas causas. Conclusão: a aquisição de conhecimentos acontece de diversas formas e é influenciada por diversos factores; os inquiridos demonstram alguns conhecimentos sobre a doença e sua prevenção.

**PALAVRAS-CHAVE**

obesidade infantil, nutrição/alimentação, actividade física, conhecimentos, comportamentos.

**ABSTRACT**

Objectives: To identify to the knowledge and behaviors that the parents of children between the 6-10 years possess about childhood obesity. Methods: cross-sectional study; method of harvest of data auto-applied questionnaire. The sample was constituted by forty parents of children of the Primary School. Conclusion: the acquisition of knowledge happens for diverse forms and is influenced by diverse factors; the inquired one demonstrate some knowledge concerning childhood obesity and preventive behaviors.

**KEYWORDS**

childhood obesity, nutrition, physical activity, knowledge, behavioral.

## 1. INTRODUÇÃO

A obesidade infantil (OI) tem aumentado a um ritmo acelerado ocorrendo em todas as faixas etárias e em todo mundo, sendo já classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a epidemia do século XXI”. Em Portugal, 31,5% das crianças entre os 7 e os 9 anos apresentam excesso de peso e/ou obesidade (Padez et al., 2004). Face a este aumento da prevalência e da incidência da OI em todo mundo, torna-se importante a criação e o desenvolvimento de estratégias para o combate à obesidade. Vários têm sido os esforços dos governos de diferentes países que visam a diminuição da frequência desta patologia, entre eles podem ser destacados as restrições à publicidade alimentar, o Programa Nacional de Combate à obesidade (2004), a Carta Europeia de Combate à Obesidade (2006) e a Plataforma Contra a Obesidade (2007). Segundo Papalia et al. (2001, p.391), na faixa etária dos 6-10 anos as crianças desenvolvem competências em todos os domínios, necessitando de uma alimentação saudável e de actividade física regular para que tenham um bom desenvolvimento, prevenindo assim o aparecimento de patologias como a obesidade. A educação é a chave para a prevenção. Devendo, por isso, a criança ser educada sobre os benefícios de uma alimentação saudável e de uma actividade física regular. Quanto a este aspecto a escola tem um papel fundamental ao moldar as atitudes e comportamentos saudáveis (Soares e Petroski, 2003, p.63), mas é inegavelmente importante a colaboração e envolvimento dos pais neste processo de formação e crescimento.

Foi objectivo desta investigação identificar que conhecimentos e comportamentos possuíam sobre obesidade infantil os pais de crianças entre os 6-10 anos, nomeadamente a nível da sua prevenção.

## 2. MÉTODOS

Para atingir o objectivo previamente proposto desenhou-se um estudo transversal, cuja população-alvo era constituída pelos pais das crianças, de ambos os sexos, entre os 6-10 anos (N=80), que frequentavam a Escola Básica do 1º.Ciclo Quinta e Rêgo (Ovar), no período de Setembro a Dezembro de 2007. Através de amostragem aleatória simples, seleccionou-se um subgrupo (n=40) desses pais, sendo a proporção de participação de cem por cento. A colheita de informação foi realizada através de um questionário auto-aplicado, estruturado para o efeito que abarcava aspectos sócio-demográficos, conhecimentos e comportamentos face à OI. Este instrumento compreendia questões fechadas e abertas. Foi realizado um pré-teste num subgrupo de 6 indivíduos dessa população de forma a avaliar até que ponto se adequava e era compreendido por estes indivíduos. A resposta aos questionários era anónima o que garantiu a confidencialidade dos dados prevista na Declaração de Helsínquia. A análise de dados é apresentada na forma de distribuição de frequências através de quadros e gráficos.

## 3. RESULTADOS

Na amostra avaliada a média de idades dos participantes era de  $37\pm 4$ anos. A maioria era casado/união de facto (90%), tinha dois filhos (60%) e relativamente ao grau de parentesco com a criança era “mãe” (90%). A escolaridade média era de  $9\pm 5$ anos completos, não havendo analfabetos. Os inquiridos apresentavam diversas profissões (empregados fabris, secretárias, contabilistas, educadores, professores,...), embora 32,5% estivessem desempregados.

