


**Prevalência da Pré-obesidade e Obesidade e Dados familiares em Crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico no Município Seixal**


Ana Lúcia Silva  
Docente Universidade Atlântica

Ana Rito  
Investigadora Principal  
Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.

João Breda



Colaboradora: Vânia Mendes



**OBESIDADE INFANTIL - REALIDADE MUNDIAL...**

- Constitui um dos mais sérios desafios de saúde pública do séc. XXI<sup>1-3</sup>
- Tem um impacto, a curto e a longo prazo, em termos da saúde e do bem estar das crianças<sup>4</sup>
- Associada a doenças crónicas<sup>4,5</sup>
  - Doenças Cardiovasculares
  - Cancro

**A epidemia da obesidade é reversível** através de acção abrangente na promoção de estilos de vida saudáveis.

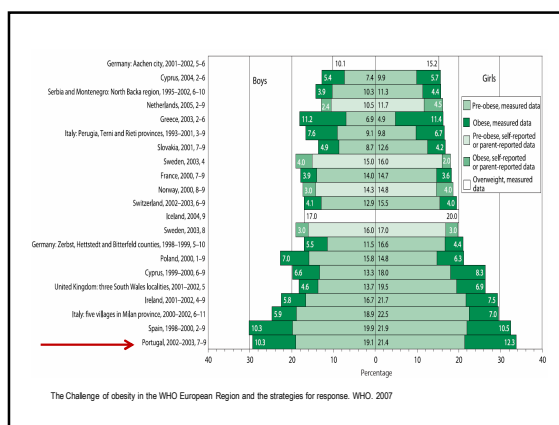


**OBESIDADE INFANTIL EUROPA**

- 1 em cada 5 crianças na Europa tem excesso de peso
- 400,000 crianças por ano
- 14 milhões de crianças com sobrepeso
- 3 milhões são obesas



IDTF: www.iotf.org



**OBESIDADE – EM PORTUGAL...**


**2-5 anos:** 27,4% ♂ e 30,8% ♀ apresentam excesso de peso, sendo 12,5% obesas (SPEO, 2009)

**7-9 anos:** 32,9% ♂ e 31,0% ♀ apresentam excesso de peso, sendo 14,5% obesas (Rito & Breda, 2009)

**11-15 anos:** 28,6% ♂ e 27,8% ♀ apresentam excesso de peso e 11,3% são obesas (SPEO, 2009)

→ Os dados indicam que Portugal segue as tendências da UE estimando em 2010 um crescimento de ~1,3 milhões crianças obesas e de pré-obesas


(Jackson-Leach & Lobstein, 2006)



**2.2 A epidemia da obesidade é reversível** através de acção abrangente na promoção de estilos de vida saudáveis.


Os progressos deverão ser visíveis principalmente nas crianças e jovens nos próximos 4-5 anos

Deve-se controlar o crescimento desta epidemia até 2015, altura, também, em que dever-se-ão começar a esboçar as primeiras tendências invertidas.



## Estratégias de Combate


- Vigilância Nutricional Infantil (COSI – Portugal)
- **Prevenção em âmbito escolar (MUNSI)**
- A resposta multisectorial - papel das autarquias (MUNSI e Projecto Obesidade Zero)




7

### CRIANÇAS

#### Vigilância Nutricional da Obesidade Infantil




WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

Estudos Nacionais Representativos

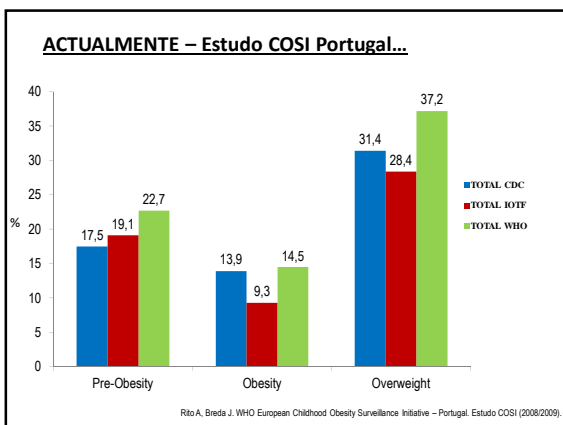
-Pré-escolar

-Adolescentes



Direção-Geral da Saúde  
www.dgs.pt

Ministério da Saúde





COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES

Brussels, 30.5.2007  
COM(2007) 279 final

**WHITE PAPER ON**

A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues

“as autarquias têm um grande potencial e também um papel significativo a desempenhar, ao criar um meio ambiente e oportunidades para a prática de actividade física, para uma vida activa e uma alimentação saudável e **devem receber apoios para este fim**”

### Programas Comunitários

- Existem alguns programas de prevenção da obesidade infantil ao nível municipal:
  - EPODE (França), Thao (Espanha), Viasano (Bélgica), Paideiatrofi (Grécia)

Fundamentam-se essencialmente no estudo Fleurbaey-Laventie Ville Santé. Este consiste num programa de educação alimentar iniciado em 1992 em Fleurbaey e Laventie, dois municípios do Norte de França, que foi seguido por uma série de intervenções de base comunitária. Verificou-se que a longo prazo a prevalência de excesso de peso foi significativamente mais baixa nestes municípios quando comparados com os municípios controle, demonstrando que é possível reverter esta situação através de acções ao nível comunitário.

Alterações ao longo do tempo na prevalência do excesso de peso em rapazes (\*) e raparigas (+) desde o início do estudo FLVS<sup>5</sup>

Como resposta à problemática da Obesidade Infantil, criam-se estratégias de rastreio e de intervenção de âmbito local a par das Autarquias













### OBJECTIVOS

- **Intervenção** na promoção da saúde local
- **Prevenção** e redução de excesso de peso infantil ao nível municipal, designadamente em ambiente escolar.

### munsi

O MUN-SI é um projecto longitudinal de três fases (2008 a 2011):

1. Avaliação do estado nutricional das crianças relacionando dimensões socioeconómicas, demográficas e ambientais com a saúde;
2. Intervenção específica multidimensional na promoção da saúde infantil em âmbito escolar;
3. Monitorização e avaliação do impacto do programa.

