



**Universidade Nova de Lisboa**

**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

**ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS JOVENS,  
COM E SEM FILHOS, NA CIDADE DA PRAIA EM CABO VERDE**

**Ana Vieira Neves Bouça**

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE  
MESTRE EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

**Julho 2015**





**Universidade Nova de Lisboa**  
**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

**Alimentação e Atividade Física em adultos jovens, com  
e sem filhos, na Cidade da Praia em Cabo Verde**

**Autor:** Ana Vieira Neves Bouça

**Orientador:** Professora Doutora Luzia Gonçalves

Dissertação desenvolvida para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento, realizada sob a orientação da Professora Doutora Luzia Gonçalves.

Projeto financiado por:

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

## **AGRADECIMENTOS**

Este projeto envolveu bastante trabalho e dedicação a título pessoal, no entanto o mesmo não seria possível sem a colaboração de outras pessoas, aos mais diversos níveis.

Assim, gostaria de fazer alguns agradecimentos a quem, de alguma forma, contribuiu para a concretização deste projeto que, por sua vez, encerrará mais uma etapa no meu percurso académico.

Antes de mais, gostaria de agradecer aos Professores e Palestrantes convidados que, através dos seus conhecimentos e experiência, contribuíram para a minha evolução enquanto profissional de saúde, nas mais diversas áreas do programa do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento.

Por outro lado, um especial agradecimento à minha Orientadora, Professora Doutora Luzia Gonçalves, pela oportunidade que me proporcionou ao participar, de alguma forma, no projeto “Planeamento Urbano e Desigualdades em Saúde: Passando das estatísticas macro para as micro.”(PTDC/ATP-EUR/5074/2012), na Cidade da Praia (Ilha de Santiago) – Cabo Verde, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, permitindo assim aliar a minha área de atuação às restantes, e que me encorajou nos momentos mais complicados.

Um agradecimento, também, às minhas colegas de mestrado pela partilha de informação e experiências pessoais e profissionais, sobretudo à Liliane Costa, que me acompanhou em todos os trabalhos de grupo.

Relativamente ao projeto em Cabo Verde, quero agradecer a todos os que possibilitaram a recolha dos dados e que, conseqüentemente, permitiram que os pudesse trabalhar, em particular à Daniela Alves que, sempre que possível, me esclareceu em situações da análise dos dados.

Por último, agradeço aos meus pais, que sempre me incentivaram e possibilitaram a concretização de todos os meus projetos e ambições, ao longo de todo o meu percurso académico, sobretudo, à minha mãe que, de forma incansável, reviu todo o trabalho/dissertação.

## **RESUMO**

### **ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS JOVENS, COM E SEM FILHOS, NA CIDADE DA PRAIA EM CABO VERDE.**

ANA VIEIRA NEVES BOUÇA

PALAVRAS-CHAVE: urbanização, estado nutricional, excesso de peso/obesidade, atividade física, filhos.

Nesta era da globalização, o processo de urbanização tem ganho terreno com o aumento da densidade populacional nas cidades. Sobretudo nos países em desenvolvimento, paralelamente ao desenvolvimento económico, tem-se observado uma transição nutricional fruto da alteração dos padrões alimentares. Esta, por sua vez, está associada a modificações no estado nutricional com conseqüente aumento do índice de massa corporal (IMC), contribuindo para o excesso de peso/obesidade juntamente com a inatividade física.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2007, em Cabo Verde, foram relatados dados por sexo, onde se identificou que 43% das mulheres e 31% dos homens apresentavam excesso de peso, e que 15% das mulheres e 7% dos homens apresentavam obesidade (African Health Observatory, 2010-2015).

Este estudo teve como objetivo explorar o padrão alimentar, o estado nutricional e a atividade física (com foco no lazer) dos adultos jovens oriundos de zonas com características urbanas formais e informais, dos bairros do Plateau, Vila Nova e Palmarejo (unidades urbanas) da Cidade da Praia (Cabo Verde), destacando as diferenças por género e consoante a presença ou não de filhos.

O presente trabalho está incluído no âmbito do projeto de investigação “Planeamento Urbano e Desigualdades em Saúde: Passando das estatísticas macro para as micro” (PTDC/ATP-EUR/5074/2012), financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), envolvendo o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, a Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa e o Ministério da Saúde de Cabo Verde.

Foi selecionada uma subamostra de 753 adultos jovens (288 homens e 455 mulheres) entre os 18 e os 30 anos, que responderam a um questionário – UPHI-STAT – elaborado especificamente para o projeto.

Neste estudo, os inquiridos desta faixa etária relataram fazer uma alimentação variada, onde se destacou o consumo regular de carne/peixe/ovos, leguminosas, farináceos, legumes e fruta, embora se tenham observado valores de excesso de peso/obesidade de 24,5% nas mulheres, com um IC a 95%: ]20,2;29,5[, e de 19,6% nos homens, com um IC a 95%: ]14,8;25,5[.

Quanto à prática de atividade física em lazer, registam-se discrepâncias por género. Nos homens encontrou-se uma percentagem de prática de 68,8% - IC a 95%: ]63,2;73,8[ - e nas mulheres apenas 25,9% - IC a 95%: ]22,1;30,2[.

De acordo com os modelos de regressão logística múltipla para o excesso de peso/obesidade, as variáveis com maior poder explicado foram a idade e o número de filhos quer na amostra total, quer para homens ou mulheres. Para a prática de atividade física em lazer, registou-se a significância das variáveis: sexo, idade, habilitações literárias, número de filhos e o número de adultos no agregado.

De uma forma geral, são as mulheres e os participantes que têm filhos quem apresenta maior prevalência de excesso de peso/obesidade e, simultaneamente, quem menos pratica atividade física em lazer, justificando uma atenção específica para as mulheres que têm filhos, nesta faixa etária, através do seu envolvimento no sentido da alteração dos padrões alimentares e incentivo à prática de atividade física em lazer, por meio de intervenções desenhadas para este efeito.

## **ABSTRACT**

### **NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY IN YOUNG ADULTS, WITH AND WITHOUT CHILDREN, IN THE CITY OF PRAIA, CAPE VERDE.**

ANA VIEIRA NEVES BOUÇA

KEYWORDS: urbanization, nutritional status, overweight/obesity, physical activity, children.

In this era of globalization, urbanization process has gained ground with increasing population density in cities. Particularly in developing countries, in parallel with economic development, a nutritional transition result of the change in eating patterns has been occurring. This is also associated with changes in nutritional state leading to increased body mass index (BMI), contributing to overweight/obesity, along with physical inactivity.

According to the World Health Organization (WHO) in 2007, in Cape Verde, it has been reported data by sex, where it was identified that 43% of women and 31% of men were overweight, and 15% of women and 7% of men were obese (African Health Observatory, 2010-2015).

This study aimed to explore the dietary pattern, nutritional status and physical activity (with a focus on leisure) of young adults from areas with formal and informal urban characteristics of neighborhoods of Plateau, Vila Nova and Palmarejo (designated by urban units) in Praia (Cape Verde), highlighting the differences by gender and according to the presence or not of children.

This work is included in the research project "Urban Planning and Health Inequalities: Moving from macro statistics for micro" (PTDC/ATP-EUR/5074/2012), funded by the Foundation for Science and Technology (FCT) involving the Institute of Hygiene and Tropical Medicine, the Faculty of Science and Technology, New University of Lisbon and the Ministry of Health of Cape Verde. It was selected a subsample of 753 young adults (288 men and 455 women) between 18 and 30, who answered a questionnaire – UPHI-STAT – designed specifically for this project.

In this study, respondents in this age group reported a varied diet, where excelled regular consumption of meat/fish/eggs, legumes, starches, vegetables and fruit, but it has been observed excess amounts of overweight/obesity in 24,5% of women, with a 95% CI: ]20,2;29,5[, and 19,6% of men with a 95% CI: ]14,8;25,5[.

As for physical activity in leisure, we recorded discrepancy by gender. In men, it was found a percentage of 68.8%, with a 95% CI: ]63,2;73,8[ and in women only 25.9%, with a 95% CI: ]22.1;30.2[.

According to multiple logistic regression models for overweight/obesity, the main contribution of explanatory variables was due to age and the number of children either in total sample, whether for men or women. In the practice of physical activity in leisure, it was found the significance of the following variables: gender, age, educational level, number of children and number of adults in the household.

In general, women and participants who have children presented higher prevalence of overweight/obesity and simultaneously who practice less physical activity in leisure, justifying specific attention to women who have children in this age group by its engagement towards change in eating patterns and encouraging physical activity in leisure through interventions designed for this purpose.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>3</b>
1.1. PROCESSO DE URBANIZAÇÃO .....	3
1.2. CABO VERDE: PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO ...	4
1.2.1. Excesso de Peso e Obesidade .....	5
1.2.2. Transição Nutricional .....	6
1.2.3. Atividade Física .....	7
1.2.4. Processos de Emigração .....	8
1.2.5. Políticas de Saúde .....	9
1.3. ESTADO NUTRICIONAL E OUTROS FATORES ASSOCIADOS ..	12
<b>2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	18
2.2. OBJETIVOS .....	18
2.2.1. Objetivo Geral.....	18
2.2.2. Objetivos Específicos .....	18
<b>3. MÉTODOS .....</b>	<b>19</b>
3.1. TIPO DE ESTUDO .....	19
3.2. AMOSTRAGEM.....	19

3.3.	RECOLHA DE DADOS .....	20
3.4.	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	21
3.5.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS .....	23
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
4.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	24
4.2.	EQUIPAMENTOS E BENS NA HABITAÇÃO .....	32
4.3.	HÁBITOS ALIMENTARES.....	34
4.3.1.	Realização de um plano alimentar .....	34
4.3.2.	Padrões de consumo alimentar .....	34
4.3.3.	Métodos de confeção e tipos de gordura utilizados.....	49
4.4.	AQUISIÇÃO / COMPRA DE ALIMENTOS.....	50
4.5.	ATIVIDADE FÍSICA .....	53
4.6.	DADOS ANTROPOMÉTRICOS .....	59
4.7.	REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA MÚLTIPLA.....	63
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....</b>	<b>72</b>
5.1.	LIMITAÇÕES .....	87
5.2.	NOTA FINAL .....	88
<b>6.</b>	<b>TRABALHO FUTURO .....</b>	<b>90</b>
<b>7.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>91</b>

# ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

## FIGURAS

Figura 1 - Número de refeições de arroz consumidas por semana, segundo o sexo. .... 40

Figura 2 - Número de refeições de arroz consumidas por semana, segundo ter ou não filhos. .... 40

Figura 3 - Classificação do IMC calculado (variável categórica dicotômica), baseado no peso e altura autodeclarados, segundo o sexo..... 62

Figura 4 - Classificação do IMC calculado (variável categórica dicotômica), baseado no peso e altura autodeclarados, segundo ter ou não filhos..... 62

## TABELAS

Tabela 1. Caracterização das habilitações, estado civil e atividade profissional, segundo o sexo e ter ou não filhos. .... 25

Tabela 2. Caracterização do agregado familiar e do tipo de alojamento, segundo o sexo e ter ou não filhos..... 27

Tabela 3. Caracterização da idade e aspetos do agregado e seu alojamento, segundo o sexo. .... 28

Tabela 4. Caracterização da idade e aspetos do agregado e seu alojamento, segundo ter ou não filhos..... 29

Tabela 5. Número de filhos (categorizado), segundo o sexo e ter ou não filhos, para o tipo de zona formal ou informal. .... 31

Tabela 6. Equipamentos e bens na habitação para conservação/preparação/confeção dos alimentos, segundo o sexo. .... 33

Tabela 7. Realização de dieta alimentar prescrita por profissionais de saúde, segundo o sexo e ter ou não filhos. .... 34

Tabela 8. Frequência de consumo de produtos lácteos, segundo o sexo e ter ou não filhos. ....	35
Tabela 9. Frequência do consumo de proteína animal (carne/peixe/ovos) e vegetal (leguminosas), segundo o sexo e ter ou não filhos. ....	37
Tabela 10. Número de refeições de proteína animal (peixe/carne/ovos), segundo o sexo. ....	38
Tabela 11. Número de refeições de proteína animal (peixe/carne/ovos), segundo ter ou não filhos.....	38
Tabela 12. Frequência de consumo de farináceos, segundo o sexo e ter ou não filhos..	39
Tabela 13. Frequência de consumo de legumes, saladas e sopa, segundo o sexo e ter ou não filhos.....	41
Tabela 14. Frequência de consumo de fruta, segundo o sexo e ter ou não filhos.....	42
Tabela 15. Frequência de consumo de doces/bolos/sobremesas, aperitivos e alimentos pré cozinhados, segundo o sexo e ter ou não filhos.....	44
Tabela 16. Consumo de sal, segundo o sexo e ter ou não filhos. ....	45
Tabela 17. Frequência de consumo de alimentos em conserva de sal (salmoura e enlatados), segundo o sexo e ter ou não filhos. ....	46
Tabela 18. Volume total de água (mL) ingerido por dia, segundo o sexo.....	46
Tabela 19. Volume total de água (mL) ingerido por dia, segundo ter ou não filhos. ....	47
Tabela 20. Consumo de bebidas refrigerantes com/sem gás e sumos de fruta comerciais, segundo o sexo e ter ou não filhos.....	47
Tabela 21. Consumo de café, chá e aditivos, segundo o sexo e ter ou não filhos. ....	48
Tabela 22. Métodos de confeção utilizados, segundo o sexo e ter ou não filhos. ....	49