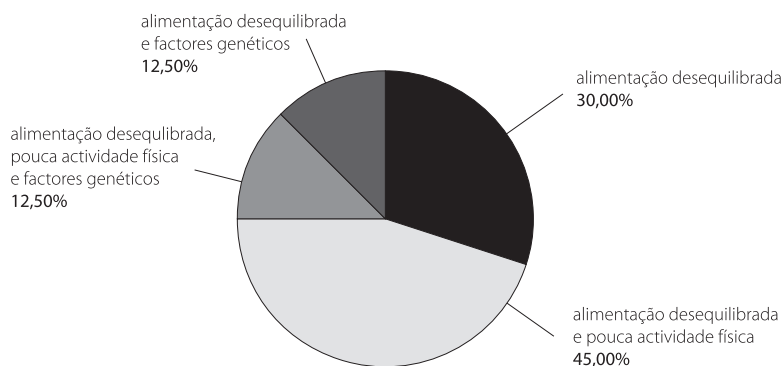
Relativamente aos conhecimentos sobre OI, verificou-se que 39 dos indivíduos (97,5%) já tinham ouvido falar desta doença, somente um referiu nunca ter ouvido falar dela. As fontes de informação mais referidas foram a televisão (89,7%), o médico (38,5%) e o local de trabalho (28,2%) (quadro 1).

**Quadro 1.** Distribuição de frequências das fontes de informação sobre obesidade infantil

Fontes de informação	n	%*
Televisão	35	89,7
Médico	15	38,5
Trabalho	11	28,2
Escola	9	23,1
Internet	9	23,1
Família	6	15,4
Revistas	3	7,7

\* a soma percentual é superior a 100% porque cada indivíduo podia referir mais do que uma opção

Da totalidade dos inquiridos, 62,5% afirmaram conhecer pelo menos uma criança que sofre de OI, um dos casos seria o do próprio filho. A principal causa de OI identificada por todos os indivíduos foi a alimentação desequilibrada, mas que numa elevada percentagem foi atribuída a uma associação com uma actividade física insuficiente (45,0%) (gráfico 1).



**Gráfico 1.** Distribuição de frequência das causas de OI identificadas

Quanto às consequências da OI, 80% referiram conhecê-las. Cada participante teve a oportunidade de indicar uma ou mais complicações. As mais citadas foram os problemas cardiovasculares (62,5%) e o risco aumentado de obesidade na idade adulta (62,5%), seguidas de depressão (28,13%), de complicações metabólicas (28,13%), problemas gastrointestinais (3,13%), respiratórios (3,13%) e insuficiência venosa (3,13%).

A nível da prevenção da OI, a maioria dos inquiridos (85%) identificou a alimentação saudável em conjunto com a prática de actividade física, 12,5% referiram apenas uma alimentação saudável e 2,5% o conjunto de uma alimentação saudável, com a prática regular de actividade física e a visualização de um menor número de horas de televisão diária.

Para estes indivíduos, o tratamento da OI deveria ter em conta, ao mesmo tempo, vários factores: uma alimentação saudável (97,5%), um maior nível de actividade física (80,0%), o

recurso a cirurgia (12,5%) e a intervenção farmacológica (10,0%). Contudo, a maioria (57,5%) referiu como tratamento preferencial a conjugação de uma alimentação saudável com uma maior actividade física.

Dos inquiridos, 90% considerava que o filho tinha uma alimentação saudável sobretudo em casa (45%), contudo 12,5% considerava que este apenas a concretiza na escola. Os restantes (32,5%) referiram que este comportamento ocorria em ambos os locais, em casa e na escola.

