

questionário. Foram realizadas avaliações antropométricas nas crianças (peso e estatura). Para a análise estatística foram utilizados o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis. **Resultado:** (i) Mães que apresentavam uma escolaridade superior (Bacharelato/ Licenciatura), utilizavam mais práticas restritivas na alimentação da criança ( $p=0,020$ ); (ii) Mães de crianças com excesso de peso ou obesidade, exerciam maior restrição na alimentação do seu filho(a) ( $p=0,000$ ); (iii) Mães de crianças que seleccionaram para comer “ontem” leite com chocolate, cereais doces e bolachas de chocolate ou com recheio, exerciam maior pressão na sua alimentação. Por outro lado, mães de crianças que seleccionaram para comer “ontem” bolos ( $p=0,004$ ), sobremesas ( $p=0,022$ ), pizzas/ hambúrguer/ cachorro quente ( $p=0,043$ ) e rebuçados/chocolates/gomas ( $p=0,012$ ) exerciam maior restrição na sua alimentação. **Conclusão:** Os resultados sugerem que o uso materno de práticas restritivas na alimentação da criança pode influenciar as escolhas alimentares e o estado ponderal dos seus filhos. Por outro lado, estas práticas maternas podem ser influenciadas por factores sociais como por exemplo, a escolaridade materna. **Palavras-Chave:** práticas restrição alimentar, obesidade infantil, escolhas alimentares.

## C27

### Vigilância Nutricional Infantil – primeira fase

Daniela Alexandra Marcos Santos, César Carlos Vieira Valente, Eunice Joana Sousa Rodrigues, Regina Célia Rodrigues Afonso, Iolanda Ligia Afonso, Elisabete Fatima Santos Ventura, Carla Celeste Jacinto Sá, Manuela Santos

ACES Nordeste - Centro de Saúde de Mogadouro; ACES Nordeste - Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros; ACES Nordeste - Centro de Saúde de Bragança; ACES Nordeste - Centro de Saúde de Miranda do Douro; ACES Nordeste - Centro de Saúde de Mirandela  
[danielamarcosantos@gmail.com](mailto:danielamarcosantos@gmail.com)

**Introdução:** O Agrupamento de Centros de Saúde do Nordeste, tem como objectivo reduzir a incidência e a prevalência dos distúrbios nutricionais em crianças e jovens. Assim, em colaboração com a Direcção Geral da Saúde, elaborou-se o Projecto de Vigilância Nutricional Infantil (PNVNI). Objectivos: Avaliar e classificar o estado nutricional das crianças de 6 e 7 anos a frequentar o 1º e 2º anos de escolaridade do Distrito de Bragança e comparar os resultados entre concelhos. **Métodos:** Recolha de dados de 20 de Abril a 22 de Maio de 2009, nas escolas que aderiram ao PNVNI. Avaliação de todas as crianças que entregaram o consentimento informado, previamente solicitado. As crianças foram avaliadas individualmente por dois examinadores, num compartimento capaz de assegurar a privacidade. Todas as crianças foram medidas e pesadas descalças e vestindo apenas cueca. Para pesagem utilizaram-se balanças SECA onda, modelo 843® e para a medição da estatura estadiómetros SECA modelo 214®. Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados construída no programa informático Microsoft Excel 2007® que classificava o estado nutricional baseada nas tabelas de percentis da OMS de 2007. **Resultados:** De um total de 1202 crianças foram avaliadas 982, 493 meninas e 489 meninos. O tratamento dos dados antropométricos revela 1,1% de crianças com magreza extrema, 4,9% com magreza, 59,8% normoponderais, 18,9% crianças com pré-obesidade e 15,3% com obesidade. A prevalência de pré-obesidade é maior nas meninas (18,9%) e a de obesidade nos meninos (16,0%). Os concelhos com maior prevalência de excesso de peso são Carrazeda de Ansiães (42,9%) e Vimioso (39,5%) sendo o concelho de Freixo de Espada à Cinta aquele que apresenta maior índice de obesidade (26,3%). Com maior índice de baixo peso surgem Torre de Moncorvo (11,7%) e Vinhais (7,9%). O concelho com maior taxa de normoponderalidade é o de Alfândega da Fé (69,6%). **Conclusão:** O estudo destaca-se pela elevada taxa de participação (81,7%), apesar de terem sido excluídas 538 crianças do concelho de Bragança. Os valores divergentes entre concelhos, reforçam a necessidade de dar continuidade ao PNVNI. Para além disso, é fundamental o cruzamento destas variáveis com as informações obtidas nos questionários aplicados de modo a conseguir explicar os resultados obtidos. **Palavras-Chave:** Projecto de Vigilância Nutricional Infantil, distúrbios nutricionais, magreza, normoponderalidade, obesidade.