### MÉTODOS

- 1ª FASE:** classificação do estado nutricional (estatura, peso e IMC, pelos critérios CDC)
- 2ª FASE:** Acções de promoção e educação para a saúde, principalmente em âmbito escolar
  - Temáticas
  - Material
  - Actividades
  - Acções/palestras de formação
 - Alimentação Saudável  
 - Actividade Física  
 - Segurança Alimentar
- 3ª FASE:** repetição da 1ª fase com recolha dos mesmos parâmetros de avaliação

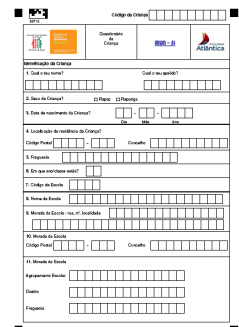
**167 EB1 Ensino Público**  
**3851 Crianças**  
**6 a 9 anos**  
**5 Municípios**

- Viana do Castelo
- Fundão
- Oeiras
- Seixal
- Montijo

### MUNSI – 1ª Fase (2009)

Treino de standardização de procedimentos antropométricos a 39 Examinadores MUNSI, dos 5 Municípios em Estudo

### Avaliação do Estado Nutricional



Aplicação de Questionário de Criança:


- **Antropometria** (peso + estatura)
- **Após Merenda da Manhã/Tarde**

Roupa interior  
Roupa de ginástica  
Roupa leve  
Roupa pesada

### MUNSI – 1ª Fase

**INSTRUMENTOS**

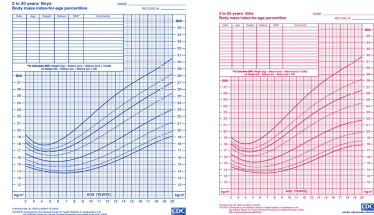
Balança: modelo digital SECA® 840)  
Estatura: estadiômetro portátil modelo SECA® 214



Items para avaliação

16. Peso [ ] [ ] kg  
17. Altura [ ] [ ] cm [ ] [ ] cm  
18. Peso (10% de habilidade) [ ] [ ] kg  
19. Altura (10% de habilidade) [ ] [ ] cm [ ] [ ] cm

### CrITÉRIOS CDC



Percentil	Estado Nutricional
≥ p 85	Excesso de Peso
> p 85 e < p 95	Pré-Obesidade
≥ p 95	Obesidade

### Avaliação da Participação

	ESCOLA			FAMILIA			CRIANÇAS		
	PROPOSTAS	PARTICIPANTES	%	PROPOSTAS	PARTICIPANTES	%	PROPOSTAS	PARTICIPANTES	%
FUNDÃO	28	26	92,9	352	350	99,4	448	428	95,5
OEIRAS	37	32	86,5	859	718	83,6	956	855	89,4
MONTIJO	22	22	100,0	336	320	95,2	962	561	58,3
SEIXAL	34	24	70,6	427	375	87,8	468	468	100,0
VIANA DO CASTELO	46	46	100,0	850	839	98,7	1017	950	93,4
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>	<b>150</b>	<b>89,8</b>	<b>2824</b>	<b>2602</b>	<b>92,1</b>	<b>3851</b>	<b>3262</b>	<b>84,7</b>


### MUNSI E CONCELHO DO SEIXAL

- Direcção-Geral da Saúde (Plataforma Contra a Obesidade)
- Universidade Atlântica
- Municípios do **SEIXAL**, Fundão, Montijo, Oeiras e Viana do Castelo

O Projecto MUNSI desenvolve-se no âmbito da estratégia para prevenção e redução de excesso de peso infantil ao nível municipal, designadamente em ambiente escolar.

### CONCELHO DO SEIXAL

6 Freguesias



**MÉTODOS**

Estudo transversal observacional descritivo

Objectivo geral → Avaliação do estado nutricional (peso e altura) em crianças matriculadas no 2º Ano do 1º Ciclo do Ensino Básico das 34 Escolas Públicas do Concelho do Seixal, no ano lectivo 2008/2009.

- Todas as escolas foram individualmente informadas através do envio de um ofício formal pela DGE aos agrupamentos escolares
- Consentimento informado aos encarregados de educação

**POPULAÇÃO EM ESTUDO**

Ano 2008/2009  
1º ciclo do ensino básico público

• 6550 alunos inscritos no 1º CICLO

468 alunos participantes



Nº. de escolas propostas: 34

Nº. de escolas avaliadas: 24

**MÉTODOS**

Amostra – crianças participantes do 1º ciclo do ensino básico (6 - 12 anos) - 24 escolas participantes (10 drop outs)

Instrumentos:

- Peso (balança modelo digital SECA® 840)
- Estatura (estadiómetro portátil modelo SECA® 214)
- Questionário criança

IMC em relação aos pontos de corte do CDC para pré-obesidade (P85 ≤ IMC < P95) e obesidade (IMC ≥ P95)

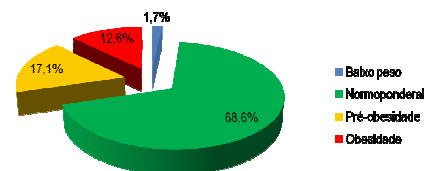
**RESULTADOS**

Total de escolas participantes e não participantes	
Nº total de alunos matriculados	6550
Nº de alunos das escolas participantes	677
Nº de alunos das escolas não participantes	5873
Nº de alunos avaliados	468
% de participação dos alunos das escolas aderentes	69,1%
% de participação de alunos do nº total de escolas	7,14 %
Perdas (alunos das escolas participantes)	30,9%