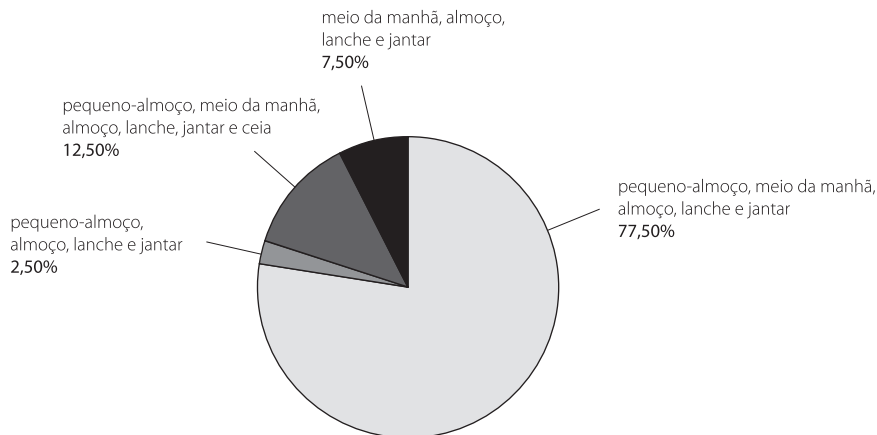
A nova Roda dos Alimentos (DGS, 2005) foi reconhecida por quase todos os indivíduos (92,5%). Quanto aos alimentos a serem evitados numa alimentação saudável os mais identificados foram os ricos em gorduras (90,0%), em açúcares (87,5%) e em sal (57,5%) (quadro 2).

**Quadro2.** Distribuição de frequências dos tipos de alimentos que devem ser evitados para uma alimentação saudável

Alimentos ricos em:	n	%*
gorduras	36	90,0
açúcares	35	87,5
sal	23	57,5
farinhas muito refinadas	2	5,0

\* a soma percentual é superior a 100% porque cada indivíduo podia referir mais do que uma opção

O número de refeições efectuadas por cada criança variou entre as 4 e as 6 diárias. A grande maioria (77,5%) fazia o pequeno-almoço, o meio da manhã, o almoço, o lanche e o jantar; somente 12,5% fazia adicionalmente a ceia. E 7,5% não tomavam pequeno-almoço apesar de fazerem o meio da manhã, o almoço, o lanche e o jantar (gráfico 2).



**Gráfico 2.** Distribuição de frequência das refeições realizadas pelo filho

Relativamente à ingestão de sopa 65% afirmaram que o seu filho a ingeria habitualmente, os restantes participantes confirmaram que o seu filho não o fazia frequentemente. A totalidade referiu que o filho fazia nove refeições à mesa “de faca e garfo” (almoço e jantar), por semana, em casa. Entre as refeições consumidas em casa pelas crianças, o consumo mais frequente (60,0%) de carne e de peixe encontra-se nas quatro a cinco vezes por semana, mas com maior predominância do de carne (6 a 7 vezes por semana: carne 37,5%; peixe 2,5%). Os vegetais e a fruta à sobremesa não eram consumidos, em casa, por 3 crianças. Contudo, dos

que os consomem, 51,4% e 62,1% faziam-no seis a nove vezes por semana respectivamente para os vegetais e para a fruta. Estas nove refeições semanais foram, segundo os pais, em 82,5% dos casos acompanhadas por massa, batata ou arroz (quadro 3).

A ingestão de doces, em casa, à sobremesa foi negada em 15,0% dos casos e confirmada por 67,5% entre uma a duas vezes por semana, por 10,0% entre três e quatro vezes e por 7,5% entre cinco e nove vezes por semana.

**Quadro 3.** Distribuição de frequências do consumo de peixe, carne, vegetais, massa ou arroz ou batata e fruta à sobremesa realizados em casa/semana

	Peixe		Carne		Vegetais		Massa/arroz/batata		Fruta à sobremesa	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
<b>Não consomem</b>	0		0		3				3	
<b>Consomem</b>	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
2 a 3	15	37,5	1	2,5	6	16,2	0	0,0	4	10,8
4 a 5	24	60,0	24	60,0	12	32,4	7	17,5	10	27,0
6 a 7	1	2,5	15	37,5	7	18,9	5	12,5	17	45,9
8 a 9	0	0,0	0	0,0	12	32,4	28	70,0	6	16,2
Total que consomem	40		40		37		40		37	