Tabela 23. Gorduras utilizadas na confecção de alimentos, segundo o sexo e ter ou não filhos. ....	49
Tabela 24. Locais de aquisição de alimentos, segundo o sexo e ter ou não filhos. ....	52
Tabela 25. Número de dias e número de minutos de atividade física por semana nas deslocações, segundo o sexo.....	54
Tabela 26. Número de dias e número de minutos de atividade física por semana nas deslocações, segundo ter ou não filhos. ....	54
Tabela 27. Atividade física no trabalho, segundo o sexo e ter ou não filhos. ....	56
Tabela 28. Atividade física em lazer, segundo o sexo e ter ou não filhos.....	58
Tabela 29. Dados antropométricos dos homens (peso ideal, peso e altura autodeclarados e IMC calculado), segundo ter ou não filhos. ....	60
Tabela 30. Dados antropométricos das mulheres (peso ideal, peso e altura autodeclarados e IMC calculado), segundo ter ou não filhos. ....	60
Tabela 31. Modelos simples e múltiplo (método <i>stepwise</i> ) para o excesso de peso/obesidade, segundo a regressão logística binária. ....	66
Tabela 32. Modelos simples e múltiplo (método <i>stepwise</i> ) no sexo masculino para o excesso de peso/obesidade, segundo a regressão logística binária. ....	67
Tabela 33. Modelos simples e múltiplo (método <i>stepwise</i> ) no sexo feminino para o excesso de peso/obesidade, segundo a regressão logística binária. ....	68
Tabela 34. Modelos simples e múltiplo (método <i>stepwise</i> ) para a atividade física em lazer, segundo a regressão logística binária.....	69
Tabela 35. Modelos simples e múltiplo (método <i>stepwise</i> ) no sexo masculino para a atividade física em lazer, segundo a regressão logística binária.....	70
Tabela 36. Modelos simples e múltiplo (método <i>stepwise</i> ) no sexo feminino para a atividade física em lazer, segundo a regressão logística binária.....	71

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AHO</b>	<i>African Health Observatory</i>
<b>BMI</b>	<i>Body Mass Index</i>
<b>CDC</b>	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
<b>DHS</b>	Demographic Health Survey
<b>FAO</b>	<i>Food and Agriculture Organization of the United Nations</i>
<b>FCT</b>	Fundação para a Ciência e a Tecnologia
<b>IHMT</b>	Instituto de Higiene e Medicina Tropical
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PNS</b>	Política Nacional de Saúde
<b>QUIBB</b>	Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem Estar
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
<b>UPHI-STAT</b>	<i>"Urban Planning and Health Inequalities: Moving from macro statistics to micro"</i>
<b>VIH</b>	Vírus de Imunodeficiência Humana
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

# INTRODUÇÃO

A urbanização é um processo crescente no mundo globalizado dos dias de hoje. Contudo, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) não é possível definir enquanto conceito único, aplicável a todos os países, uma vez que existem inúmeras diferenças nacionais nas características que distinguem zonas urbanas e zonas rurais, podendo cada país estabelecer a sua definição, consoante as necessidades (United Nations, 2014; Vlahov et al., 2007).

Atualmente, o Continente Africano ainda permanece maioritariamente rural, em concomitância com o Continente Asiático, apresentando 40% da população a viver em zonas urbanas (United Nations, 2014). Todavia, ao contrário de outras regiões, tem sofrido uma rápida urbanização, estimando-se o seu aumento para 56% até 2050, sendo que dos 2,5 milhões de pessoas a viver atualmente em zonas urbanas a nível mundial, 90% estarão concentradas em África e na Ásia (United Nations, 2014).

Cabo Verde, por sua vez, enquanto país membro do Continente Africano, não é exceção, estando também a atravessar este processo em paralelo com a transição nutricional, associada à alteração dos padrões de consumo, que induzem também uma alteração a nível do perfil epidemiológico, onde as doenças não transmissíveis ou crónicas se sobrepõem às doenças infecciosas, onde se destaca o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, a hipertensão e a diabetes *mellitus* (Bosu, 2014; Dop et al., 2012).

Desta forma, importa analisar determinados fatores que possam ser trabalhados, no sentido da adaptação de intervenções de saúde, que permitam evitar que a situação se agrave ainda mais, mas, acima de tudo, prevenir esta mudança de padrão epidemiológico, através da promoção e educação para a saúde em faixas etárias mais jovens.

Sendo assim, esta dissertação visa estudar possíveis fatores que influenciem o estado nutricional de adultos jovens entre os 18 e os 30 anos, em ambiente urbano – Cidade da Praia (Ilha de Santiago), num país em desenvolvimento - Cabo Verde – o qual passará, designadamente pelo estudo dos padrões alimentares, do estado

nutricional e da atividade física, e sua associação com o número de filhos, embora a maioria das vezes seja segundo ter ou não filhos.

Neste sentido, serão trabalhados os dados sociodemográficos mediante o sexo masculino e feminino e os indivíduos que tenham ou não filhos, identificando possíveis padrões na alteração dos hábitos alimentares e, também, no nível de atividade física em lazer. Serão, ainda, identificadas as tendências de excesso de peso/obesidade na unidade em estudo na Cidade da Praia.

A estrutura da dissertação será a seguinte:

- Capítulo 1: De forma resumida, este capítulo inclui o enquadramento do tema com a respetiva revisão bibliográfica, que incide em três segmentos, nomeadamente uma parte sobre o processo de urbanização, como causa das alterações anteriormente mencionadas, uma segunda parte sobre o perfil epidemiológico de Cabo Verde, explorando a transição nutricional, os processos de emigração e as políticas de saúde e, por último, a revisão da literatura mais relacionada com o objetivo principal do estudo;
- Capítulo 2: Engloba as questões de investigação e os objetivos do estudo;
- Capítulo 3: Abrange a abordagem metodológica, a amostragem, a recolha de dados, as variáveis de interesse, a análise estatística e as considerações éticas e legais;
- Capítulo 4: Apresenta os principais resultados obtidos através do presente estudo, e divide-se segundo sete aspetos, nomeadamente características sociodemográficas, equipamentos/bens na habitação, hábitos alimentares, aquisição/compra de alimentos, atividade física, dados antropométricos e, por fim, a análise conjunta das diversas variáveis, através dos modelos de regressão logística binária múltipla, relativa ao objetivo principal do estudo;
- Capítulo 5: Engloba a discussão dos resultados do estudo e inclui também as suas limitações, para além das conclusões finais do mesmo;
- Capítulo 6: Identifica as possíveis áreas de pesquisa no futuro, que emerge da exploração desta amostra.

# 1. REVISÃO DA LITERATURA

## 1.1. PROCESSO DE URBANIZAÇÃO

O processo de urbanização decorre de um crescimento caótico das cidades, do qual poderão surgir situações de aumento da poluição, degradação ambiental, falta de infraestruturas adequadas em termos de serviços, problemas de habitação, grande desigualdade social, desemprego, saturação de setores de trabalho, entre outras (Opoko and Oluwatayo, 2014). Por outro lado, as características demográficas e as populações urbanas apresentam determinados padrões relativamente à idade, ao sexo, às características genéticas, às crenças e às atitudes culturais, por exemplo, onde as mudanças em algumas destas características, nomeadamente as últimas duas poderão ter um enorme impacto, em termos da saúde pública das populações em questão (Vlahov et al., 2007).

Embora, como referido anteriormente, o conceito de urbanização não se possa definir enquanto conceito único, integra modificações associadas e semelhantes, independentemente do local ou país de que falamos, com implicações na saúde das populações. Este processo está, assim, associado a modificações a vários níveis, nomeadamente a nível socioeconómico (melhores níveis de educação e literacia, de saúde, melhor acesso aos serviços, aumento da participação do país, em termos políticos e culturais, entre outros) (BeLue et al., 2009), que levam não só à mobilidade geográfica, mas também à redução da fertilidade e, ainda, ao aumento da esperança de vida e envelhecimento (United Nations, 2014). A um nível global, a urbanização assume, ainda, um papel preponderante na deterioração do estado de saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos residentes nas cidades (Cohen, 2006).

O Continente Africano, por sua vez, tem vindo a ser alvo de uma crescente urbanização, onde a taxa de urbanização aumentou para 40%, em 2010 (UN-HABITAT, 2011). Contudo, falamos de um continente, cuja urbanização terá determinadas particularidades, e que segundo Freire, Lall and Leipziger (2014) serão: baixos níveis de atividade económica, expansão desproporcional nas cidades,

fraca cobertura dos serviços de infraestruturas básicas e deficiências no planeamento urbano a nível geral.

## **1.2. CABO VERDE: PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO**

A República de Cabo Verde é um país insular localizado num arquipélago, composto por 10 ilhas, na região central do Oceano Atlântico, junto da costa da África Ocidental. Neste país, entre 1990 e 2014, a população urbana aumentou, também, para mais do dobro, atingindo uma proporção de 65%, o que representa um aumento anual de 1,2% (United Nations, 2014). Particularmente, no concelho da Cidade da Praia (Ilha de Santiago) a distribuição da população aumentou de 106.348 para 131.719 em dez anos (2000-2010) (Instituto Nacional de Estatística - Cabo Verde, 2011), estando cerca de 97% a residir na zona urbana, com uma projeção de aumento exponencial da sua população até 2030. Este aumento da densidade populacional – associado ao desenvolvimento económico, industrialização e globalização – levou a uma transição epidemiológica claramente associada ao desenvolvimento, o que resultou numa inversão no padrão de mortalidade (Campbell and Campbell, 2007). Hoje em dia, tal como noutros países em desenvolvimento e sob transição, Cabo Verde está a experienciar uma mistura de padrões, onde as doenças não transmissíveis acompanham as doenças transmissíveis ou infecciosas (Abrahams, Mchiza and Steyn, 2011; Amuna and Zotor, 2008; de-Graft Aikins et al., 2010; Ziraba, Fotso and Ochako, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que das 64 milhões de mortes em todo o mundo, previstas para 2015, 41 milhões (64%) resultarão de doenças não transmissíveis (Ziraba, Fotso and Ochako, 2009).

No que diz respeito ao padrão epidemiológico de Cabo Verde, em termos de *Disability Adjusted Life Years – DALY's* –, as três principais causas em 2010 foram as doenças cerebrovasculares, Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA) e anemia por deficiência de ferro (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010). Estas causas situam-se no domínio das

doenças não transmissíveis ou crónicas, sendo que as doenças isquémicas e os enfartes representam já a principal causa de morte prematura (World Health Organization, 2014). Esta situação está, também, relacionada com a prevalência do excesso de peso/obesidade, que tem aumentado à escala mundial, sobretudo nas zonas urbanas (Ziraba, Fotso and Ochako, 2009).

### **1.2.1. Excesso de Peso e Obesidade**

Relativamente à população Caboverdiana, apesar de não se encontrarem dados recentes, no que diz respeito à prevalência do excesso de peso e/ou obesidade, dados de 2004, em meio urbano, reportaram prevalências de 24% e 7%, respetivamente (African Health Observatory, 2010-2015). Por outro lado, em 2007 foram relatados dados por sexo, onde se identificou que 43% das mulheres e 31% dos homens apresentavam excesso de peso, e que 15% das mulheres e 7% dos homens apresentavam obesidade (African Health Observatory, 2010-2015).

A nível global, vários países africanos apresentavam um duplo padrão de doença (Khor and Sharif, 2003; Villamor et al., 2006), isto é, um padrão onde coexistem dois tipos de doenças, e em que ambos podem causar a morte ou outro tipo de comorbilidades. Neste caso concreto, trata-se do excesso de peso/obesidade e da desnutrição, tal como se verificou num estudo realizado num grupo de crianças e mulheres refugiadas no *Sahara* Ocidental, onde 31,5% das famílias foram classificadas com excesso de peso, 25,8% com desnutrição e 24,7% simultaneamente com excesso de peso e desnutrição (Grijalva-Eternod et al., 2012).

Assim, é importante perceber quais as situações que estarão associadas ao estado nutricional da população, designadamente em Cabo Verde, pelo que importa aprofundar o assunto, principalmente numa faixa etária, onde supostamente se pode ainda reverter a situação.

Para além da questão epidemiológica, dados do censo de 2010 de Cabo Verde mostram, ainda, uma população maioritariamente jovem, em que 60,5% da população não tem idade superior a 35 anos (Instituto Nacional de Estatística - Cabo Verde, 2010). Assim, será importante realizar um estudo numa amostra jovem, tal como se pretende. Para além disso, dados indicam que 47% da população dos países

em desenvolvimento está compreendida na faixa etária entre os 15 e os 24 anos (International Center for Research on Women, 2010). No caso das mulheres, esta faixa etária inclui o período durante o qual a mulher terá maior probabilidade de se reproduzir. Segundo a American Society for Reproductive Medicine (2012), os melhores anos de reprodutibilidade serão na década dos 20, com um declínio gradual na década dos 30 anos.

Prost (2009) referiu que a desnutrição tem um efeito intergeracional, em que as raparigas jovens, que crescem em ambientes pobres se tornam mulheres desnutridas e que, por sua vez, terão uma maior probabilidade de ter crianças com baixo peso. Estas, caso sejam raparigas, darão continuidade a este ciclo. Esta situação poderá estar relacionada com o tipo de alimentação praticada e, simultaneamente, com a faixa etária em que, segundo Imamura et al. (2015), usando um índice para Cabo Verde, verificaram que, em média, os adultos jovens fazem dietas mais pobres quando comparados com os adultos mais velhos, onde perante um grau de adesão entre 0 (menos saudável) e 100 (mais saudável) os mais jovens (entre 20 e os 29 anos) apresentaram um grau de adesão de cerca de 50 pontos, seguidos dos restantes. Os adultos da faixa etária seguinte (30 aos 39 anos) apresentaram um índice de aproximadamente 55 pontos, e os mais velhos (80 ou mais anos) cerca de 62 pontos.

Deste modo, o presente estudo incluirá residentes com idades entre os 18 e os 30 anos, de ambos os sexos, com e sem filhos, no sentido de reunir um grupo de possível intervenção futura.