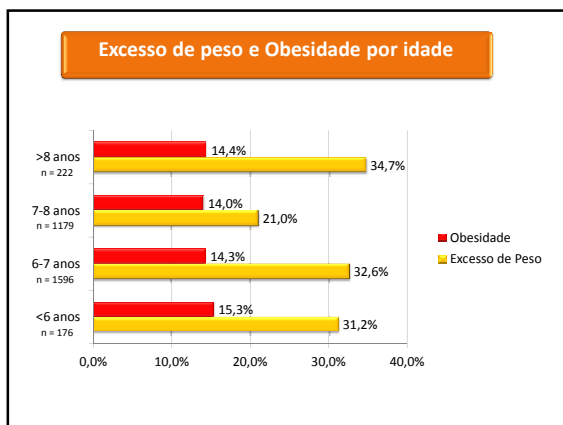
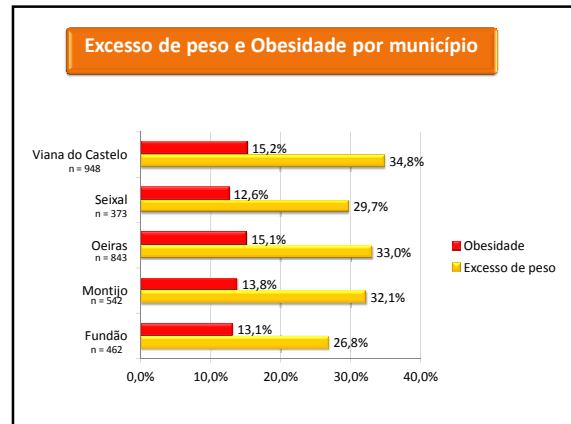
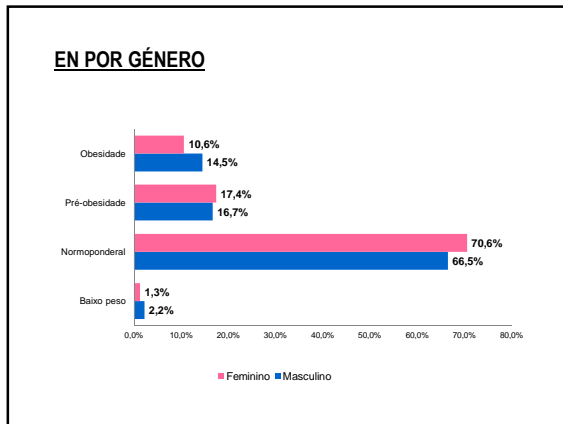
**RESULTADOS (n=462)**

Idade (anos) ♀ média ± dp (n)	Idade (anos) ♂ média ± dp (n)	Variáveis Antropométricas	Sexo ♀ média ± dp (n)	Sexo ♂ média ± dp (n)	Sexo ♀ e ♂ média ± dp (n)
6-12 7,56 ± 0,55 (235)	6-12 7,67 ± 0,63 (227)	<b>Peso (kg)</b>	29,14 ±6,00 (239)	30,14 ±6,50 (229)	29,63 ±6,26 (468)
		<b>Altura (cm)</b>	128,73 ±5,81	130,92 ±5,91	129,80 ±5,95
		<b>PERCENTIL</b>	17,4 ± 2,59	17,5 ± 2,80	17,4± 2,70

**ESTADO NUTRICIONAL**



Total de excesso de peso: 29,7 %



### Obesidade e Género

Sexo	n total (462)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Raparlga	235	25	10,6	V.R.	V.R.
Rapaz	227	33	14,5	1,4 (0,8-2,5)	5,4 (0,8-36,6)

V.R. – variável referência

Nesta amostra, a distribuição de géneros é homogénea, no entanto a prevalência de obesidade é maior nos rapazes (13,7%).

### Obesidade e Idade

Idade	n total (462)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
< 6 anos	3	1	33,3	3,8 (0,3-43,6)	0,5 (0,1-2,6)
6 – 7 anos	189	22	11,6	V.R.	V.R.
7 – 8 anos	256	32	12,5	1,1 (0,6-1,9)	0,9 (N.A.)
> 8 anos	14	3	21,4	2,1 (0,5-8,0)	N.A.

V.R. – variável referência  
N.A. – não aplicável

Cerca de 1/3 da amostra (n=256) tem idades compreendidas entre os 7-8 anos. Pode-se concluir que o risco de desenvolver obesidade é maior nas idades mais jovens (em idades < 6 anos a prevalência é de 33,3%) e mais velhas (em idades > 8 anos, a prevalência é de 21,4%).

### Obesidade e Tipologia Urbana

Tipologia Urbana	n Total (177)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
APU	169	23	13,6	V.R.	V.R.
AMU	8	2	25,0	2,1 (0,4-11,1)	0,7 (0,0-11,4)

V.R. – Valor de Referência

No município do Seixal apenas existem dois tipos de freguesias: APU e AMU, sendo as freguesias APU a maioria, no entanto é nas freguesias AMU onde a prevalência de obesidade infantil é superior (25,0%), apresentando 2,1 vezes mais risco de obesidade.

### Obesidade e número de Agregado Familiar

Agregado Familiar (nº)	n Total (178)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
02	17	4	23,5	4,9 (0,8-30,3)	N.A.
03	49	9	18,4	3,6 (0,7-17,9)	2,1 (0,0-154,0)
04	78	11	14,1	2,6 (0,6-12,6)	4,3 (0,1-273,7)
>04	34	2	5,9	V.R.	V.R.

N.A. – Não Ajustável V.R. – Valor de Referência

Neste município a maioria da população estudada tem um agregado familiar de 4 pessoas, no entanto é em famílias com um agregado familiar de 2 pessoas onde a prevalência e o risco de obesidade é superior (23,5%; OR=4,9), comparativamente com famílias com um agregado familiar > 4 pessoas.

### Obesidade e Grau de Parentesco do Agregado Familiar

Agregado Familiar (grau de parentesco)	n Total (188)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Família Monoparental	48	6	12,5	V.R.	V.R.
Vive com os Pais biológicos	133	20	15,0	1,2 (0,5-3,3)	2,4 (0,3-21,2)
Família Monoparental e Avô/Avó	2	1	50,0	7,0 (0,4-127,3)	N.A.
Viver com os Pais biológicos e o Avô/Avó	1	0	0,0	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)
Família Monoparental e os Avós	3	0	0,0	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)
Viver com os Pais biológicos e os Avós	1	0	0,0	0,0 (0,0-0,0)	N.A.