O modo de confecção dos alimentos, em casa, também foi avaliado, sendo os estufados e os refogados os menos consumidos. O consumo de fritos era nulo para 17,5% das crianças e a maioria (62,5%) consumia-os uma a duas vezes por semana. O de assados no forno não se verificava para 15,0% mas era elevadíssimo (82,5%) para uma a duas vezes por semana. Os cozidos nunca eram semanalmente consumidos por 10,0% e a maioria (62,5%) escolhia-os uma a duas vezes por semana. Só 1 criança não consumia semanalmente grelhados e a maioria consumia-os uma a duas vezes por semana (52,5%) e três a quatro vezes por semana (40,0%) (quadro nº.4). Adicionalmente e quanto ao consumo de bebidas, a identificada como a mais ingerida às refeições pelas crianças foi a água (60%), seguida dos refrigerantes (22,5%) bem como de sumos naturais em conjunto com a água (17,5%).

**Quadro 4.** Distribuição de frequências do consumo de cozidos, grelhados, estufados, refogados, assados e fritos realizados em casa

Consumo/semana	Cozidos		Grelhados		Estufados		Refogados		Assados		Fritos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	4	10,0	1	2,5	17	42,5	19	47,5	6	15,0	7	17,5
1-2	25	62,5	21	52,5	20	50,0	17	42,5	33	82,5	25	62,5
3-4	11	27,5	16	40,0	3	7,5	4	10,0	1	2,5	8	20,0
5-6	0	0,0	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

A prática regular de actividade física era realizada em vários locais pelas mesmas crianças. O local mais citado foi a escola (75,0%), seguindo-se o ginásio, a piscina ou o clube desportivo (57,5%) e a casa (27,5%). Relativamente à frequência desta actividade verificou-se que 57,5% das crianças praticavam-na duas a três horas por semana, 32,5% quatro a seis horas por semana e 10,0% sete horas por semana.

Os inquiridos referiram que a visualização de televisão pelo filho ocupava cerca de uma hora diária em 30,0% dos casos, duas horas diárias em 42,5% dos casos e três horas diárias em 27,5% dos casos.

Relativamente ao papel que o enfermeiro, enquanto técnico de saúde, podia ter na prevenção de obesidade infantil foi considerado importante por 60,0% dos pais, muito importante por 25,0% e pouco importante por 15,0% dos inquiridos.

#### 4. DISCUSSÃO

Amostra seleccionada é representativa da população-alvo, pois não só o método de amostragem utilizado como a proporção de participação atingida assim o indica. Contudo, os resultados obtidos não são generalizáveis para a população portuguesa.

A crescente preocupação com o aumento da OI, quer a nível nacional quer internacional, tem levado à divulgação desta patologia, o que pode, de certa forma, explicar o facto de apenas um participante nunca “ter ouvido falar” dela. A principal fonte de informação relativa à OI referida pelos pais foi a televisão, o que pode ser explicado pela tendência da massificação da informação, mas mostra que mais há a ser feito, principalmente, a nível de cuidados de saúde primários, das escolas e dos hospitais. Da totalidade dos inquiridos, 62,5% referiram conhecer pelo menos uma criança com obesidade, o que demonstra a expressão desta patologia já em tão tenra idade. A principal causa de OI apontada por todos os participantes foi a alimentação desequilibrada, mas quase metade deles a indicam associada a uma baixa actividade física, o que demonstra terem os conhecimentos fundamentais quanto à etiologia da doença, já descritos noutros estudos (Ogden, 2004, pp.165, 169).

As consequências da obesidade nesta idade mais referidas são as complicações cardiovasculares e o risco de se tornarem futuros adultos obesos. Mas, tal como noutros estudos (Carpenter et al., 2000, pp.251-257; Steinbeck, 2005, pp.455-465), conheciam outras complicações possíveis que talvez assumam menor expressão.