### **1.2.2. Transição Nutricional**

A transição nutricional – também presente em Cabo Verde e que ocorreu em paralelo com a urbanização – foi acompanhada por uma maior facilidade de acesso a alimentos mais baratos e com pouca qualidade nutricional (Omran, 2001; Ziraba, Fotso and Ochako, 2009), ricos em hidratos de carbono complexos, gordura, açúcar e colesterol, e pobres em fibra. (Abrahams, Mchiza and Steyn, 2011; Ziraba, Fotso and Ochako, 2009).

Além disso, estudos mostram que a qualidade da dieta segue um gradiente socioeconómico, em que as dietas de menor qualidade nutricional e maior densidade energética são, maioritariamente, consumidas por pessoas de mais baixo nível socioeconómico, embora a qualidade da alimentação também possa ser afetada por outros fatores, tais como a idade, o sexo e a educação, entre outros (Darmon and Drewnowski, 2008). Por outro lado, a qualidade das escolhas pode, ainda, ser influenciada pelo local de acesso aos alimentos, nomeadamente através de supermercados, mercearias de bairro, entre outros (Morland, Wing and Diez Roux, 2002).

Dop et al. (2012) realizaram um estudo em Cabo Verde, segundo dados recolhidos em 2000/2001, onde identificaram que o consumo de nutrientes (sobretudo proteínas, vitamina A e cálcio), bem como de alimentos de origem animal foi superior nas famílias com excesso de peso/obesidade e menor nas com baixo peso. No entanto, a ingestão de frutas e legumes foi baixa em ambas as famílias. De forma geral, percebeu-se que a disponibilidade energética já não era um problema fundamental para Cabo Verde, mas assegurar uma boa qualidade alimentar.

Desta forma, estas alterações levam a uma maior acumulação do risco nutricional com maior impacto nos países em desenvolvimento (Amuna and Zotor, 2008).

### **1.2.3. Atividade Física**

Por outro lado, a transição nutricional é, geralmente, acompanhada de uma redução no nível da atividade física. A inatividade física pode ser, também, um fator importante pela sua contribuição para o excesso de peso/obesidade. Tem sido sugerido que a diminuição dos níveis de atividade física, juntamente com o sedentarismo contribuem, em larga escala, para a epidemia da obesidade (Larsson et al., 2004).

Esta situação também se deve sobretudo à utilização dos meios de transporte e ao tipo de trabalho realizado, que se tornou mais sedentário, levando ambos à alteração do estado nutricional, tanto em homens como em mulheres (Khor and

Sharif, 2003). Por sua vez, a atividade física no trabalho, que contribuía bastante para o gasto energético total, tem vindo a diminuir significativamente nas sociedades industriais e urbanas (Ezzati and Riboli, 2013). Por outro lado, a atividade física em lazer é também importante, por forma a evitar o sedentarismo. Um estudo demonstrou que, mais importante que a quantidade de atividade física é a sua qualidade, estando associada a uma redução da mortalidade (Johnsen et al., 2013).

Outro estudo que avaliou a prevalência do cumprimento das recomendações da OMS, por sexo e idade padronizada, identificou que Cabo Verde cumpria em 82,5% as recomendações. E, de entre todos os países estudados, Cabo Verde é dos países com maior proporção de atividade física em lazer face à atividade física global diária (Guthold et al., 2011).

Assim, segundo Lee et al. (2012) a inatividade física tem um grande impacto na saúde da população mundial, sendo que a redução de comportamentos não saudáveis pode melhorar substancialmente o estado de saúde global, evitando as doenças não transmissíveis ou crónicas.

#### **1.2.4. Processos de Emigração**

A influência dos processos de emigração em Cabo Verde poderá, também, ter contribuído para a alteração, quer no padrão de consumo, quer no nível de atividade física. Carling (2004) refere que este país depende, largamente, destas ligações com o resto do mundo, uma vez que apresenta recursos reduzidos, muito pelo facto de ser um país que é um arquipélago.

De uma forma geral, inicialmente eram os homens que emigravam, deixando as mulheres com os respetivos filhos para trás (Akesson, 2009; Akesson, Carling and Drotbohm, 2012). As mulheres optavam por migrar dentro do próprio país, sendo obrigadas a deixar, muitas vezes, os filhos com outras mulheres (Akesson, Carling and Drotbohm, 2012), razão pela qual os agregados são compostos por um elevado número de membros. Contudo, paralelamente ao declínio dos fluxos de emigração, as mulheres têm ganho terreno face aos homens, enquanto líderes familiares, contribuindo para uma “feminização da emigração”, onde a migração começa a

realizar-se em família ou, em muitos casos, são as mulheres caboverdianas que emigram para se casar e assim obter uma autorização de residência (Carling, 2005).

Para além disso, o retorno dos emigrantes é um aspeto importante na dinâmica da migração, porque a ideia de retorno é fundamental em termos económicos, através do envio de dinheiro, construção de casas e alteração da dinâmica dos padrões alimentares.

Uma das principais características da transição nutricional de um país é a associação entre a transição nutricional e as mudanças na dieta e na atividade física que o caracterizam, tendo aqui os adultos jovens especial impacto, ao consumirem menor quantidade de alimentos tradicionais, face aos mais velhos (Popkin, 1997).

Desta forma, a influência das atividades de *marketing*, sobretudo em áreas urbanas, bem como o transporte, sobretudo em faixas etárias mais jovens, proporcionam um maior acesso aos alimentos, onde o aumento da globalização e do poder de aquisição das populações pode levar a aumentos substanciais no consumo de alimentos ocidentais (Ekpenyong, 2015).

### **1.2.5. Políticas de Saúde**

Estudos demonstraram que as estratégias de informação e de comunicação em saúde produzem ganhos substanciais e eficazes em termos de custos de saúde, em especial nos países de renda média-baixa, como é o caso de Cabo Verde, através de medidas devidamente regulamentadas (Lachat et al., 2013).

Neste sentido, em 2007, a criação da Política Nacional de Saúde (PNS) veio estabelecer “as orientações estratégicas que conduzirão à reforma do sector de saúde em Cabo Verde no horizonte 2020, mobilizando a sociedade cabo-verdiana para alcançar determinados objetivos, nomeadamente, a programação de acções multisectoriais, em vias de validação e posterior aprovação num contexto em que o SNS deve assegurar um conjunto de ações fundamentadas em diretrizes como comercialização de bens alimentares, a promoção de novos hábitos alimentares e nutricionais e questões de protecção dos direitos do consumidor” (Ministério de Estado e da Saúde, 2007).

Assim, no seguimento do *Programa Nacional de Segurança Alimentar*, como parte integrante da PNS, foram realizadas várias ações para atenuar e resolver o problema da malnutrição em Cabo Verde (Ministério do Ambiente e Agricultura, 2006).

No entanto, e no sentido de ir ao encontro dos resultados do presente estudo, poderá ser necessário salientar o papel das políticas de saúde, concretamente para alteração dos atuais padrões de consumo, sendo que estas poderão basear-se em determinados processos, que permitam melhorar a economia local, já que a alteração dos padrões também poderá passar pela mudança na macroeconomia, isto é, na renda, no comportamento e nos desejos dos consumidores, entre outros (Hawkes, 2006).

Por outro lado, durante o planeamento de intervenções associadas às políticas implementadas, importa também perceber que existem diferenças globais de género ligadas ao excesso de peso/obesidade em que, de uma forma geral, as mulheres têm maior índice de excesso de peso/obesidade do que os homens, sendo essas disparidades de género mais exacerbadas, também, em países de renda média-baixa e ainda nos países Sub-Saharianos, onde se inclui, em ambos os casos, Cabo Verde (Kanter and Caballero, 2012). São vários os fatores (entre eles crenças e cultura, por exemplo), que podem conduzir a estas diferenças de género no consumo de alimentos, onde, muitas vezes, as mulheres são, simultaneamente, as mais informadas, mas também as que consomem mais alimentos ricos em açúcares. O mesmo acontece em termos do impacto no nível de atividade física (Kanter and Caballero, 2012; Caprio et al., 2008).

Desta forma, diferentes políticas podem influenciar o padrão alimentar, em que a avaliação das políticas específicas de cada país, bem como dos padrões alimentares ajudam a perceber e a caracterizar as influências de outros fatores adjacentes, que possam estar na origem das alterações destas tendências (Mokhtar et al., 2001). Para além disso, por vezes, as pessoas que possuem mais aptidões e conhecimentos, poderão não ser as que têm os recursos necessários para os colocar em prática.

Sendo assim, a *política alimentar* deve procurar construir as bases sociais propícias à tomada de decisões apropriadas (Caraher and Coveney, 2004), por forma

a contrariar os índices de excesso de peso/obesidade, bem como as tendências de consumo atuais, utilizando estudos para o suporte empírico das mesmas.

### 1.3. ESTADO NUTRICIONAL E OUTROS FATORES ASSOCIADOS

Fruto também da transição nutricional, vários estudos abordam a relação do estado nutricional com outros fatores associados, mais concretamente, entre mães e filhos, sobretudo o tipo de fatores maternos associados ao mau estado nutricional das crianças (Felisbino-Mendes, Villamor and Velasquez-Melendez, 2014; Oddo et al., 2012), mesmo perante o novo padrão de doença, em que se estudam relações entre pares - mães com obesidade e crianças com desnutrição - (Garrett and Ruel, 2005; Jehn and Brewis, 2009). No entanto, é importante explorar, também, o lado paterno, tendo em conta a inversão de papéis, que também já se verifica nos países em desenvolvimento, onde a mulher aparece como “representante do agregado familiar” (Richards et al., 2013; United Nations, 2011), percebendo-se de que forma o tamanho do agregado (onde se inclui o número de filhos) afetará, também, o seu estado nutricional.

Os dados obtidos para as mulheres, sobre a relação entre o estado nutricional e o número de filhos têm expressão diferente consoante o local, tendo sido encontrados mais estudos em África (Adebowale, Adepoju and Fagbamigbe, 2011; Girma and Genebo, 2002; Senbanjo et al., 2013) e menos estudos na Europa (Bergmann et al., 1997), na América do Sul (Nucci et al., 2001) e na Ásia (Rahman and Nasrin, 2008).

Por outro lado, em relação aos homens, não foram encontrados estudos objetivos segundo o que se pretende. Pelo que, apenas se encontraram estudos sobre o papel do homem, enquanto representante do agregado familiar (United Nations, 2011) e a inversão de papéis no lar, com abandono do estatuto de casado/em união de facto (Akersson, 2009; United Nations, 2011; United Nations Women, 2014).

Neste sentido, será que constituir família exerce pressão no homem, afastando-o das funções paternas? E, perante o novo estatuto, onde a mulher ganha relevo nas funções de liderança, será o aparecimento dos filhos motivo para alterações no padrão alimentar/atividade física, condicionando o estado nutricional da mãe? Sofrerão também os homens um impacto no seu estado nutricional com o aparecimento dos filhos, fruto de alterações no padrão alimentar/atividade física? Veremos mais à frente, de acordo com o estudo dos dados.

Apesar deste novo padrão de doença, relativamente ao excesso de peso/obesidade, os estudos em África ainda estão muito centrados na desnutrição, mas face às alterações já mencionadas será importante reforçar o estudo das questões do excesso de peso e da obesidade.

Num dos estudos realizados em África, mais concretamente na Etiópia, como parte de um estudo de *follow-up* do ano 2000 – *Ethiopia Demographic and Health Survey* (DHS) –, foram explorados os determinantes do estado nutricional de mulheres dos 15 aos 49 anos. Este estudo incluiu a variável “ter ou não ter filhos”, onde se verificou que no grupo de mulheres não grávidas abrangidas na altura, a maior taxa de desnutrição foi observada em mulheres nulíparas (34%). Nas mulheres com filhos, verificou-se que quanto mais filhos tinham maior era a taxa de desnutrição. Assim, mulheres com 1, 2-3, 4-5 e 6 filhos apresentavam taxas de desnutrição de 24,5%, 27,6%, 28,3% e 29,7%, respetivamente (Girma and Genebo, 2002).

Na Nigéria, numa comunidade local específica – Ekiti – a sudoeste do País, foi realizado um estudo transversal, onde 1450 mulheres em idade fértil (15-49 anos) foram avaliadas através de um questionário, tendo-se estudado a relação entre o número de filhos e o Índice de Massa Corporal (IMC) materno. Neste estudo, não se estudaram separadamente as mulheres que não tinham filhos, uma vez que se utilizaram as seguintes categorias: “0-1”, “2-3”, “4-5” e “ $\geq 6$ ”. Assim, verificou-se uma tendência crescente para o excesso de peso/obesidade, embora ainda persista a desnutrição. As mulheres com “0-1 filhos” apresentavam uma prevalência maior (quer de obesidade, quer de desnutrição) do que as mulheres com “2-3 filhos”. No entanto, com a progressão do número de filhos (nomeadamente a partir do 4.º filho) a prevalência (quer de obesidade, quer de desnutrição) tende a aumentar, embora se verifique na desnutrição uma tendência mais acentuada, já que mulheres com  $\geq 6$  filhos apresentaram uma prevalência de desnutrição de 41,1%, face aos 12,6% na obesidade. Esta situação poderá ser explicada pela alocação de recursos alimentares para os filhos, em detrimento das necessidades maternas (Adebowale, Adepoju and Fagbamigbe, 2011).

Ainda na Nigéria, foi realizado outro estudo (Senbanjo et al., 2013) que não incluía as mulheres sem filhos. Ao procurar os fatores associados à malnutrição, em mães e crianças, em zonas urbanas e rurais, no Estado de Lagos, verificaram-se diferenças entre a malnutrição da mãe e o número de filhos - descrito como 1, 2, 3, 4 ou  $\geq 5$  - e o estado nutricional materno. Em comunidades urbanas, o estado nutricional das mães estava significativamente relacionado com a paridade, isto é, com o número de filhos, onde as mães com quatro ou mais filhos estavam em risco de desnutrição, embora essa relação fosse mais consistente em zonas rurais.