N.A. – Não Ajustável V.R. – valor de Referência

A maioria das crianças avaliadas vivem com os pais biológicos. No entanto, a maior prevalência de obesidade verifica-se em crianças que vivem com o pai/mãe e com o avô/avó (50,0%) apresentando um risco associado (OR=7,0).

### Obesidade e número de Irmãos

Irmãos (nº)	n Total (136)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
0	-	-	-	-	-
1	103	16	15,5	1,8 (0,4-8,7)	0,2 (0,0-2,5)
2	22	2	9,1	V.R.	V.R.
>2	11	0	0,0	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)

V.R. – Valor de Referência

A maioria das crianças avaliadas têm 1 irmão, tendo uma prevalência de obesidade de 15,5% e 1,8 vezes mais risco de obesidade, comparativamente às crianças com 2 irmãos.

### Obesidade e Tipo de Habitação

Tipo de Habitação	n Total (178)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Moradia	41	7	17,1	1,3 (0,5-3,4)	1,1 (0,2-5,8)
Moradia geminada	13	2	15,4	1,1 (0,2-5,6)	1,2 (0,1-11,6)
Apartamento	123	17	13,8	V.R.	V.R.
Casa partilhada	1	0	0,0	0,0 (0,0-0,0)	N.A.
Apartamento partilhado	41	7	17,1	1,3 (0,5-3,4)	N.A.

N.A. – Não Ajustável V.R. – Valor de Referência

Majoritariamente as famílias residem em apartamentos, no entanto verifica-se uma maior prevalência de obesidade em famílias que habitam em moradias e apartamentos partilhados (17,1%), apresentando 1,3 vezes mais risco de obesidade.

### Obesidade e Proprietário da Habitação

Proprietário	n Total (179)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Própria	153	22	14,4	V.R.	V.R.
Alugada	26	4	15,4	1,1 (0,3-3,4)	5,0 (0,7-37,3)

V.R. – Valor de Referência

A maioria das famílias possuem habitação própria, no entanto observa-se maior prevalência de obesidade em famílias que habitam em casas alugadas (15,4%) tendo 1,1 vezes mais risco de obesidade.

### Obesidade e Nível de Escolaridade do Pai

Nível de Escolaridade	n total (173)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
1º ciclo do Ensino Básico	19	2	10,5	V.R.	V.R.
2º ciclo do Ensino Básico	12	2	16,7	1,7 (0,2-14,0)	N.A.
3º ciclo do Ensino Básico	55	11	20,0	2,1 (0,4-10,6)	N.A.
Ensino Secundário	59	10	16,9	1,7 (0,3-8,7)	N.A.
Ensino Superior	26	0	0,0	N.A.	N.A.
Pós-graduação	2	1	50,0	8,5 (0,4-195,4)	N.A.

V.R. – variável referência  
N.A. – não aplicável

Embora a maioria dos pais tenha completado o Ensino Secundário (n=88), são as crianças cujos pais completaram uma Pós-graduação que apresentam maior risco de desenvolver obesidade (prevalência de 50%; OR 8,5), no entanto isto deve-se certamente à discrepância do número de pais que têm uma Pós-graduação em relação à restante amostra.

### Obesidade e Nível de Escolaridade da Mãe

Nível de Escolaridade	n total (187)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
1º ciclo do Ensino Básico	19	1	5,3	1,6 (0,1-27,4)	N.A.
2º ciclo do Ensino Básico	17	1	5,9	1,8 (0,1-31,0)	N.A.
3º ciclo do Ensino Básico	41	7	17,1	6,0 (0,7-51,4)	N.A.
Ensino Secundário	75	15	20,0	7,3 (0,9-57,6)	N.A.
Ensino Superior	30	1	3,3	V.R.	V.R.
Pós-graduação	5	1	20,0	7,3 (0,4-140,2)	N.A.

V.R. – variável referência  
N.A. – não aplicável

A maioria das mães completou o Ensino Secundário. Ter mães que completaram o Ensino Secundário ou uma Pós-graduação é um factor de risco para desenvolver obesidade (prevalência de 20%; =R 7,3).

### Obesidade e Ocupação Profissional do Pai

Ocupação Profissional	n total (165)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Empregado	148	25	16,9	3,3 (0,4-25,7)	N.A.
Desempregado	17	1	5,9	V.R.	V.R.

V.R. – variável referência  
N.A. – não aplicável

O número de pais actualmente empregados é 9 vezes superior ao de pais desempregados e o risco de desenvolvimento de obesidade nas crianças cujos pais estão empregados é 3,3 vezes maior relativamente às crianças cujos pais estão desempregados.

### Obesidade e Ocupação Profissional da Mãe

Ocupação Profissional	n total (184)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Empregada	148	20	13,5	V.R.	V.R.
Desempregada	36	7	19,4	1,5 (0,6-4,0)	2,3 (0,1-73,3)

V.R. – variável referência

A maioria das mães está actualmente empregada. Apesar disso, crianças cujas mães estão actualmente desempregadas apresentam um risco 1,5 vezes maior de desenvolver obesidade.

### Obesidade e Estatuto Socioprofissional do Pai

Estatuto Socioprofissional	n total (158)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Ocupações Profissionais	13	1	7,7	V.R.	V.R.
Ocupações Técnicas e de Gerência	39	4	10,3	1,4 (0,1-13,5)	N.A.
Ocupações Qualificadas	31	7	22,6	3,5 (0,4-31,8)	N.A.
Ocupações Semiqualficadas	64	11	17,2	2,5 (0,3-21,2)	N.A.
Ocupações Não Qualificadas	11	1	9,1	1,2 (0,1-21,7)	N.A.

V.R. – variável referência  
N.A. – não aplicável

A maioria dos pais desempenha "ocupações semiqualficadas". Ter pais que têm um estatuto socioprofissional equivalente a "ocupações qualificadas" representa um risco de desenvolvimento de obesidade 3,5 vezes superior, comparativamente com crianças cujos pais têm "ocupações profissionais".