A nível da prevenção de OI, e em concordância com os resultados obtidos quanto à identificação das causas desta doença (acima mencionados), os aspectos mais pontuados foram a escolha de uma alimentação saudável e a prática de uma actividade física regular, o que vai de encontro aos resultados divulgados noutros trabalhos (Nunes e Breda, 2001, p.8; Alves, 2003, pp.5-6). É de referir que houve um participante que indicou a visualização de um menor número de horas de televisão diária. Este aspecto tem assumido, nos últimos anos, maior relevância pois acaba por ser um indicador importante da inactividade física (Majem e Bartrina, 2001, p. 45; Chueca et al., 2002; Oliveira et al., 2003).

Relativamente ao tratamento da OI, a maioria esmagadora dos participantes advoga uma alimentação mais saudável e o aumento da actividade física, tal como defendem Soares e Petroski (2003, p.69). Uma pequena percentagem refere o tratamento cirúrgico e o recurso a fármacos, o que nem sempre é recomendado em crianças (Mancini e Halpern, 2002, pp.497-512), uma vez que não existem actualmente dados suficientes sobre os seus efeitos nessa faixa etária, podendo contudo ser utilizados, mas não de uma forma agressiva (Kirk et al., 2005, pp.44-51).

Contudo, embora todos os inquiridos tenham referido a importância de uma alimentação saudável para a prevenção de obesidade infantil, 10% considera que o seu filho não realiza uma alimentação saudável. Dos pais que consideram que o filho realiza uma alimentação saudável há a salientar que 12,5% consideram que só a concretizam na escola. Em estudos

futuros seria conveniente clarificar este aspecto, nomeadamente se está relacionado com a existência de dificuldades financeiras dos próprios pais ou por outros motivos.

A nova roda dos alimentos (DGS, 2005) é amplamente reconhecida por estes pais, o que mostra que as campanhas de educação alimentar em Portugal têm dado frutos. Os alimentos identificados como a serem evitados numa alimentação saudável foram principalmente os ricos em gorduras e os ricos em açúcares, mas 57,5% referiram ainda os ricos em sal. Como é sabido o sal não é fornecedor de energia, porém os alimentos mais salgados são geralmente mais ricos em gorduras e como tal mais energéticos, daí esta associação. Houve ainda a referência a evitar as farinhas muito refinadas, estando de acordo com o preconizado por Nunes e Breda (2001, p.44) ao defenderem o consumo de pão de mistura e cereais escuros.

O número de refeições feitas por estas crianças (4 a 6 por dia) não anda longe do recomendado nesta faixa etária (5 a 6/dia). É de sublinhar que 3 crianças não tomam o pequeno-almoço mas pelo menos fazem a refeição do meio da manhã. Nunes e Breda (2001, p.44) defendem que "o pequeno-almoço é uma refeição fundamental para a criança nunca devendo ser omitido", na realidade não deveria ser pequeno mas sim um primeiro-almoço que prepare o início de um dia de actividade, trabalho e lazer.

O consumo de sopa, ao almoço e ao jantar, deverá ser incentivado pela sua elevada riqueza nutricional, baixo valor energético e custo. Neste estudo 35% das crianças não a consumiam regularmente. Entre as refeições, almoço e jantar, que o filho come em casa por semana (nove refeições) o consumo de carne é ligeiramente predominante ao de peixe, o que demonstra que não há um grande desfasamento entre as refeições. A ingestão de vegetais e de fruta deve continuar a ser incentivada, pois neste estudo verificou-se que não é uma constante a todas as refeições. As recomendações apontam para que os vegetais e os frutos devem ser consumidos diariamente, em maior proporção que os restantes alimentos e a todas as refeições, sobretudo nas principais (primeiro-almoço, almoço e jantar) (Nunes e Breda, 2001, p.36). É de salientar que a ingestão de fruta à sobremesa é mais frequente que a de doces, o que é saudável e deve continuar a ser recomendado (Nunes e Breda, 2001, p.44). A quase totalidade das refeições das crianças em estudo, feitas em casa, era acompanhada por massa ou batata ou arroz.