## Obesidade e Co-morbilidades

## C28

### Crítérios de diagnóstico de anomalias da homeostasia da glicose da ADA e da IDF: Haverá diferenças?

Joana Mesquita; Pedro Rodrigues; César Esteves; Sandra Belo; Claudia Nogueira; Maria João Matos; Ana Varela; Paula Freitas; Joana Queirós; Flora Correia; Bruno Oliveira; Manuel Ferreira de Almeida; João Tiago Guimarães; José Luís Medina; Davide Carvalho

Hospital São João – EPE; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; LIAAD-INESC Porto LA  
[joanamesquita1@gmail.com](mailto:joanamesquita1@gmail.com)

**Introdução:** O curso da diabetes mellitus (DM) tipo 2 é insidioso e antes do seu desenvolvimento poderão ser detectadas outras anomalias da homeostasia da glicose: a anomalia da glicemia em jejum (AGJ), a diminuição da tolerância à glicose

(DTG) e a elevação da hemoglobina glicada (A1c). Objectivos: Comparar a prevalência de anomalias da homeostasia da glicose em doentes obesos, usando os critérios de diagnóstico da ADA 2009, ADA 2010 e IDF 2005. **Métodos:** Foram avaliados 143 doentes obesos seguidos na consulta externa de Obesidade Mórbida do Hospital de São João-EPE sem diagnóstico prévio de DM. Avaliaram-se as variáveis antropométricas e todos foram submetidos a uma prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75gr de glicose. **Resultados:** Os doentes tinham idade de  $39,9 \pm 10,6$  anos e índice de massa corporal (IMC) de  $64,8 \pm 25,0$  Kg/m<sup>2</sup>. A glicemia em jejum média era de  $99,1 \pm 20,1$  mg/dL, a glicemia média aos 120' da PTGO era de  $147,5 \pm 52,0$  mg/dL e a A1c média era de  $5,8 \pm 0,8$ %. Pelos critérios da ADA 2009, a prevalência de AGJ isolada era de 8,4%, a de DTG isolada era de 17,5%, a de AGJ associada a DTG era de 4,9% e a de DM era de 20,3%. Quando se juntou a estes critérios a A1c=6,5%, a percentagem de DM subiu para 23,1%. Por seu lado, quando se consideraram os critérios de DM isoladamente, a prevalência de DM era de 10,5% pela glicemia em jejum=126mg/dL, de 18,9% pela glicemia às 2 horas na PTGO=200mg/dL e de 14,0% pela A1c=6,5%. Finalmente, pelos critérios da IDF 2005, a prevalência de AGJ desceu para 2,1% e a de AGJ associada a DTG desceu para 3,5%. **Conclusões:** A PTGO isoladamente foi o método mais sensível para diagnóstico de diabetes em doentes obesos. O critério A1c=6,5% aumentou a prevalência do diagnóstico de diabetes. **Palavras-Chave:** Diabetes; A1c; Obesidade.