Na Europa, dada a escassez de informação sobre esta temática, refere-se um estudo de 1991, realizado numa zona rural no Estado de Quedlinburg - antiga República Democrática da Alemanha - onde a população alvo foi o conjunto de todas as mulheres grávidas nesse Estado no início do estudo. O objetivo do estudo longitudinal foi investigar o IMC ao longo do período de gestação e relacioná-lo com a ingestão energética durante a gravidez. Assim, no início do estudo foram também averiguadas várias características sociodemográficas e de saúde, entre as quais o número de filhos categorizado (“=0” ou “ $\geq 1$ ”), relacionando-o com o IMC. Neste caso, a classificação do IMC utilizada foi diferente, sendo as categorias - <20 (baixo), 20-24 (médio) e > 24 (elevado). De qualquer forma, o que se verificou foi que perante um IMC baixo, o que inclui a desnutrição, as mulheres sem filhos apresentavam uma percentagem de 55%, o que não era muito superior às que tinham filhos. No grupo das mulheres com IMC elevado, a percentagem era superior nas mulheres com filhos (73%). Desta forma, este estudo parece indicar que o aumento do IMC nas mulheres será maior com a progressão no número de filhos (Bergmann et al., 1997).

Na América do Sul, mais concretamente no Brasil (incluindo 6 capitais de estados brasileiros), foi realizado um estudo que tinha como objetivo avaliar o impacto da pré-obesidade e obesidade na gravidez, em mulheres entre os 20 e os 48 anos, mas onde também se verificaram casos de desnutrição. Aqui, o estudo também incluiu a categoria “não ter filhos”, sendo que nesses casos a mulher estaria grávida do primeiro. No caso das mulheres ainda sem filhos, a prevalência do excesso de peso foi de 16,6%, sendo que a percentagem de mulheres com desnutrição era reduzida (6,8%). Este padrão também se reflete nas mulheres com filhos, em todas

as categorias (1, 2,  $\geq 3$ ). No caso das mulheres com obesidade, a percentagem aumenta com a progressão do número de filhos. No entanto, a maior parte das mulheres grávidas encontrava-se num índice de pré-obesidade. Independentemente do número de filhos, a prevalência da pré-obesidade/obesidade foi superior à da desnutrição, o que poderá demonstrar uma inversão do padrão de doença pela intervenção da transição nutricional neste país (Nucci et al., 2001).

Na Ásia, mais concretamente a sul do Continente, no Bangladesh, foi realizado um estudo com o objetivo de identificar os fatores associados ao estado nutricional das mães, mas aqui em zonas rurais, onde foram avaliadas apenas mulheres entre os 10 e os 49 anos, já com filhos, e utilizados os dados contidos no “Bangladesh Demographic Health Survey” (DHS) de 2004. Ao realizar o cruzamento dos dados com o IMC das mulheres, verificou-se que nesta zona rural do Bangladesh a maioria das mulheres tinha um peso normal (independentemente da idade), embora também houvesse uma elevada prevalência de desnutrição. O excesso de peso e a obesidade ainda tinham uma prevalência bastante reduzida mas, tal como na desnutrição, a prevalência parecia aumentar com o número de filhos. Por sua vez, a desnutrição apresentou prevalências de 40,1% (1-2 filhos), 40,4% (3-4 filhos) e 40,7% ( $\geq 4$  filhos) e o excesso de peso/obesidade de 0,2% (1-2 filhos), 0,4% (3-4 filhos) e 0,5% ( $\geq 4$  filhos), embora as diferenças não fossem significativas (Rahman and Nasrin, 2008).

Relativamente ao grupo dos homens, não foram encontrados estudos que relacionassem o impacto do número de filhos no IMC, verificando-se aqui uma lacuna no tema. Nos Países Africanos, verifica-se ainda uma predominância do homem como representante do agregado familiar (United Nations, 2011), o que poderá justificar a inexistência de estudos específicos. Contudo, noutros países africanos verifica-se que a mulher desempenha um papel cada vez mais ativo, atuando como representante do agregado familiar. Segundo um estudo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em Cabo Verde, de acordo com a composição demográfica em 2002, 43,8% dos lares a nível nacional tinham uma mulher como representante do agregado familiar. Dos 227.624 homens residentes no país, 35,6% viviam em lares com uma mulher como representante do agregado

(United Nations, 2011), realçando a liderança da mulher nas questões familiares, mesmo na presença de um elemento do sexo masculino.

Porém, segundo dados de 2007/2008, em Cabo Verde os lares com mulheres como representantes do agregado familiar apresentavam rácios de pobreza superiores (United Nations, 2011; United Nations Women, 2014), onde o continuado aumento do número de lares com mulheres como representantes do agregado familiar, poderá conduzir a um impacto maior na prevalência da malnutrição (desnutrição ou excesso de peso/obesidade). Nos homens, pela qualidade dos alimentos adquiridos, sobretudo em agregados maiores, ou por diminuição do tempo disponível para prática de atividade física, poderá também justificar-se o estudo do seu estado nutricional em função do número de filhos.

Akesson (2009) relata, também, uma alteração no padrão organizacional da família cabo-verdiana, em que já não é necessário o casamento, bastando a união de facto. Da mesma forma, existem várias relações “extra matrimoniais”, sobretudo nos homens (e também nas mulheres), podendo estes ter filhos fora do “casamento”/“união de facto”. Estas situações poderão contribuir para a perda da responsabilidade individual do homem perante a família.

Assim, as mulheres assumem um papel ativo, embora possam não ser capazes de se sustentar sozinhas, o que terá implicações no estado nutricional (Akesson, 2009; United Nations Women, 2014).

BeLue et al. (2009) referem que a família tem um papel preponderante na alteração destes novos hábitos alimentares, fruto da transição epidemiológica e nutricional, nomeadamente através da alteração do tipo de alimentos ingeridos, assim como pela inatividade física, possivelmente, por falta de tempo (Berge et al., 2011). A inatividade física poderá, também, contribuir isoladamente para o excesso de peso/obesidade (Herman et al., 2012; Mora et al., 2006).

Em suma, este estudo permitirá acrescentar informação relativamente ao papel do género, isto é, de que forma homens e mulheres interagem com as suas funções “biológicas”, afetando o estado nutricional de cada um (Oniang'o and Makudi, 2002), bem como o tipo de impacto que o número de filhos poderá ter enquanto fator influenciador do estado nutricional dos pais e da sua atividade física em lazer,

por este tipo de atividade estar mais sujeita a disponibilidade de tempo e recursos financeiros. Por outro lado, o meio urbano, consoante seja do tipo informal ou formal, poderá condicionar a prática de atividade física em lazer.

## **2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS**

### **2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

Será que o estado nutricional, os hábitos alimentares e a atividade física diferem entre homens e mulheres, e entre ter ou não filhos?

Que características sociodemográficas afetam o estado nutricional e a prática de atividade física em lazer, em homens e mulheres, em unidades urbanas da Cidade da Praia (Ilha de Santiago) em Cabo Verde, em adultos jovens (18-30 anos)?

### **2.2. OBJETIVOS**

#### **2.2.1. Objetivo Geral**

Estudar o padrão alimentar, o estado nutricional e a atividade física (com foco no lazer) dos adultos jovens, entre os 18 e os 30 anos, e sua associação com o ter ou não filhos, em unidades urbanas da Cidade da Praia, em Cabo Verde.

#### **2.2.2. Objetivos Específicos**

No seguimento do objetivo anterior, a um nível micro, pretende-se atingir os objetivos específicos seguintes:

- Descrever os grupos de homens e mulheres, bem como os grupos de indivíduos com e sem filhos, segundo as suas características sociodemográficas, hábitos alimentares, questões relacionadas com o consumo e a aquisição de alimentos, atividade física e estado nutricional;
- Analisar os bens e equipamentos presentes na habitação para conservação/preparação/confeção dos alimentos, assim como o número de filhos (categorizado), segundo o sexo, entre unidades urbanas formal e informal;
- Verificar se o número de filhos contribui para o desenvolvimento do excesso de peso/obesidade em homens e mulheres;
- Perceber se o número de filhos influencia a prática de atividade física em lazer em homens e mulheres.

### **3. MÉTODOS**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDO**

O presente estudo é de natureza transversal e segue uma abordagem quantitativa, através da análise secundária de dados recolhidos previamente, no âmbito do Projeto “Planeamento Urbano e Desigualdades em Saúde: Passando das estatísticas macro para as micro” (PTDC/ATP-EUR/5074/2012), ainda a decorrer, na Cidade da Praia (Ilha de Santiago) – Cabo Verde, coordenado pela orientadora desta dissertação, e que envolve as seguintes instituições: Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa (FCT – UNL) e Ministério da Saúde de Cabo Verde.

#### **3.2. AMOSTRAGEM**

A amostra global do projeto integrou 1912 participantes selecionados aleatoriamente por um processo de geração de coordenadas geográficas da sua residência, distribuídos por três zonas distintas – informal, de transição e formal – com características diferentes, em termos de planeamento urbano, às quais foi posteriormente aplicado um questionário (Gonçalves et al., 2014).

Para o presente estudo, foi selecionada uma subamostra de 753 adultos jovens, entre os 18 e os 30 anos, dos quais 288 homens e 455 mulheres, em que 99 e 274 tinham filhos, respetivamente. Neste caso, a análise contempla a subdivisão em formal e informal, em que a matriz formal se caracteriza por um determinado tecido urbano que, por sua vez, se baseia num crescimento devidamente planeado (via planos urbanísticos), e que representa 43% da área urbana da Cidade da Praia, onde se enquadram os bairros mais antigos. Por outro lado, o registo da matriz informal, caracterizado por construções informais emergentes e irregulares, realizadas de forma clandestina, e que representam também na área urbana cerca de 21% (Amado et al., 2014).

### **3.3. RECOLHA DE DADOS**

Neste trabalho apenas foram utilizados dados relativos ao Questionário UPHI-STAT – elaborado especificamente para este projeto. Inicialmente, foi aplicado um pré-teste a 62 residentes adultos da Cidade da Praia, em novembro de 2013, por forma a validar o questionário. A versão final foi aplicada por entrevistadores locais, entre janeiro a março de 2014.

Por sua vez, no presente estudo apenas se utilizaram determinados temas do questionário, nomeadamente: características sociodemográficas, equipamentos e bens na habitação, estilos de vida – hábitos alimentares/atividade física, aquisição e compra de alimentos e dados antropométricos auto reportados (Gonçalves et al., 2014).

### 3.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise de dados foi efetuada através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) – versão 22.0.

Neste trabalho, numa primeira fase, foi efetuada uma análise exploratória de dados e a estatística descritiva, de forma a identificar alguns padrões para cada variável da amostra. Assim, para as variáveis qualitativas foram utilizadas as frequências absolutas e frequências relativas, e para as variáveis quantitativas, os valores mínimo e máximo, média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartílico (Cunha et al., 2007). A mediana e o intervalo interquartílico foram privilegiadas para variáveis quantitativas com distribuição assimétrica e/ou presença de valores candidatos a *outliers* e no caso de variáveis apenas ordinais.

A normalidade das variáveis quantitativas contínuas foi testada através dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*, por forma a garantir o pré-requisito dos testes paramétricos (e.g., Teste T-Student e ANOVA). O outro pressuposto, fundamental na estatística paramétrica, referente à homogeneidade das variâncias de variáveis quantitativas em diferentes grupos foi averiguada pelo teste de *Levene*. Perante a falha destes pressupostos, foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para dois grupos independentes e o teste de *Kruskal-Wallis* para mais que dois grupos independentes (Sheskin, 2007).

Para testar a independência e/ou comparar proporções para as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de Qui-quadrado ou como alternativa o teste exato de *Fisher* (quando alguma frequência esperada for menor ou igual a 5 em tabelas de contingência 2x2 ou se existirem mais de 20% das frequências esperadas <5, em tabelas com dimensões superiores a 2x2).

No caso da rejeição da hipótese de independência, foram calculadas algumas medidas de associação (Marco, 2007). Para pares de variáveis quantitativas não-normais (e.g., idade vs IMC) e/ou variáveis ordinais foi utilizado o coeficiente de correlação não-paramétrico de *Spearman*.

Os intervalos de confiança (IC a 95%) para as proporções (para o excesso de peso/obesidade e prática de atividade física em lazer) foram calculados pelo método de *Wilson* (Brown, Cat and DasGupta, 2001), usando o software *EpiTools* (Sargeant, ESG., 2015).

Após estas abordagens iniciais, para as variáveis dependentes de natureza binária excesso de peso/obesidade (1.Sim, 0.Não) e prática de atividade física em lazer (1.Sim, 0.Não) foram explorados diversos modelos de regressão logística simples e múltipla (Hosmer and Lemeshow, 1991), obtendo os *odds ratio* (OR bruto) e *odds ratio* ajustado para potenciais variáveis de confusão. Para uma primeira seleção das variáveis nos modelos de regressão múltipla foi tido em conta uma significância inicial de 0,20, na análise dos modelos simples, e/ou uma relevância do ponto de vista epidemiológico ou outro. Inicialmente, usaram-se modelos com um maior número de variáveis, mas posteriormente tentou-se obter modelos mais parcimoniosos, através do método *Stepwise* de forma a obter modelos com um menor número de variáveis independentes, destacando as que parecem ter maior contribuição para o excesso de peso/obesidade e atividade física em lazer.

Geralmente, usou-se o nível de significância de 5%.

### **3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS**

O projeto foi aprovado pelo Conselho de Ética do IHMT (Doc. n.24-2013-PI) e pelo Comité Nacional de Ética para a Pesquisa de Saúde em Cabo Verde (Doc.n.52/2013).

Por se tratar de um subestudo que tem por base dados recolhidos previamente, considera-se salvaguardado o anonimato e a confidencialidade conforme o aprovado pelo respetivos comités de ética, uma vez que a autora já recebeu a base de dados sem nenhuma ligação à identificação dos entrevistados.