Para complementar os resultados do actual estudo dever-se-ia avaliar o consumo alimentar efectuado na escola, apesar deste aspecto não estar abrangido pelos objectivos desta investigação previamente estabelecidos.

Os modos de confecção mais referido pelos inquiridos como sendo os que correspondem ao maior número de refeições realizadas pelo filho, em casa, por semana foram os grelhados, os cozidos e os assados no forno. E os menos consumidos os estufados e os refogados. O preconizado é que os fritos, os refogados e os assados no forno com gordura devem ser evitados o mais possível (Nunes e Breda, 2001, p.58).

A bebida mais ingerida às refeições por estas crianças foi a água (60%), seguida dos refrigerantes, bem como de sumos naturais em conjunto com a água (17,5%). A água e os sumos naturais são as bebidas mais adequadas a esta faixa etária, mas é de referir que o consumo de refrigerantes é elevado (22,5%) o que não é aconselhável dada a sua riqueza em açúcar, por vezes gás e substâncias estimulantes (Nunes e Breda, 2001, p.37).

A prática regular de actividade física era realizada em vários locais pelas mesmas crianças. Sendo o mais citado a escola, o que é excelente, dado não só o elevado número de horas que os alunos passam nesta instituição por dia, bem como por ela ter, cada vez mais, que ser vista como promotora de hábitos saudáveis. Por outro lado, ser fisicamente activo desde a infância apresenta muitos benefícios (Alves 2003, pp.5-6). A maioria das crianças deste estudo praticavam actividade física regularmente 2 a 3 horas por semana, não havendo nenhuma criança referida como sedentária. O recomendado para as crianças e adolescentes é de cerca de 60 minutos por dia (Biddle et al., 1998), o que se verifica somente em 10,0% da amostra havendo, por isso, a necessidade de incentivar esta actividade de forma regular.

A visualização de televisão pelo filho ocupava cerca de uma hora diária em 30,0% dos casos, duas horas diárias em 42,5% dos casos e três horas diárias em 27,5%, porém há autores que defendem que as crianças com idade superior a dois anos não devem ver mais de duas horas de televisão diariamente (Ferreira, 2005, p.17; Spear et al., 2007) e há inclusivamente estudos que demonstram que as crianças portuguesas vêem cerca de 4 a 6 horas de televisão por dia (Carvalho et al., 2006). O consumo excessivo de televisão está identificado como um factor de risco para o desenvolvimento de obesidade durante a infância e adolescência, pois ocupa o tempo livre que poderia ser destinado a actividades recreativas ao ar livre que consomem mais energia, aumenta a ingestão energética através do elevado consumo alimentos densamente calóricos durante o período de tempo que estão em frente à televisão (Chueca et al., 2002; Oliveira et al., 2003). Além de que a criança fica exposta à influência de anúncios televisivos, sobre alimentos e bebidas nem sempre muito saudáveis mas que são apresentados sempre de uma forma atractiva, persuasiva, agradável e isenta de riscos e efeitos negativos para a saúde e para o peso, factores responsáveis pelo desejo que produzem (Majem e Bartrina, 2001, p. 45) e pela influência de algumas personagens de programas infantis que muitas vezes mostram hábitos alimentares incorrectos (Chueca et al., 2002).

Quanto ao papel do enfermeiro na prevenção de OI, 60% consideram importante. De facto, os enfermeiros em conjunto com uma equipa multidisciplinar, podem contribuir para obtenção de mudanças positivas nos estilos de vida das crianças, sendo a educação fundamental para a prevenção desta patologia. A prevenção desta patologia abrange três níveis, sendo eles: a prevenção primária, que se baseia na educação para a saúde; a prevenção secundária que engloba todas as acções que visam a detecção precoce; a prevenção terciária, que baseia-se no tratamento da doença e a vigilância das suas complicações.