### Obesidade e Estatuto Socioprofissional da Mãe

Estatuto Socioprofissional	n total (157)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Ocupações Profissionais	12	2	16,7	2,3 (0,3-18,7)	N.A.
Ocupações Técnicas e de Gerência	25	2	8,0	V.R.	V.R.
Ocupações Qualificadas	54	6	11,1	1,4 (0,3-7,7)	0,7 (0,0-11,1)
Ocupações Semiqualficadas	35	6	17,1	2,4 (0,4-12,9)	1,0 (0,0-22,8)
Ocupações Não Qualificadas	31	3	9,7	1,2 (0,2-8,0)	28,0 (0,2-5145,0)

V.R. – variável referência  
N.A. – não aplicável

Sensivelmente 1/3 das mães tem um estatuto socioprofissional de "ocupações qualificadas", no entanto são as crianças cujas mães têm um estatuto de "ocupações semiqualficadas" que apresentam maior risco de desenvolver obesidade (prevalência de 17,1%; OR 2,4).

### Obesidade e Rendimento Familiar

Rendimento Familiar	n total (162)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
0-500 €	28	2	7,1	V.R.	V.R.
501-850 €	33	4	12,1	1,8 (0,3-10,6)	N.A.
851-1500 €	43	9	20,9	3,4 (0,7-17,3)	N.A.
1501-2750 €	42	6	14,3	2,2 (0,4-11,6)	N.A.
2751-3750 €	11	1	9,1	1,3 (0,1-16,0)	N.A.
> 3750 €	5	0	0,0	N.A.	N.A.

V.R. – variável referência  
N.A. – não aplicável

A maioria das famílias tem um rendimento mensal entre 851-1500€ e são também estas famílias que constituem um maior factor de risco para a obesidade infantil (prevalência de 20,9%; OR 3,4).



### Obesidade e Peso à Nascimento

Peso à Nascimento	n total (180)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Muito Baixo Peso (< 1500 g)	1	0	0,0	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)
Baixo Peso (1500-2500 g)	10	1	10,0	V.R.	V.R.
Peso Normal (2500-4000 g)	161	25	15,5	1,7 (0,2-13,6)	1,3 (0,1-31,5)
Peso Elevado (> 4000 g)	8	1	12,5	1,3 (0,7-24,4)	1,6 (0,0-78,1)

A maioria das crianças nascem com um peso normal, apresentando uma prevalência de obesidade de 27,8% e um risco associado de 1,7 vezes mais de obesidade, comparativamente a crianças que nascem com baixo peso.

### Obesidade e Tempo de Gestação

Tempo de Gestação	n total (184)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
A termo	167	24	14,4	1,3 (0,3-5,9)	1,0 (0,1-7,8)
Prematuro (<37 Semanas de gestação)	17	2	11,8	V.R.	V.R.

A maioria das crianças nasceram com um tempo de gestação completo, apresentando uma prevalência de obesidade de 14,4% e um risco (OR=1,3) de obesidade superior, comparativamente a crianças prematuras.

### Obesidade e Amamentação

Amamentação	n total (686)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Sim	625	95	15,2	1,2 (0,5-2,6)	0,9 (0,1-8,0)
Não	61	8	13,1	V.R.	V.R.

Maioritariamente as crianças são amamentadas, apresentando uma prevalência de obesidade (15,2%), tendo 1,2 vezes mais risco de obesidade comparativamente a crianças não amamentadas.

### Obesidade e Durabilidade da Amamentação

Durabilidade da Amamentação	n total (175)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
< 1 Mês	11	3	27,3	5,3 (0,7-37,0)	2,6 (0,2-45,2)
1-3 Meses	30	2	6,7	V.R.	V.R.
3-6 Meses	56	5	8,9	1,4 (0,3-7,5)	1,7 (0,3-12,3)
> 6 Meses	78	17	21,8	4,0 (0,8-18,1)	9,4 (1,4-62,2)*

\*p<0,05

Maioritariamente, as crianças são amamentadas durante um período > 6 meses, contudo a prevalência (27,3%) e o risco (OR=5,3) é superior em crianças amamentadas < 1 mês, comparativamente a crianças amamentadas entre 1-3 meses.

### Obesidade e Ganho de Peso na Gravidez

Ganho de Peso	n total (171)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
< 5 kg	4	1	25,0	3,1 (0,3-36,1)	2,5 (0,2-40,6)
5-10 kg	61	12	19,7	2,3 (0,8-7,0)	2,7 (0,7-11,1)
10-15 kg	52	5	9,6	V.R.	V.R.
15-20 kg	37	7	18,9	2,2 (0,6-7,5)	2,2 (0,6-8,9)
> 20 kg	17	2	11,8	1,3 (0,2-7,1)	0,8 (0,1-5,9)

A maioria das mães ganha entre 5-10 kg durante a gravidez (n=61), contudo a prevalência de obesidade (25,0%) e o risco (OR=3,1) é superior para mães que aumentam < 5 kg, sendo que o número da amostra é pequeno em relação às restantes respostas.