Aspetos ligados à obtenção do consentimento informado foram contemplados no projeto original.

## 4. RESULTADOS

Ao longo deste capítulo faz-se a descrição da amostra em paralelo com alguns testes de hipótese para comparações de valores médios ou medianas e para testar associações. Posteriormente, são apresentados os modelos de regressão logística binária múltipla para destacar o papel de algumas variáveis, evitando confundimentos no aparecimento de excesso de peso/obesidade e na prática de atividade física em lazer.

Tal como referido anteriormente (ver 3.2. *Amostragem*), a amostra em estudo é constituída por 455 mulheres e 288 homens. Ambos com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ( $\bar{x}=24,40$ ;  $s=3,618$  e  $\bar{x}=24,55$ ;  $s=3,476$ , respetivamente).

Por outro lado, a maior parte das mulheres tem filhos ( $n=274$ ; 60,5%), o mesmo não se verificando com os homens ( $n=99$ ; 34,4%), havendo relatos de uma percentagem menor. A idade dos que têm filhos é superior aos que não têm, apresentando medianas de 26 e 23 anos, respetivamente.

### 4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

De acordo com a caracterização segundo as habilitações literárias, estado civil e atividade profissional por sexo (Tabela 1), os homens referiram, maioritariamente, ser solteiros ou divorciados (88,5%), ter habilitações ao nível do ensino secundário ou curso médio (49,3%) e curso superior (36,5%), sendo que quase metade mencionou trabalhar (47,9%) e cerca de um terço estudar (34%). Apenas 18,1% dos homens reportaram estar desempregados.

Por sua vez, as mulheres referiram ser, em grande parte, solteiras ou divorciadas (78,4%), apresentando, ainda, habilitações ao nível do ensino secundário ou curso médio (50,1%) e curso superior (32,5%), sendo 37,8% estudantes, 35,0% trabalhadoras e 27,2% desempregadas.

Por outro lado, quando analisada a amostra segundo “ter ou não filhos” (Tabela 1), verificou-se que os indivíduos que tinham filhos eram, em grande parte, solteiros ou divorciados (72,0%). Mais de metade possuíam habilitações ao nível do ensino secundário ou curso médio (56,1%) e cerca de um quinto possuía curso superior (21,3%), sendo 17,7% estudantes, 51,5% trabalhadores e 30,8% desempregados.

Relativamente aos indivíduos sem filhos, a maioria referiu ser solteiro ou divorciado (92,9%), apresentando habilitações ao nível do ensino secundário/curso médio (43,5%) e ensino superior (46,7%). Mais de metade eram estudantes (53,8%), embora 29,9% tenham referido estar a trabalhar e 16,3% mencionaram ser desempregados.

Para as variáveis anteriormente descritas, encontram-se diferenças estatisticamente significativas para os que têm ou não filhos ( $p < 0,001$ ). Relativamente ao sexo encontram-se diferenças significativas para as variáveis do estado civil categorizado ( $p < 0,001$ ) e da profissão/atividade profissional ( $p = 0,001$ ).

Além disso, ter filhos parece afetar os estudos (53,8% dos que não têm filhos face a apenas 17,7% dos que têm) com diferenças significativas ( $p < 0,001$ ), embora a questão da idade possa também estar a influenciar esta relação.

Tabela 1. Caracterização das habilitações, estado civil e atividade profissional, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
		288	38,76%	455	61,24%		368	49,7%	373	50,3%	
<b>Habilitações Literárias Categorizadas</b>	Sem Escolaridade / Nunca	1	0,3%	2	0,4%	0,741*	0	0%	3	0,8%	0,000*
	Pré-escolar e Alfabetização de Adultos	2	0,7%	4	0,9%		1	0,3%	5	1,3%	
	Ensino Básico	38	13,2%	73	16,1%		35	9,5%	76	20,5%	
	Ensino Secundário e Curso Médio	142	49,3%	227	50,1%		160	43,5%	208	56,1%	
	Curso Superior	105	36,5%	147	32,5%		172	46,7%	79	21,3%	
<b>Habilitações Literárias (2 categorias)</b>	Baixo nível literário	41	14,2%	79	17,4%	0,249	36	9,8%	84	22,6%	0,000
	Alto nível literário	247	85,8%	374	82,6%		332	90,2%	287	77,4%	
<b>Categorização do Estado Civil</b>	Solteiro ou divorciado	253	88,5%	355	78,4%	0,000	339	92,9%	268	72,0%	0,000
	Casado ou União de facto	33	11,5%	98	21,6%		26	7,1%	104	28,0%	
<b>Profissão / Atividade Profissional</b>	Trabalhador	138	47,9%	149	35,0%	0,001	110	29,9%	177	51,5%	0,000
	Desempregado	52	18,1%	116	27,2%		60	16,3%	106	30,8%	
	Estudante	98	34,0%	161	37,8%		198	53,8%	61	17,7%	

\*Teste exato de Fisher.

De uma forma geral, segundo os dados relativos ao agregado (Tabela 2), aproximadamente 81% dos homens referiram viver com o agregado familiar, onde cerca de dois terços (66,0%) e um terço (30,9%) mencionaram viver em moradia independente e apartamento, respetivamente. De referir que 2 homens informaram residir no local de trabalho ou num quarto arrendado (0,7%). Para além disso, cerca de um quarto (24,3%) habitava em agregados de três pessoas e cerca de um quinto (21,2%) vivia num agregado de seis ou mais pessoas.

No caso das mulheres, a maioria referiu residir com o agregado familiar (91%), estando mais de dois terços a morar em moradia independente (70,1%) e mais de um quarto a viver em apartamento (28,4%). Quanto à dimensão do agregado, 26,4% referiram viver num agregado de seis ou mais pessoas, 20,7% em agregados de quatro pessoas e 20,4% em agregados de três pessoas.

Por outro lado, quando se analisou a amostra separando pela variável “ter ou não filhos” (Tabela 2), verificou-se que os que têm filhos viviam, maioritariamente, com o agregado familiar (93,6%), em moradia independente (69,8%) e 28,0% em apartamento. A maioria informou, ainda, viver em agregados de 3 ou mais pessoas (87,7%).

No caso dos indivíduos sem filhos, embora 80,4% vivessem com o agregado, 19,6% não viviam, sendo que a maioria vivia em moradia independente (67,0%) e ainda em apartamento (30,8%). Quanto à dimensão do agregado, 18,2% referiu viver em agregados de 2 ou mais pessoas e 24,5% em agregados de 6 ou mais pessoas.

Relativamente à residência na habitação do agregado foram encontradas diferenças estatisticamente significativas segundo o sexo e “ter ou não filhos” ( $p < 0,001$ ), assim como no tamanho do agregado ( $p = 0,001$  e  $p < 0,001$ , respetivamente).

Tabela 2. Caracterização do agregado familiar e do tipo de alojamento, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Reside com o seu agregado familiar?</b>	Não	55	19,1%	41	9,0%	0,000	72	19,6%	24	6,4%	0,000
	Sim	233	80,9%	413	91,0%		296	80,4%	349	93,6%	
<b>Reside com o seu agregado familiar em que tipo de alojamento?</b>	Moradia independente	188	66,0%	316	70,1%	0,238	246	67,0%	257	69,8%	0,704
	Apartamento	88	30,9%	128	28,4%		113	30,8%	103	28,0%	
	Agregado familiar num alojamento coletivo	9	3,2%	7	1,6%		8	2,2%	8	2,2%	
<b>Tamanho do Agregado (classes)</b>	Uma pessoa	25	8,7%	11	2,4%	0,001	23	6,3%	13	3,5%	0,000
	Duas pessoas	41	14,2%	59	13,0%		67	18,2%	33	8,8%	
	Três pessoas	70	24,3%	93	20,4%		70	19,0%	93	24,9%	
	Quatro pessoas	56	19,4%	94	20,7%		61	16,6%	89	23,9%	
	Cinco pessoas	35	12,2%	78	17,1%		57	15,5%	56	15,0%	
	Seis pessoas ou mais	61	21,2%	120	26,4%		90	24,5%	89	23,9%	

A tabela que se segue (Tabela 3) apresenta as medidas descritivas para as variáveis quantitativas, nomeadamente a idade, o número de quartos no alojamento, o número de filhos e os que vivem com o próprio, bem como o número de crianças e o número de adultos no agregado.

Quanto à idade e ao número de adultos não existem diferenças entre sexos.

Para os inquiridos do sexo masculino, a mediana do número de filhos era 0 (0-1), a do número de quartos era 3 (2-3) e a do número de adultos, incluindo o próprio, era também 3 (2-4). Por outro lado, quer a mediana do número de filhos que vivia com o próprio, quer a do número de crianças do seu agregado era 0 (0-0 e 0-1, respetivamente).

Nas mulheres verificou-se uma mediana de alojamentos de 2 quartos (1-3), em agregados com uma mediana de 3 adultos (2-4), incluindo o próprio, mas com uma mediana de 1 filho (0-1) a viver com a mãe e de 1 criança (0-2) no agregado.

Para além disso, existem diferenças significativas no número de quartos do alojamento ( $p=0,007$ ), no número de filhos, no número de filhos que vive com o próprio e no número de crianças do agregado familiar ( $p<0,001$ ).

Tabela 3. Caracterização da idade e aspetos do agregado e alojamento, segundo o sexo.

	Sexo										<i>p</i>
	Masculino					Feminino					
	$\bar{x}$	<i>s</i>	Mín	Máx	Med (P25-P75)	$\bar{x}$	<i>s</i>	Mín	Máx	Med (P25-P75)	
<b>Idade</b>	24,55	3,48	18	30	25,00 (22,0-27,0)	24,40	3,62	18	30	24,00 (21,0-28,0)	0,597
<b>Número de quartos do alojamento</b>	2,57	1,22	1	7	3,00 (2,0-3,0)	2,35	1,19	1	7	2,00 (1,0-3,0)	0,007
<b>Número de filhos</b>	0,51	0,84	0	5	0,00 (0,0-1,0)	1,02	1,12	0	6	1,00 (0,0-2,0)	0,000
<b>Número de filhos que vive com o próprio</b>	0,27	0,53	0	2	0,00 (0,0-0,0)	0,86	0,96	0	6	1,00 (0,0-1,0)	0,000
<b>Número de crianças do Agregado Familiar</b>	0,85	1,12	0	7	0,00 (0,0-1,0)	1,48	1,42	0	8	1,00 (0,0-2,0)	0,000
<b>Número de adultos incluindo o próprio (≥ 18 anos)</b>	3,21	1,82	1	15	3,00 (2,0-4,0)	3,09	1,70	1	14	3,00 (2,0-4,0)	0,385

Por outro lado, nos inquiridos sem filhos (Tabela 4) há diferenças significativas relativamente à idade ( $p<0,001$ ) em que os indivíduos com filhos são mais velhos, o que poderá afetar também a questão dos estudos, onde os indivíduos mais velhos parecem ter simultaneamente menos estudos (Tabela 1) e mais filhos (Tabela 4).

A mediana do número de quartos reportado era 3 (2-3) e a do número de adultos, incluindo o próprio, era também 3 (2-4). Por outro lado, a mediana do número de crianças do agregado era 0 (0-1).

Nos indivíduos com filhos verificou-se uma mediana de alojamentos de 2 quartos (1-3) em agregados com uma mediana de 2 adultos (2-4), incluindo o próprio, mas com uma mediana de 1 criança (1-2) no agregado.

Além disso, existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis referidas segundo ter ou não filhos ( $p<0,001$ ).

Tabela 4. Caracterização da idade e aspetos do agregado e seu alojamento, segundo ter ou não filhos.

	Filhos										<i>p</i>
	Não					Sim					
	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	
<b>Idade</b>	23,02	3,32	18	30	23 (20-26)	25,86	3,22	18	30	26 (24-29)	0,000
<b>Número de quartos do alojamento</b>	2,62	1,18	1	7	3 (2-3)	2,25	1,21	1	7	2 (1-3)	0,000
<b>Número de crianças do Agregado Familiar</b>	0,8	1,19	0	7	0 (0-1)	1,66	1,36	0	8	1 (1-2)	0,000
<b>Número de adultos incluindo o próprio (<math>\geq 18</math> anos)</b>	3,46	1,81	1	15	3 (2-4)	2,82	1,63	1	14	2 (2-4)	0,000

Nesta amostra, tendo em conta os objetivos do estudo, e de acordo com o número de filhos, foi também analisada a respetiva distribuição por zona, mediante a divisão em matriz formal ou informal (ver 3.2. *Amostragem*).

Assim, verificou-se que (Tabela 5) aproximadamente dois terços dos homens da zona formal (65%) e mais de dois terços dos homens da zona informal (66,2%) não tinham filhos. Mais de um quarto dos homens residentes na zona formal (25,7%) e um sexto (17,6%) na zona informal tinham apenas um filho. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no número de filhos em mulheres, ao comparar zonas formal e informal ( $p < 0,05$ ) (dados não apresentados em tabela).

Quanto às mulheres, observou-se que menos de metade das residentes na zona formal não tinham filhos (45,6%) e essa percentagem é de apenas um terço nas zonas informais (34,1%). Quer fossem residentes em zonas formais quer em informais a percentagem de mulheres que tinha apenas um filho foi cerca de dois terços (32,5% e 34,5% respetivamente).

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas no número de filhos, enquanto variável categorizada, em ambas as zonas formal ( $p = 0,003$ , utilizando o teste exato de *Fisher*) e informal ( $p < 0,001$ ), ao comparar homens e mulheres. Para o número de filhos, enquanto variável quantitativa discreta categorizada, verificaram-se diferenças muito significativas entre homens e mulheres, tanto para a zona formal ( $p < 0,001$ ) como para a informal ( $p < 0,001$ ), utilizando o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. Os dados anteriores não são apresentados em tabela.