## C29

### Risco cardiometabólico em profissionais do sector da saúde

Patrícia Almeida Nunes, Elisabete Ferreira, Inês Ferreira, Sara Policarpo, Tiago Martins

CHLN - Hospital Santa Maria - Serviço de Dietética e Nutrição  
patricia.nunes@hsm.min-saude.pt

**Introdução:** A evidência tem demonstrado que o excesso de gordura abdominal (ou visceral) é um dos mais importantes preditores do risco cardiometabólico, podendo este ser classificado com base no perímetro de cintura (PC). O objectivo deste estudo foi caracterizar o risco cardiometabólico com base no PC. **Métodos:** Seleccionaram-se aleatoriamente 4 categorias de profissionais de um hospital: assistentes operacionais (AO), enfermeiros (E), médicos (M) e técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT). Recolheram-se dados de caracterização (idade, género) antropométricos (peso, altura, Índice de Massa Corporal – IMC e PC) a indivíduos com idade entre 20 e 65 anos. **Resultados:** Incluíram-se 228 indivíduos no estudo; 185 (81%) do género feminino, distribuídos pelas categorias profissionais: AO (n=57), E (n=58), M (n=55) e TDT (n=58). Na amostra, a média de idade foi de  $37,3 \pm 11,4$  anos, classificando-se o IMC como: magreza – 1%, normoponderal – 59%, excesso ponderal – 27% e obesidade – 13%. A prevalência observada de excesso ponderal e obesidade (agrupadas) por categoria foi: AO – 60%; E – 33%; M – 38% e TDT – 28% (p=0,000), sendo o IMC médio no género masculino ( $26,5$  kg/m<sup>2</sup>) superior ao feminino ( $24,6$  kg/m<sup>2</sup>). Quanto ao risco cardiometabólico baseado no PC, observou-se que quer no género feminino, quer no género masculino, o risco é baixo ( $77,8$  cm e  $90,6$  cm respectivamente). As médias de PC observadas para os AO, E, M e TDT's foram, respectivamente de  $85,3 \pm 12,1$  cm;  $76,7 \pm 9,3$  cm;  $82,4 \pm 14,0$  cm;  $76,5 \pm 10,5$  cm. Não se observou associação entre a classificação do risco cardiometabólico (“baixo”, “elevado” e “muito elevado”) e o género (p = 0,483). **Conclusões:** Nesta amostra o risco cardiometabólico foi baixo, apesar da elevada prevalência de excesso ponderal (40%), mais prevalente na categoria profissional dos AO. Porém, isto pode dever-se a amostra ser maioritariamente constituída pelo género feminino, e, portanto, predominar o morfotipo ginóide **Palavras-Chave:** risco cardiometabólico, obesidade, profissionais de saúde.

## C30

### Rastreio do risco cardiovascular, diabetes e estado nutricional dos sócios e beneficiários dos SSCGD

Vânia Costa, Andreia Campos, Filomena Espada, Juliana Martins, Maria Madalena Matos, Ana Sofia Melo, Cristina Costa Santos, Teresa Tavares, Ana S Cachopo, Rute Queiroz

Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos  
vania.costa.diet@gmail.com

As doenças cardiovasculares, sobretudo os AVCs e a doença isquémica do coração, são as principais causas de morte em Portugal. Estas doenças e a diabetes estão intimamente associadas à cada vez maior prevalência de obesidade e pré-obesidade da população. O **objectivo** deste trabalho foi calcular a prevalência de factores de risco para doença cardiovascular e diabetes e a incidência destas patologias numa população (n=407) beneficiária dos serviços Sociais da CGD, oriunda de 8 capitais de distrito. Pretendeu-se caracterizar as diversas populações, através da utilização de scores para aferição de risco CV e diabetes, e analisar correlações entre as diversas variáveis. Foi assim realizado um rastreio presencial de factores de risco CV, através de avaliação de índices antropométricos, parâmetros analíticos (glicemia, colesterol total), pressão arterial sistólica e diastólica, antecedentes pessoais e familiares de DM ou patologia CV; os hábitos alimentares, tabágicos e de actividade física desta população foram igualmente avaliados. O modelo utilizado para cálculo de probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular – tendo como base o sexo, a idade, os hábitos tabágicos, a pressão arterial sistólica