## 5. CONCLUSÃO

Neste estudo, relativamente aos conhecimentos acerca de OI, verificou-se que 12,5% apresentavam um conhecimento mais alargado acerca das causas desta patologia, 80% apresentam o conhecimento de pelo menos uma das consequências, 85% referem como métodos preventivos desta patologia a alimentação saudável e a prática de actividade física regular e referem como tratamento desta patologia a alimentação saudável e o aumento da actividade física. Verificou-se que a maioria dos pais possuía vários comportamentos preventivos desta patologia, tais como, a prática de exercício físico, a confecção de maior número de refeições de forma saudável, a ingestão de bebidas saudáveis às refeições, o hábito da ingestão de sopa, o consumo de fruta à sobremesa, a realização de quatro a seis refeições por dia e o equilíbrio de refeições de carne e de peixe. Contudo muito há ainda a fazer para contrariar esta epidemia do séc. XXI.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVES, J.G.B. (2003). Atividade física em crianças: promovendo a saúde do adulto. *In: Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 3 (1), pp. 5-6.
- BALABAN, G. E SILVA, G. (2004). Efeito protector do aleitamento materno contra a obesidade infantil. *In: Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria*, 80 (1), pp. 7-14.
- BIDDLE, S.; SALLIS, F.; CAVILL, N. (1998) *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity: evidence and implications*. London, Health Education Authority.
- CARPENTER, K. M.; HASIN, D. S.; ALLISON, D. B. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *In: American Journal of Public Health*, 90 (2), pp.251-257.
- CARVALHAL, M.M., PADEZ, M.C., MOREIRA, P.A., ROSADO, V.M. (2006). Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years. *In: European Journal of Public Health*. 17(1): p.42-6.
- CHUECA, M., AZCONA, C OYARZÁBAL, M. (2002). Obesidad infantil. *In: Anales Sis San Navarra*, 25(1), pp.127-139.
- DGS (2005). Nova Roda dos Alimentos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasau- de.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/alimentacao/DGS+ANA.htm>> [Consultado em 28/09/2007].
- FERREIRA, G.C. (2005) Bons hábitos alimentares e obesidade infantil. *In: Revista Semestral AdvanceCare*, (13), p.17.
- KIRK, S.; SCOTT, B.J.; DANIELS, S.R. (2005). Pediatric Obesity Epidemic: treatment options. *In: Journal of the American Dietetic Association*, 105(5), pp.44-51.
- MAJEM, L., E BARTRINA, J. (2001). Obesidad infantil Y juvenil – Estudio enKid. Barcelona. Masson.
- MANCINI, M. E HALPERN, A. (2002). Tratamento farmacológico da obesidade. *In: Arquivo Brasileiro Endocrinologia & Metabolismo*, 46 (5), pp.497-512.
- NUNES, E. E BREDA, J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância*. Lisboa, MS/ DGS edições.
- OGDEN, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ed, Lisboa, Climepsi Editores, pp.161-213.
- OLIVEIRA, A.M.A, CERQUEIRA, E.M.M., SOUZA, J.S., OLIVEIRA, A.C. (2003). Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana,BA.. *In: Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47 (2), pp.144-150.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE HOME PAGE. [EM LINHA]. DISPONÍVEL EM [HTTP://WHO.INT/](http://WHO.INT/). [CONSULTADO 06/09/2007].
- PADEZ, C.; FERNANDES, T.; MOURÃO, I.; MOREIRA, P.; ROSADO, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *In: American Journal Human Biology*, (16), pp.670-678.
- PAPALIA, D.; OLDS, S.; FELDMAN, R. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa, McGraw-Hill, pp.390-500.
- SOARES, L.D. E PETROSKI, E.L. (2003). Prevalência, factores etiológicos e tratamento de obesidade infantil. *In: Revista Brasileira de Cineantropometria e Desenvolvimento Humano*, 5(1), pp.63-74.
- SPEAR, B.A., BARLOW, S.E., ERVIN, C., LUDWIG D.S., SAELENS, B.E., SCHETZINA, K.E., TA- VERAS, E.M. (2007). Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*. 120 Suppl 4: p.S254-88.
- STEINBECK, K. (2005). Treatment options. *In: Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 19(3), pp. 455-469.