Nos inquiridos da zona informal nota-se, de forma mais expressiva no sexo feminino, uma maior frequência de casos já com pelo menos 3 ou 4 filhos.

Foram ainda identificadas diferenças significativas nas mulheres ( $p = 0,039$ ), entre zonas formal e informal, em que as mulheres da zona informal têm mais filhos, sendo semelhante ao que acontece nos homens.

Tabela 5. Número de filhos (categorizado), segundo o sexo e ter ou não filhos, para o tipo de zona formal ou informal.

		<b>Zona</b>							
		<b>Formal</b>				<b>Informal</b>			
		<b>Sexo</b>		<b>Sexo</b>		<b>Sexo</b>		<b>Sexo</b>	
		<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Número de filhos (categorizado)</b>	0	91	65,0%	94	45,6%	98	66,2%	85	34,1%
	1	36	25,7%	67	32,5%	26	17,6%	86	34,5%
	2	11	7,9%	33	16,0%	19	12,8%	46	18,5%
	3	1	0,7%	8	3,9%	4	2,7%	21	8,4%
	≥ 4	1	0,7%	4	1,9%	1	0,7%	11	4,4%

## 4.2. EQUIPAMENTOS E BENS NA HABITAÇÃO

Relativamente ao acesso à água, a principal fonte de abastecimento referida foi a água canalizada (em casa), tanto em homens como em mulheres, em ambas as zonas formal e informal. De notar que 8,8% dos homens e 10,0% das mulheres, que foram inquiridos na zona informal referiram usar água canalizada da casa do vizinho. Mesmo na zona formal, esta “partilha” da água ainda tem alguma expressão (5,7% para os homens e 4,4% para as mulheres).

Por zona, nota-se que, quer para os homens, quer para as mulheres, os da zona formal (cerca de 84%) apresentam percentagens mais elevadas do que na zona informal (cerca de 61%).

A fonte de energia mais utilizada para cozinhar foi o gás (98% ou mais), independentemente do sexo e da zona. Os homens revelaram diferenças significativas no uso da eletricidade ( $p=0,031$ )<sup>1</sup>, consoante a zona, tendo sido superior nos homens da zona informal (19,6%). Por outro lado, homens ( $p=0,001$ ) e mulheres ( $p<0,001$ ) mostraram diferenças significativas no uso de lenha/carvão, com maior utilização na zona informal (20,9% nos homens e 28,1% nas mulheres).

Na utilização da fogueira para cozinhar fora de casa, verificaram-se diferenças estatisticamente muito significativas nas mulheres ( $p<0,001$ ), sendo as mulheres da zona informal as que reportaram maior utilização (19,6% na zona informal face a 6,0% na zona formal).

Para a preparação e confeção de alimentos, o equipamento mais utilizado foi o fogão elétrico, a gás ou campigás (superior a 97% em ambos os sexos, independentemente da zona), para além do micro-ondas, este bastante utilizado pelos homens na zona formal, tendo-se verificado, por isso, diferenças significativas ( $p=0,019$ ).

Por outro lado, o equipamento mais utilizado para conservar os alimentos é o frigorífico (superior a 60%), embora a geleira seja ainda muito utilizada, tanto por homens como por mulheres (mais de 39%, em ambos). A salgadeira, outrora presente em Cabo Verde, não tem expressão na amostra estudada.

---

<sup>1</sup> \*Os valores  $p$  não são apresentados em tabela.

De uma forma geral, a zona parece ter um maior impacto nas diferenças de utilização de bens e equipamentos do que o facto de ser homem ou mulher.

Tabela 6. Equipamentos e bens na habitação para conservação/preparação/confeção dos alimentos, segundo o sexo.

		Zona							
		Formal				Informal			
		Sexo				Sexo			
		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Quanto ao acesso a água, qual a principal fonte de abastecimento de água, à sua casa?</b>	Água canalizada (em casa)	118	84,3%	173	84,0%	91	61,5%	153	61,4%
	Água canalizada (casa de vizinhos)	8	5,7%	9	4,4%	13	8,8%	25	10,0%
	Chafariz	9	6,4%	13	6,3%	37	25,0%	62	24,9%
	Autotanque	5	3,6%	11	5,3%	7	4,7%	9	3,6%
<b>Principais fontes de energia para cozinhar.</b>	Gás	139	99,3%	205	99,5%	145	98,0%	247	99,2%
	Eletricidade	14	10%	30	14,6%	29	19,6%	45	18,1%
	Lenha / Carvão	9	6,4%	17	8,3%	31	20,9%	70	28,1%
<b>Costuma utilizar fogueira para cozinhar fora de casa?</b>	Sim	15	11,3%	12	6,0%	24	16,8%	48	19,6%
	Não	118	88,7%	189	94,0%	119	83,2%	197	80,4%
<b>Bens e equipamentos para a preparação e confeção de alimentos.</b>	Forno elétrico	18	12,9%	29	14,1%	17	11,5%	14	5,6%
	Forno a lenha	2	1,4%	6	2,9%	4	2,7%	16	6,4%
	Grelhador	35	25,2%	57	27,7%	29	19,6%	61	24,5%
	Micro-ondas	58	41,7%	81	39,3%	42	28,4%	84	33,7%
	Fogão elétrico, gás ou campigás	135	97,1%	200	97,1%	144	97,3%	242	97,2%
<b>Bens e equipamentos para a conservação de alimentos.</b>	Frigorífico	96	69,1%	143	69,4%	88	60,3%	156	62,7%
	Salgadeira	0	0%	2	1,0%	3	2,1%	3	1,2%
	Arca congeladora	24	17,3%	41	19,9%	19	13,0%	46	18,5%
	Geleira <sup>2</sup>	57	41,0%	88	42,7%	58	39,7%	117	47,0%

<sup>2</sup> É provável que algumas pessoas usem o termo geleira para designar o frigorífico.

### 4.3. HÁBITOS ALIMENTARES

Associados às questões anteriormente verificadas estarão os hábitos alimentares da população em estudo. Assim, as tabelas e figuras apresentadas de seguida (Tabelas 7 a 21 e Figuras 1 a 4) ilustram os hábitos alimentares, segundo o sexo e ter ou não filhos.

#### 4.3.1. Realização de um plano alimentar

De acordo com a Tabela 7, a maioria dos homens (98,3%) e das mulheres (94,7%) não fazia qualquer dieta prescrita por um profissional de saúde, verificando-se diferenças estatisticamente significativas na realização de dieta, segundo o sexo ( $p < 0,015$ ), pois as mulheres apresentam uma percentagem ligeiramente superior aos homens (5,3% e 1,7%, respetivamente).

Da mesma forma, os indivíduos sem (97%) ou com (95,2%) filhos não faziam, maioritariamente, nenhum tipo de plano alimentar.

Tabela 7. Realização de dieta alimentar prescrita por profissionais de saúde, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Está a fazer alguma dieta alimentar prescrita por médico, dietista ou nutricionista?	Não	283	98,3%	431	94,7%	0,015	357	97,0%	355	95,2%	0,197
	Sim	5	1,7%	24	5,3%		11	3,0%	18	4,8%	

#### 4.3.2. Padrões de consumo alimentar

Em termos do consumo diário de produtos lácteos (Tabela 8), este era realizado sobretudo ao pequeno almoço (95,4% nos homens e 94,2% nas mulheres), mas também ao lanche (38% nos homens e 43,4% nas mulheres).

Ao analisar a frequência de consumo de produtos lácteos, o leite foi indicado como sendo ingerido, diariamente, por 76,7% dos homens e 75,8% das mulheres. Quanto aos iogurtes (39,2% nos homens e 40,3% nas mulheres) e ao queijo (34,4% nos homens e 38% nas mulheres) o relato de consumo foi, tendencialmente, semanal. Existe, ainda, um elevado índice de inquiridos que mencionaram consumir “raramente” iogurte

(33,3% nos homens e 24,9% nas mulheres) e queijo (34% nos homens e 28,5% nas mulheres).

O mesmo se verificou ao analisar segundo a variável “ter ou não filhos” (Tabela 8), em que se referiu o consumo de produtos lácteos, maioritariamente, ao pequeno almoço (95,6% e 93,6%, tenha ou não filhos, respetivamente).

Relativamente aos produtos lácteos, dos que referiram ter e não ter filhos, 77,5% e 74,7% consumia leite diariamente, enquanto 38,1% e 41,4% consumiam iogurte e, ainda, 38,4% e 34,3% consumiam queijo, ambos semanalmente.

Apenas se verificaram diferenças significativas no consumo de iogurte por sexo, reportando as mulheres um consumo mais frequente ( $p=0,007$ ).

Tabela 8. Frequência de consumo de produtos lácteos, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos					<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim			
		n	%	n	%		n	%	n	%		
<b>Frequência de consumo diário de lácteos (leite/iogurte/queijo).</b>	Pequeno almoço	271	95,4%	421	94,2%	0,467	339	93,6%	351	95,6%	0,232	
	Almoço	21	7,4%	26	5,8%	0,397	20	5,5%	27	7,4%	0,314	
	Lanche	108	38,0%	194	43,4%	0,150	145	40,1%	156	42,5%	0,501	
	Jantar	35	12,3%	55	12,3%	0,994	41	11,3%	49	13,4%	0,406	
	Ceia	21	7,4%	37	8,3%	0,667	31	8,6%	27	7,4%	0,547	
<b>Frequência de consumo de leite.</b>	Diário	221	76,7%	345	75,8%	0,733	275	74,7%	289	77,5%	0,613	
	Semanal	31	10,8%	41	9,0%		42	11,4%	30	8,0%		
	Mensal	4	1,4%	11	2,4%		8	2,2%	7	1,9%		
	Raramente	20	6,9%	34	7,5%		25	6,8%	29	7,8%		
	Nunca	12	4,2%	24	5,3%		18	4,9%	18	4,8%		
<b>Frequência de consumo de iogurte.</b>	Diário	43	14,9%	107	23,6%	0,007	74	20,2%	76	20,4%	0,869	
	Semanal	113	39,2%	183	40,3%		152	41,4%	142	38,1%		
	Mensal	24	8,3%	25	5,5%		25	6,8%	24	6,4%		
	Raramente	96	33,3%	113	24,9%		98	26,7%	111	29,8%		
	Nunca	12	4,2%	26	5,7%		18	4,9%	20	5,4%		
<b>Frequência de consumo de queijo.</b>	Diário	40	13,9%	73	16,1%	0,467	64	17,4%	49	13,2%	0,145	
	Semanal	99	34,4%	172	38,0%		126	34,3%	143	38,4%		
	Mensal	30	10,4%	41	9,1%		28	7,6%	43	11,6%		
	Raramente	98	34,0%	129	28,5%		117	31,9%	110	29,6%		
	Nunca	21	7,3%	38	8,4%		32	8,7%	27	7,3%		

De acordo com a Tabela 9, aproximadamente 94% dos homens e igual percentagem de mulheres referiram consumir carne, peixe ou ovos, diariamente.

Já o consumo das leguminosas foi mencionado, como semanal, por 48,3% dos homens e 49,2% das mulheres, embora também seja referido um consumo diário por 38,2% dos homens e 34,5% das mulheres.

As leguminosas eram consumidas, maioritariamente, frescas (96,8% dos homens e 98,0% das mulheres). As leguminosas secas eram consumidas por 68,3% dos homens e 76,2% das mulheres, com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,021$ ).

Segundo a Tabela 9, quer os inquiridos tenham ou não filhos, a maioria (93,6% e 94,3%, respetivamente) indica que consome carne/peixe/ovos diariamente.

O consumo de leguminosas (proteína vegetal) foi descrito como sendo semanal por 50,7% e 46,7% dos inquiridos com e sem filhos, respetivamente, sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,006$ ).

As leguminosas eram, em grande maioria, consumidas frescas por 97,6% dos indivíduos com filhos e 97,5% dos indivíduos sem filhos. Também as leguminosas secas eram consumidas por 69,7% e 76,7% dos inquiridos sem e com filhos, respetivamente, com diferenças significativas ( $p<0,037$ ).

Contudo, importa salientar que três mulheres referiram nunca comer carne/peixe/ovos, das quais uma não tinha filhos. Seis inquiridos com filhos referiram, ainda, não consumir leguminosas, dos quais três eram homens e outros três mulheres.

Tabela 9. Frequência do consumo de proteína animal (carne/peixe/ovos) e vegetal (leguminosas), segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Frequência de consumo de carne/peixe/ovos.</b>	Diário	270	93,8%	428	94,1%	0,400*	347	94,3%	349	93,6%	0,685*
	Semanal	18	6,3%	24	5,3%		19	5,2%	23	6,2%	
	Mensal	0	0%	0	0%		0	0%	0	0%	
	Raramente	0	0%	0	0%		0	0%	0	0%	
	Nunca	0	0%	3	0,7%		2	0,5%	1	0,3%	
<b>Frequência de consumo de leguminosas.</b>	Diário	110	38,2%	157	34,5%	0,081	150	40,8%	117	31,4%	0,006
	Semanal	139	48,3%	224	49,2%		172	46,7%	189	50,7%	
	Mensal	12	4,2%	42	9,2%		20	5,4%	34	9,1%	
	Raramente	24	8,3%	29	6,4%		26	7,1%	27	7,2%	
	Nunca	3	1,0%	3	0,7%		0	0%	6	1,6%	
<b>Como são consumidas as leguminosas?</b>	Frescas	275	96,8%	86	98,0%	0,334	357	97,5%	360	97,6%	1,000
	Enlatadas	86	30,3%	164	36,2%	0,110	114	31,1%	136	36,9%	0,119
	Secas	194	68,3%	345	76,2%	0,021	255	69,7%	283	76,7%	0,037

\*Teste exato de Fisher.

De acordo com a Tabela 10, não existem diferenças significativas entre homens e mulheres relacionadas com o número de refeições semanais de carne, peixe e ovos, sendo a mediana de consumo de 3,0 refeições de carne e peixe, e de 2,0 refeições de ovos, tanto para homens como para mulheres.