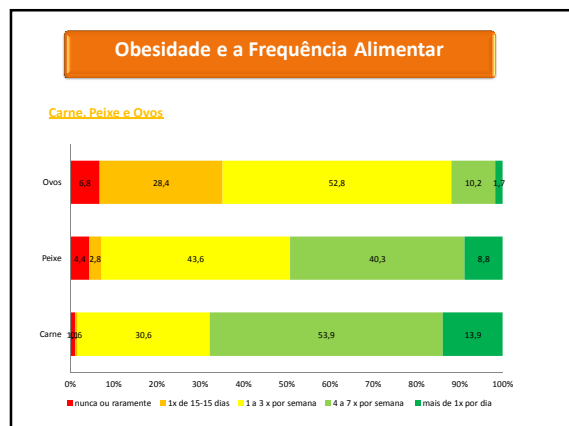
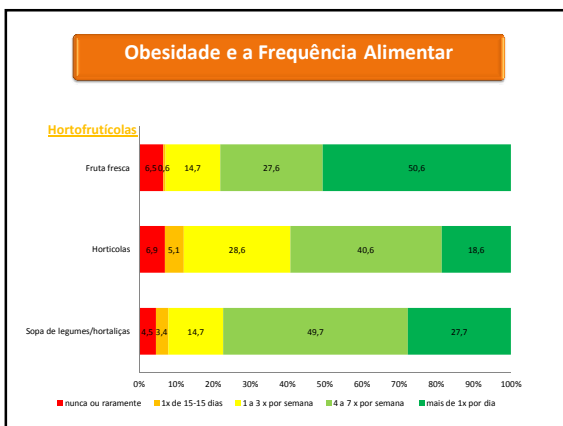
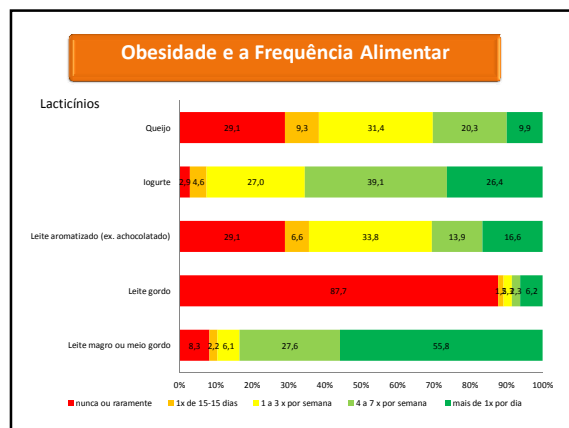
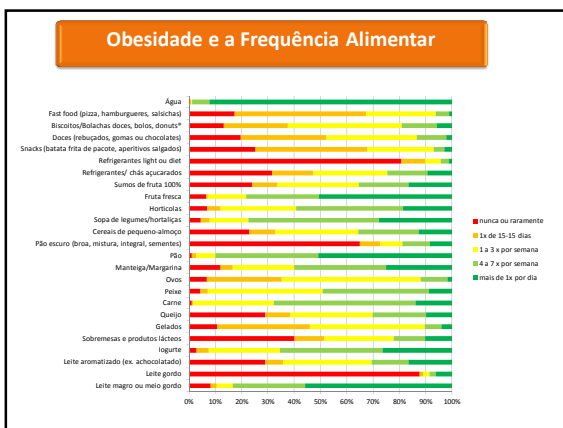
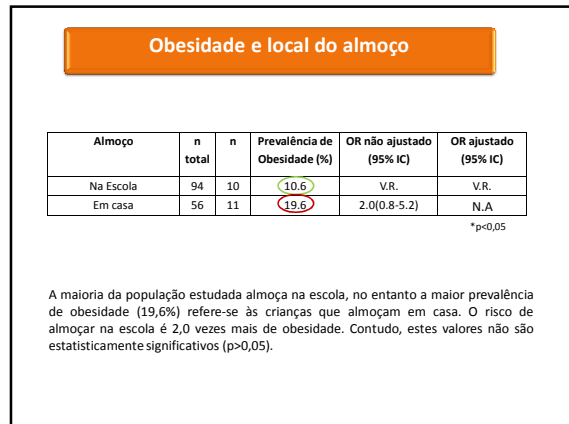
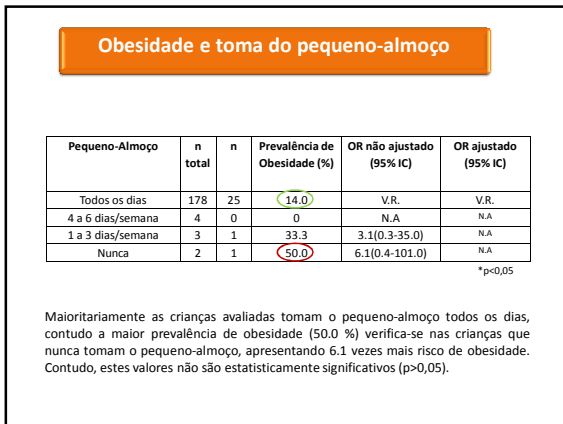
### Obesidade e Idade da Mãe