Tabela 10. Número de refeições de proteína animal (peixe/carne/ovos), segundo o sexo.

	Sexo										<i>p</i>
	Masculino					Feminino					
	$\bar{x}$	<i>s</i>	Mín	Máx	Med (P25-P75)	$\bar{x}$	<i>s</i>	Mín	Máx	Med (P25-P75)	
<b>Número de Refeições de Peixe (semanal)</b>	3,90	2,202	0	12,0	3,0 (2,5-5,0)	4,12	2,348	0	14,0	3,0 (3,0-5,5)	0,285
<b>Número de Refeições de Carne (semanal)</b>	3,80	2,162	0	14,0	3,0 (2,0-5,0)	3,88	2,325	0	14,0	3,0 (2,0-5,0)	0,959
<b>Número de Refeições de Ovos (semanal)</b>	2,61	2,262	0	21,0	2,0 (1,0-3,0)	2,55	2,102	0	14,0	2,0 (1,0-3,0)	0,813

Por outro lado, segundo a Tabela 11, também não existem diferenças significativas entre inquiridos com e sem filhos relativas ao número de refeições semanais de carne, peixe e ovos, sendo a mediana de consumo de 3,5 e de 3,0 refeições de peixe, em inquiridos com e sem filhos, respetivamente. A mediana do consumo de carne (3,0) e de ovos (2,0) foi igual, independentemente de terem ou não filhos.

Tabela 11. Número de refeições de proteína animal (peixe/carne/ovos), segundo ter ou não filhos.

	Filhos										<i>p</i>
	Não					Sim					
	$\bar{x}$	<i>s</i>	Mín	Máx	Med (P25-P75)	$\bar{x}$	<i>s</i>	Mín	Máx	Med (P25-P75)	
<b>Número de Refeições de Peixe (semanal)</b>	3,9	2,3	0	14,0	3,0 (2,5-5,0)	4,1	2,3	0	12,0	3,5 (3,0-6,0)	0,271
<b>Número de Refeições de Carne (semanal)</b>	3,9	2,3	0	14,0	3,0 (2,0-5,0)	3,8	2,3	0	14,0	3,0 (2,0-5,0)	0,426
<b>Número de Refeições de Ovos (semanal)</b>	2,5	2,1	0	15,0	2,0 (1,0-3,0)	2,6	2,2	0	21,0	2,0 (1,0-3,0)	0,712

Relativamente ao consumo de farináceos (Tabela 12), mais de 97,0% dos homens e de mulheres referiu realizar um consumo diário. Apenas uma parte residual mencionou consumi-los semanalmente (cerca de 2%, em ambos os sexos).

Também, independentemente de terem ou não filhos, consumiam farináceos, diariamente, em percentagens elevadas, 97,1% e 98,4%, respetivamente.

Tabela 12. Frequência de consumo de farináceos, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Consumo de farináceos (arroz, massa, batata, pão e mandioca).</b>	Diário	282	97,9%	444	97,6%	1,000*	362	98,4%	362	97,1%	0,205*
	Semanal	6	2,1%	10	2,2%		5	1,4%	11	2,9%	
	Mensal	0	0%	0	0%		0	0%	0	0%	
	Raramente	0	0%	1	0,2%		1	0,3%	0	0%	
	Nunca	0	0%	0	0%		0	0%	0	0%	

\*Teste exato de Fisher.

Em particular, no caso do arroz, alimento bastante consumido, verificou-se que, independentemente do sexo (Figura 1), a mediana do consumo de refeições de arroz por semana é de 14,0 (7,0-14,0). No caso de terem ou não filhos (Figura 2), a mediana do consumo varia, sendo de 10,0 (7,0-14,0) nos inquiridos sem filhos e de 14,0 (7,0-14,0) nos com filhos, ainda com diferenças de consumo significativas ( $p=0,003$ ).

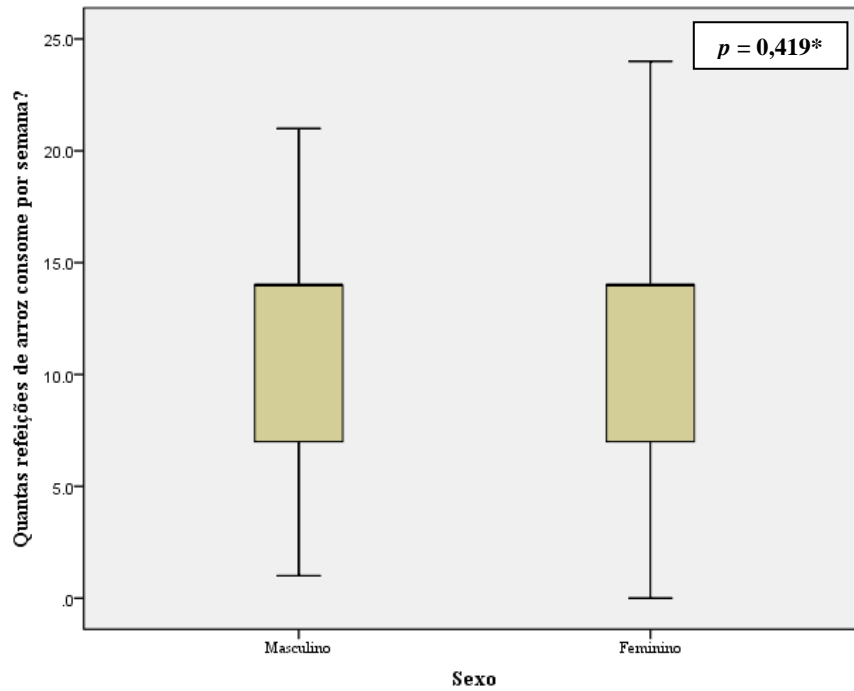


Figura 1 - Número de refeições de arroz consumidas por semana, segundo o sexo.

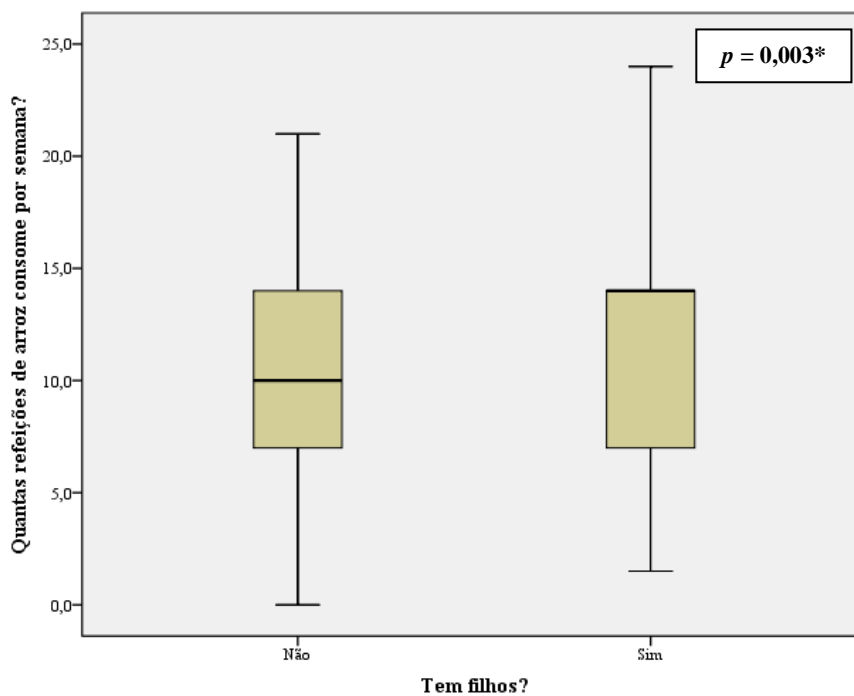


Figura 2 - Número de refeições de arroz consumidas por semana, segundo ter ou não filhos.

\*Teste não paramétrico (Mann-Whitney).

De uma forma geral, as mulheres consumiam mais frequentemente sopa e legumes/salada, comparativamente com os homens (Tabela 13), com diferenças significativas ( $p < 0,001$  e  $p = 0,009$ , respetivamente), onde 36,2% dos homens reportaram um “raro” consumo de sopa de legumes e apenas 26,5% de legumes/salada.

Quanto à forma de consumo, 97,9% dos homens e 99,3% das mulheres consumiam os legumes/salada frescos, embora o consumo de enlatados também tenha alguma expressão, sobretudo nas mulheres (14,1%).

Quanto ao consumo de sopa de legumes, foi mais frequente nos inquiridos com filhos. Os que têm filhos referiram maior consumo de enlatados do que os que não têm filhos ( $p = 0,027$ ).

De notar que todos os indivíduos com filhos (100,0%) referiram consumir legumes/salada frescos, com diferenças significativas ( $p = 0,002$ ), comparativamente aos que não têm filhos.

Tabela 13. Frequência de consumo de legumes, saladas e sopa, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Frequência de consumo de sopa de legumes.</b>	Diário	28	9,8%	74	16,3%	0,000	40	10,9%	61	16,4%	0,020
	Semanal	94	32,8%	190	41,8%		129	35,1%	154	41,4%	
	Mensal	37	12,9%	34	7,5%		38	10,3%	33	8,9%	
	Raramente	104	36,2%	114	25,1%		123	33,4%	95	25,5%	
	Nunca	24	8,4%	43	9,5%		38	10,3%	29	7,8%	
<b>Consumo de legumes / salada.</b>	Diário	76	26,5%	158	34,7%	0,009*	119	32,4%	114	30,6%	0,116
	Semanal	146	50,9%	236	51,9%		180	49,0%	201	53,9%	
	Mensal	14	4,9%	16	3,5%		15	4,1%	15	4,0%	
	Raramente	48	16,7%	42	9,2%		47	12,8%	43	11,5%	
	Nunca	3	1,0%	3	0,7%		6	1,6%	0	0%	
<b>Os legumes e salada consumidos são:</b>	Frescos	278	97,9%	451	99,3%	0,094*	356	97,5%	371	100,0%	0,002*
	Enlatados	29	10,2%	64	14,1%	0,139	36	9,9%	57	15,4%	0,027
	Congelados	27	9,5%	28	6,2%	0,113	27	7,4%	28	7,5%	1,000

\*Teste exato de Fisher.

Segundo a Tabela 14, aproximadamente 56% dos homens e 68% das mulheres referiram um consumo diário de fruta, e cerca de 36% dos homens e 25% das mulheres referiram um consumo semanal, apresentando diferenças significativas ( $p=0,008$ ), face ao maior consumo de fruta das mulheres em relação aos homens.

Cerca de 58% dos inquiridos sem filhos e 68,1% dos que têm filhos consumiam fruta diariamente. O consumo de fruta apresenta diferenças significativas, segundo ter ou não filhos ( $p=0,008$ ), onde os inquiridos com filhos consumiam mais fruta do que os que não tinham.

Tabela 14. Frequência de consumo de fruta, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Consumo de fruta.</b>	Diário	160	55,7%	309	67,9%	0,008*	214	58,3%	254	68,1%	0,008
	Semanal	102	35,5%	114	25,1%		120	32,7%	95	25,5%	
	Mensal	6	2,1%	6	1,3%		10	2,7%	2	0,5%	
	Raramente	19	6,6%	26	5,7%		23	6,3%	22	5,9%	
	Nunca	0	0%	0	0%		0	0%	0	0%	

\*Teste exato de Fisher.

Em termos do consumo de alimentos com alta densidade calórica, especialmente os alimentos açucarados, os que apresentavam elevado teor de gordura e os pré-preparados/confeccionados (Tabela 15), homens e mulheres referiram o seu consumo como “raro”, de uma forma geral.

Relativamente ao consumo de doces, mais de metade dos homens referiu consumir doces raramente (55,8%), e aproximadamente um quarto (25,6%), semanalmente. A mesma tendência ocorreu entre as mulheres, embora se tenha destacado um elevado consumo diário (20,1%), que representa cerca do dobro do consumo dos homens (9,1%).

Quanto ao consumo de bolos, 57,9% dos homens e 45,4% das mulheres referiram um consumo raro. No que diz respeito ao consumo semanal de bolos, verificaram-se discrepâncias com uma percentagem mais elevada de mulheres (21,1% nos homens e 33% nas mulheres).

O consumo de sobremesas destacou-se pela positiva, pois registou-se um baixo consumo diário: 2,1% nos homens e 4,2% nas mulheres (mesmo assim, as mulheres continuam a consumir mais). O consumo interpretado como “raro” rondava os 64% (homens) e 60% (mulheres).

O consumo de aperitivos e *snacks* foi reportado de forma idêntica em ambos os sexos, com relevância para o consumo semanal, que foi ligeiramente superior nos homens (16,4% para 14,7%).

Por último, no consumo de alimentos pré-cozinhados ou de refeições pré-preparadas, destacava-se o não consumo (“nunca”) dos mesmos (19,9% nos homens e 20,4% nas mulheres). Adicionando o não consumo e o “raro”, estes representavam 63,5% nos homens e 69,6% nas mulheres.

Por outro lado, relativamente aos inquiridos com e sem filhos, o consumo de doces foi referido como semanal, sendo ligeiramente superior nos que não tinham filhos.

Relativamente ao consumo de bolos, verificou-se um padrão diferente. Os indivíduos sem filhos reportaram um consumo diário superior (9,0%). Os indivíduos que tinham filhos reportaram um maior consumo semanal (30,6%).

Nas sobremesas, 60,7% e 62,1% dos indivíduos sem e com filhos, referiram consumir raramente, embora se perceba que os indivíduos sem filhos consumiam mais.

Nos *snacks*, indivíduos sem filhos e com filhos referiram consumir raramente (53% e 66%, respetivamente). Porém, 20,7% dos inquiridos sem filhos e 10,2% dos que têm filhos referiram um consumo semanal, onde os inquiridos que têm filhos parecem ter um consumo mais cuidadoso de *snacks* e aperitivos, uma vez que o seu consumo representa metade do dos indivíduos sem filhos.