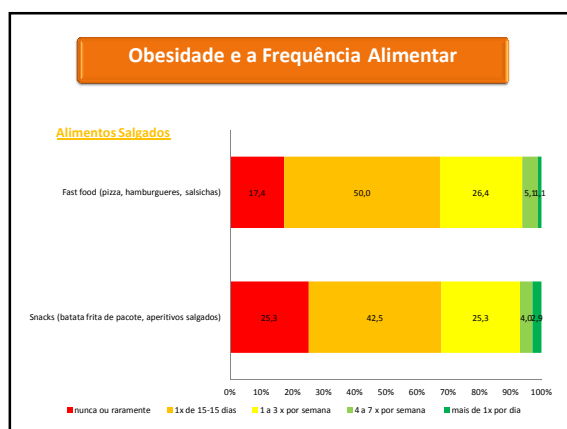
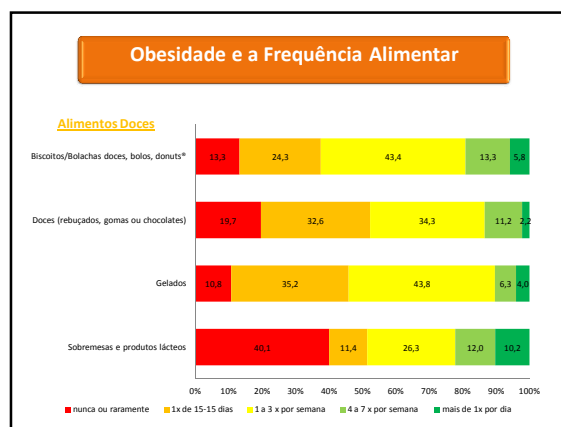
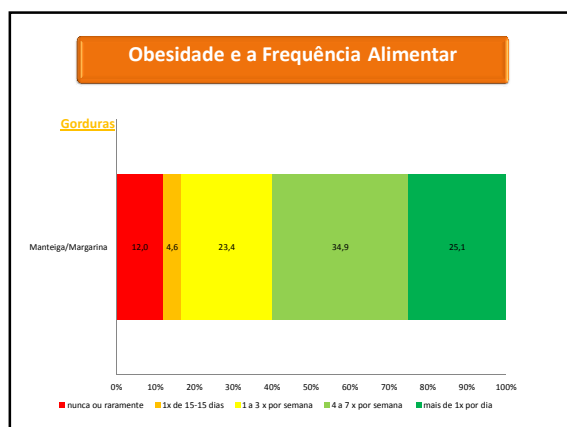
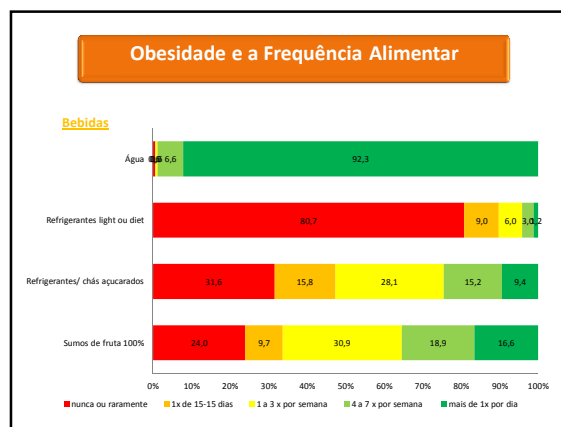
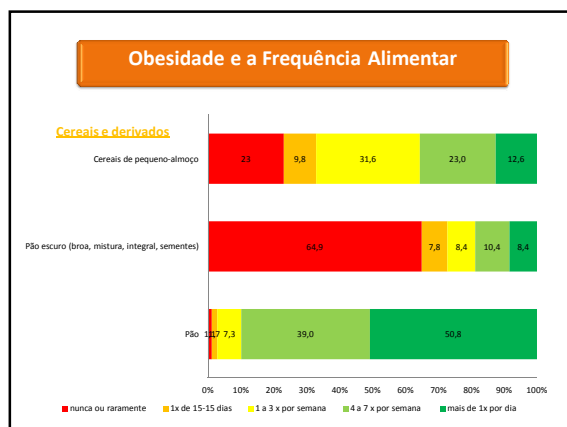
Idade da Mãe	n total (186)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
< 20 anos	7	1	14,3	2,5 (0,1-46,8)	6,8 (0,2-228,6)
20-25 anos	36	5	13,9	2,4 (0,3-22,6)	9,3 (0,4-209,7)
25-30 anos	71	11	15,5	2,8 (0,3-23,0)	9,1 (0,5-161,0)
30-35 anos	51	8	15,7	2,8 (0,3-24,2)	8,3 (0,4-161,2)
35-40 anos	16	1	6,3	V.R.	V.R.
> 40 anos	5	1	20,0	3,8 (0,2-74,1)	NA <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Não Ajustável

\*p<0,05

Apesar da maioria serem mães com idades entre 25-30 anos, verifica-se que crianças cujas mães engravidaram com idade > 40 anos apresentam uma prevalência de obesidade 20,0%, tendo 3,8 vezes mais risco de obesidade, comparativamente com mães entre os 35-40 anos.





### Obesidade e Deslocação para a Escola - Ida

Ida para a escola	n Total (185)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Costuma ir no autocarro escolar	8	2	25,0	2,5 (0,4-14,1)	0,5 (0,1-3,0)
Vai de transporte público	4	0,0	0,0	0,0	0,4 (0,0-3,3)
É transportada de automóvel	88	14	15,9	1,4 (0,6-3,4)	0,5 (0,2-1,3)
Vai a pé	85	10	11,8	V.R	V.R

A maioria das crianças avaliadas, que apresentam obesidade, são transportadas para a escola de automóvel (n=14), contudo aquelas que vão de autocarro escolar apresentam uma maior prevalência de obesidade (25,0%), assim como um risco acrescido de obesidade (OR=2,5), comparativamente àquelas que costumam ir a pé.

### Obesidade e Deslocação para a Escola - Regresso

Regresso da Escola	n Total (184)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Costuma ir no autocarro escolar	12	4	33,3	5,1 (1,2-20,6)*	2,2 (0,7-6,7)
Vai de transporte público	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7(0,2-13,1)
É transportada de automóvel	83	14	16,9	2,1 (0,8-5,2)	1,7 (0,7-4,2)
Vai a pé	89	8	9,0	V.R	V.R

\*p&lt;0,05

Tal como anteriormente, a maioria das crianças com obesidade deste município, regressam da escola de automóvel (n=14), no entanto aquelas que regressam de autocarro escolar apresentam uma maior prevalência de obesidade (33,3%), comparativamente àquelas que regressam a pé, sendo assim um factor de risco para a obesidade (OR=5,1).

67

### Obesidade e Actividade Física

Faz Desporto?	n Total	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Faz Desporto?	186	27			
Sim	95	11	11,6	V.R	V.R
Não	91	16	17,6	1,6 (0,7-3,7)	1,0 (0,0-34,2)
Quantos dias/semana?	186	27			
0 dias por semana	91	16	17,6	2,6 (0,7-9,6)	1,9 (0,0-70,6)
1 dias por semana	25	2	8,0	1,1 (0,2-7,0)	1,6 (0,8-3,1)
2 dias por semana	40	3	7,5	V.R	V.R
>3 dias por semana	30	6	20,0	3,1 (0,7-13,5)	1,0 (0,5-2,0)

A maioria das crianças em estudo não praticam desporto, apresentando uma maior prevalência de obesidade (17,6%) e 1,6 vezes mais risco de obesidade, comparativamente às crianças que praticam desporto. Das crianças que praticam desporto há uma menor prevalência de obesidade naquelas que praticam 2 dias por semana (7,5%).

68

### Obesidade e Segurança

Caminho para/e da escola é seguro?	N Total (187)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Sim	87	7	8,0	V.R	V.R
Não	100	19	19,0	2,7 (1,1-6,7)*	1,4 (1,0-2,1)

\*p&lt;0,05

A maioria dos encarregados de educação considera que o caminho percorrido para a escola pelas crianças deste município não é seguro, apresentando uma prevalência de obesidade de 19,0% e 2,7 vezes mais risco de obesidade, comparativamente às crianças cujo caminho é seguro, tratando-se assim de um factor de risco para a obesidade infantil.

69

### Obesidade e Sedentarismo

Criança brinca fora de casa/vizinhança	n Total	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Dias de semana	182	27			
Nunca	40	9	22,5	4,0 (0,8-19,7)	1,4(0,7-2,6)
Menos de 1h/dia	39	5	12,8	2,0 (0,4-11,0)	1,0 (0,5-1,7)
Cerca de 1h/dia	55	8	14,5	2,3 (0,5-11,6)	1,3(0,7-2,2)
Cerca de 2h/dia	29	2	6,9	V.R	V.R
Cerca de 3 ou mais horas/dia	19	3	15,8	2,5 (0,4-16,8)	0,9 (0,3-2,3)

Neste município verifica-se que as crianças em estudo que nunca brincam fora de casa durante a semana apresentam uma prevalência de obesidade de 22,5% e 4,0 vezes mais risco de obesidade (OR=4,0), comparativamente àquelas que brincam fora de casa cerca de 2h/dia.

70

### Obesidade e Sedentarismo

Criança brinca fora de casa/vizinhança	n Total (187)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Fim de semana	182	25			
Nunca	12	4	33,3	9,0 (0,9-93,8)	1,0 (0,4-2,5)
Menos de 1h/dia	9	0	0,0	0,0	1,0 (0,4-3,0)
Cerca de 1h/dia	19	1	5,3	V.R	V.R
Cerca de 2h/dia	43	9	20,9	4,8 (0,6-40,6)	1,0 (0,5-2,0)
Cerca de 3 ou mais horas/dia	99	11	11,1	2,2 (0,3-18,5)	0,9 (0,5-1,6)

Apesar da maioria da população em estudo brincar fora de casa cerca de 3 ou mais horas/dia, durante o fim-de-semana, verifica-se que existe uma maior prevalência de obesidade nas crianças que nunca brincam fora de casa (33,3%), assim como um risco acrescido de obesidade (OR=9,0), comparativamente àquelas que brincam cerca de 1h/dia.

71

### Obesidade e Visionamento Televisivo

Quantas horas gasta a criança vendo TV?	n Total	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Dias de semana	188	27			
Cerca de 1h/dia	126	15	11,9	V.R	V.R
Mais de 2h/dia	62	12	19,4	1,8 (0,8-4,1)	0,5 (0,3-0,9)
Fim de semana	187	27			
Cerca de 1h/dia	49	7	14,3	V.R	V.R
Mais de 2h/dia	138	20	14,5	1,0 (0,4-2,6)	1,0 (0,7-1,6)

Neste município verifica-se que as crianças em estudo que vêm mais de 2 horas de TV/dia, durante a semana e no fim-de-semana, apresentam uma maior prevalência de obesidade, 19,4% e 14,5% respectivamente, e um risco acrescido de obesidade, comparativamente às crianças que vêm TV cerca de 1h/dia (OR=1,8 e OR=1,0, respectivamente).

72

### Obesidade e Utilização do Computador

Tem computador em casa?	n Total (655)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
Sim	615	94	15,3	0,5 (0,2-1,7)	0,8 (0,5-1,5)
Não	40	5	12,5	V.R	V.R

Mais de metade das crianças obesas em estudo têm computador em casa, tendo uma prevalência de obesidade de 15,3% e um risco acrescido de obesidade (OR=0,5), comparativamente àquelas que não têm computador em casa.

73

### Obesidade e Utilização do Computador

Quantas horas gasta a criança utilizando PC?	n Total	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
<b>Dias de semana</b>	<b>181</b>	<b>27</b>			
Cerca de 1h/dia	169	25	14,8	V.R	V.R
Mais de 2h/dia	12	2	16,7	1,2 (0,2-5,6)	1,3 (0,6-2,8)
<b>Fim de semana</b>	<b>178</b>	<b>27</b>			
Cerca de 1h/dia	114	16	14,0	V.R	V.R
Mais de 2h/dia	64	11	17,2	1,3 (0,6-3,0)	1,2 (0,7-1,7)

Relativamente à utilização do computador, verifica-se que a maioria das crianças em estudo deste município, utilizam o PC cerca de 1h/dia durante a **semana e ao fim-de-semana**, no entanto existe uma maior prevalência de obesidade nas crianças que utilizam o PC mais de 2h/dia (16,7% e 17,2% respectivamente), apresentando também um risco acrescido de obesidade (OR=1,2 e OR=1,3, respectivamente).

74

### Obesidade e Horas de Sono

Sono nocturno+outros períodos de sono (minutos/horas)	n Total (183)	n	Prevalência de obesidade (%)	OR não ajustado (95% IC)	OR ajustado (95% IC)
<480 (8h) /dia	32	4	12,5	V.R	V.R
481-599 (8-10h) /dia	73	10	13,7	1,1 (0,3-3,8)	0,8 (0,5-1,4)
>600 (10h) /dia	78	13	16,7	1,4 (0,4-4,7)	0,6 (0,4-1,1)

As crianças do município do Seixal que dormem mais de 10h/dia apresentam uma maior prevalência de obesidade (16,7%) e 1,4 vezes mais risco de obesidade, comparativamente às crianças que dormem menos de 8 horas por dia.

75

### CONCLUSÕES

468 crianças:

Peso médio = 29,6 kg

Altura média = 129,8 cm

29,7% excesso de peso, 17,1% pré-obesidade e 12,6% obesidade

→ Maior prevalência nos MENINOS (31,2%) comparativamente com as MENINAS (28%)

→ Maior prevalência no grupo 8 - 9 comparativamente aos restantes.

### CONCLUSÕES

Seguem tendência natural →

NECESSIDADE PROGRAMAS

PROMOÇÃO DA SAÚDE



[www.uatlantica.pt](http://www.uatlantica.pt)

[alsilva@uatlantica.pt](mailto:alsilva@uatlantica.pt)

[arito@uatlantica.pt](mailto:arito@uatlantica.pt)