Por último, nas refeições pré-cozinhadas, o consumo foi referido como “raro” em 48,6% e 45,7% dos indivíduos sem e com filhos, respetivamente, seguido do consumo semanal (20,7% e 16,7%, respetivamente), em que os que não têm filhos referiram um consumo ligeiramente superior.

Em relação ao sexo, verificaram-se diferenças significativas no consumo de doces ( $p < 0,001$ ), bolos ( $p = 0,001$ ) e sobremesas ( $p = 0,045$ ). Por outro lado, relativamente a ter ou não filhos, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas no consumo de aperitivos/*snacks* ( $p < 0,001$ ).

Tabela 15. Frequência de consumo de doces/bolos/sobremesas, aperitivos e alimentos pré cozinhados, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Frequência de consumo de doces.</b> (chocolates, rebuçados, pastilha elástica, gomas.)	Diário	26	9,1%	91	20,1%	0,000	67	18,4%	50	13,4%	0,198
	Semanal	73	25,6%	124	27,4%		102	28,0%	95	25,5%	
	Mensal	16	5,6%	29	6,4%		18	4,9%	27	7,3%	
	Raramente	159	55,8%	201	44,4%		169	46,4%	189	50,8%	
	Nunca	11	3,9%	8	1,8%		8	2,2%	11	3,0%	
<b>Frequência de consumo de bolos.</b> (Bolos de pasteleria ou confeccionados em casa, tipo biscoitos.)	Diário	20	7,0%	35	7,7%	0,001	33	9,0%	22	5,9%	0,153
	Semanal	60	21,1%	150	33,0%		95	26,0%	114	30,6%	
	Mensal	31	10,9%	57	12,6%		37	10,1%	51	13,7%	
	Raramente	165	57,9%	206	45,4%		192	52,6%	178	47,8%	
	Nunca	9	3,2%	6	1,3%		8	2,2%	7	1,9%	
<b>Frequência de consumo de sobremesas.</b> (Pudins/musses/gelados)	Diário	6	2,1%	19	4,2%	0,045	15	4,1%	10	2,7%	0,203
	Semanal	52	18,2%	79	17,4%		73	20,1%	57	15,3%	
	Mensal	30	10,5%	72	15,9%		43	11,8%	59	15,9%	
	Raramente	182	63,9%	271	59,8%		221	60,7%	231	62,1%	
	Nunca	15	5,3%	12	2,6%		12	3,3%	15	4,0%	
<b>Frequência de consumo de aperitivos e snacks.</b> (pacotes de batatas fritas, amendoins, cajús, Cheetos, salgadinhos, etc.)	Diário	13	4,5%	18	4,0%	0,889	23	6,3%	8	2,2%	0,000
	Semanal	47	16,4%	67	14,7%		76	20,7%	38	10,2%	
	Mensal	24	8,4%	34	7,5%		37	10,1%	21	5,7%	
	Raramente	168	58,7%	274	60,2%		195	53,0%	245	66,0%	
	Nunca	34	11,9%	62	13,6%		37	10,1%	59	15,9%	
<b>Frequência de consumo de alimentos/refeições pré-cozinhados.</b> (lasanha pré-cozinhada, filetes, panados, etc.)	Diário	16	5,6%	16	3,5%	0,256	16	4,3%	15	4,0%	0,222
	Semanal	62	21,6%	76	16,7%		76	20,7%	62	16,7%	
	Mensal	27	9,4%	46	10,1%		34	9,2%	38	10,2%	
	Raramente	125	43,6%	224	49,2%		179	48,6%	170	45,7%	
	Nunca	57	19,9%	93	20,4%		63	17,1%	87	23,4%	

Relativamente ao consumo de sal (Tabela 16), cerca de 68% dos homens e 59% das mulheres assinalaram um consumo de sal dentro dos parâmetros que consideram normais e aproximadamente 28% dos homens e 38% das mulheres consideraram utilizar pouco sal, com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,009$ ).

Alguns inquiridos referiram acrescentar sal aos alimentos em refeições realizadas fora de casa (6,7% dos homens e 4,0% das mulheres), sendo superior nos homens.

No que respeita ao consumo de sal para os inquiridos com ou sem filhos, verificou-se que em casa, aproximadamente dois terços dos indivíduos (tendo ou não filhos), mencionavam fazer um consumo considerado normal, e cerca de um terço também considerou utilizar pouco sal (tendo ou não filhos).

Fora de casa, apenas uma pequena parte dos indivíduos considerou acrescentar sal (5,5% e 4,6%, sem e com filhos).

Tabela 16. Consumo de sal, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Quantidade de sal que consome em casa.</b>	Não utiliza	1	0,3%	6	1,3%	0,009*	3	0,8%	4	1,1%	0,442*
	Pouco	79	27,5%	171	37,6%		116	31,6%	134	35,9%	
	Normal	195	67,9%	267	58,7%		234	63,8%	226	60,6%	
	Bastante	9	3,1%	11	2,4%		14	3,8%	9	2,4%	
<b>Consumo de sal fora de casa.</b>	Acrescenta	19	6,7%	18	4,0%	0,118	20	5,5%	17	4,6%	0,616
	Não acrescenta	265	93,3%	436	96,0%		346	94,5%	353	95,4%	

\*Teste exato de Fisher.

Por outro lado, no que concerne ao consumo de sal indireto, nomeadamente através de produtos em conserva (Tabela 17), como a salmoura e os enlatados, verificou-se que o consumo interpretado como “raro” e o não consumo representavam mais de 60% dos inquiridos, tanto em homens como em mulheres.

No caso da separação segundo “ter ou não filhos”, verificou-se a mesma tendência com mais de 70% dos inquiridos a não consumirem e a consumirem raramente alimentos conservados em sal, tendo ou não filhos.

Tabela 17. Frequência de consumo de alimentos em conserva de sal (salmoura e enlatados), segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Consumo de alimentos conservados em sal (salmoura, enlatados).	Diário	3	1,0%	1	0,2%	0,252*	2	0,5%	2	0,5%	0,077*
	Semanal	37	12,8%	61	13,4%		59	16,0%	38	10,2%	
	Mensal	38	13,2%	79	17,4%		48	13,0%	68	18,2%	
	Raramente	174	60,4%	269	59,1%		219	59,5%	224	60,1%	
	Nunca	36	12,5%	45	9,9%		40	10,9%	41	11,0%	

\*Teste exato de Fisher.

Relativamente à água (Tabela 18), a mediana do consumo diário era de 1500 mL (1000-2000) nos homens e 1200 mL (800-1500) nas mulheres, com diferenças de consumo muito significativas ( $p < 0,001$ ). Embora o consumo mínimo fosse idêntico em ambos os sexos (200 mL), o consumo máximo variou, sendo 5000 mL nos homens e 6000 mL nas mulheres.

Tabela 18. Volume total de água (mL) ingerido por dia, segundo o sexo.

	Sexo										<i>p</i>
	Masculino					Feminino					
	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	
Volume água (mL) / dia	1708,99	1003,53	200	5000	1500 (1000-2000)	1324,35	879,37	200	6000	1200 (800-1500)	0,000*

\*Teste não paramétrico (Teste de Mann-Whitney).

Segundo a Tabela 19, a mediana de consumo diário de água era a mesma, independentemente de os inquiridos terem – 1200 mL (800-1600) – ou não filhos – 1200 mL (800-2000).

Tabela 19. Volume total de água (mL) ingerido por dia, segundo ter ou não filhos.

	Filhos										<i>p</i>
	Não					Sim					
	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	
<b>Volume água (mL) / dia</b>	1437,94	916,48	200	5000	1200 (800-1600)	1507,74	969,25	200	6000	1200 (800-2000)	0,336*

\*Teste não paramétrico (Teste de *Mann-Whitney*).

No que respeita ao consumo de bebidas refrigerantes com/sem gás e sumos de fruta comerciais (Tabela 20), a maior parte dos indivíduos, independentemente do sexo referiu consumi-los (98,6% dos homens e 97,8% das mulheres). Da mesma forma, quase todos os inquiridos referiram consumir, independentemente da frequência, bebidas refrigerantes com/sem gás e sumos de fruta comerciais, tendo (97,1%) ou não (99,2%) filhos.

Tabela 20. Consumo de bebidas refrigerantes com/sem gás e sumos de fruta comerciais, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Consumo de bebidas refrigerantes e sumos de fruta comerciais.</b>	Sim	283	98,6%	445	97,8%	0,583	364	99,2%	362	97,1%	0,055
	Não	4	1,4%	10	2,2%		3	0,8%	11	2,9%	

De acordo com a Tabela 21, cerca de 53% dos homens e das mulheres consumia café, dos quais 98,7% e 95,0%, respectivamente colocavam açúcar. Os inquiridos com filhos reportaram um maior consumo de café (57,6%), relativamente aos que não tinham (47,6%), com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,007$ ). Contudo, 94,9% dos inquiridos sem filhos e 97,7% dos com filhos consumiam o café com açúcar.

Por outro lado, relativamente ao consumo de chá, as mulheres referiram consumir mais chá do que os homens ( $p=0,001$ ). Esta percentagem é também superior ao consumo de café, no caso das mulheres. A adição de açúcar no chá, apesar de inferior à do café, foi de 85,5% nos homens e 81,6% nas mulheres. Para além disso, o consumo de chá foi semelhante para os inquiridos com e sem filhos (cerca de 61%), embora mais de 80% colocassem açúcar em ambos os grupos.

O consumo de adoçante foi residual independentemente do sexo e de os inquiridos terem ou não filhos.

Tabela 21. Consumo de café, chá e aditivos, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Consumo de café.</b>	Sim	152	52,8%	239	52,5%	1,000	175	47,6%	215	57,6%	0,007
	Com açúcar	150	98,70%	227	95,0%		166	94,9%	210	97,7%	
	Com adoçante	0	0%	4	1,7%	0,162*	2	1,1%	2	0,9%	0,273*
	Nenhum	2	1,30%	8	3,3%		7	4,0%	3	1,4%	
<b>Consumo de chá.</b>	Sim	152	52,8%	299	65,7%	0,001	224	60,9%	226	60,6%	0,940
	Com açúcar	130	85,5%	244	81,6%		189	84,4%	184	81,4%	
	Com adoçante	2	1,3%	4	1,3%	0,557*	4	1,8%	2	0,9%	0,419*
	Nenhum	20	13,2%	51	17,1%		31	13,8%	40	17,7%	

\*Teste exato de Fisher.

### 4.3.3. Métodos de confeitão e tipos de gordura utilizados

Relativamente aos métodos de confeitão mais utilizados (Tabela 22), homens e mulheres referiram optar mais por cozer e grelhar os alimentos (mais de 90%). No entanto, são também utilizados os outros tipos de confeitão pela maioria dos inquiridos.

Por outro lado, tendo os indivíduos filhos ou não, os inquiridos referiram optar, preferencialmente, por cozer e grelhar os alimentos (mais de 90%). Contudo, os indivíduos continuavam a optar por refugar, igualmente, os alimentos (mais de 80%).

Tabela 22. Métodos de confeitão utilizados, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				
		Masculino		Feminino			Não		Sim		<i>p</i>
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Métodos de confeitão dos alimentos</b>	Refugar	245	85,4%	386	85,4%	1,000	306	83,4%	323	87,3%	0,145
	Fritar	255	88,9%	381	84,3%	0,083	318	86,6%	316	85,4%	0,671
	Cozer / grelhar	263	92,0%	426	94,5%	0,220	340	93,2%	347	93,8%	0,767
	Estufar / assar	225	78,7%	377	83,6%	0,097	290	79,5%	310	83,8%	0,153

Em termos das gorduras utilizadas na confeitão dos alimentos (Tabela 23), o azeite foi assinalado como a mais utilizada por homens e mulheres (cerca de 94% e 97%, respetivamente), com diferenças estatisticamente significativas para 5% ( $p=0,042$ ). Por outro lado, mais de 90% dos inquiridos referiu utilizar, também, o óleo de soja (dados não apresentados em tabela).

O mesmo aconteceu no grupo dos indivíduos com e sem filhos, onde também a gordura mais referida foi o azeite por 94,3% dos inquiridos sem filhos e 97,1% dos que têm filhos, embora também se utilizasse muito o óleo (91,3% a 92,0%).

Tabela 23. Gorduras utilizadas na confeitão de alimentos, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				
		Masculino		Feminino			Não		Sim		<i>p</i>
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Tipo de gordura utilizado, preferencialmente, na confeitão de alimentos.</b>	Banha de porco	4	1,4%	8	1,8%	0,774*	6	1,6%	6	1,6%	1,000
	Azeite	270	93,8%	441	96,9%	0,042	347	94,3%	362	97,1%	0,072
	Margarina	48	16,7%	74	16,3%	0,919	67	18,2%	55	14,7%	0,235
	Manteiga	54	18,8%	92	20,2%	0,637	74	20,1%	72	19,3%	0,854
	Óleo	267	92,7%	413	90,8%	0,418	336	91,3%	343	92,0%	0,792

\*Teste exato de Fisher.

#### **4.4. AQUISIÇÃO / COMPRA DE ALIMENTOS**

De acordo com a aquisição de géneros alimentícios por sexo (Tabela 24), mais mulheres (73,7%) do que homens (46,2%) referiram ser os próprios a adquirir os alimentos, com diferenças estatisticamente muito significativas ( $p < 0,001$ ).

Relativamente ao local de aquisição dos alimentos, 31,5% dos homens e 36,8% das mulheres mencionaram comprar os alimentos no mercado/prça, dentro e fora do bairro. Porém, 21,0% dos homens e 13,9% das mulheres referiram não comprar no mercado/prça.

Aproximadamente 42% dos homens e 44% das mulheres reportaram comprar os alimentos na mercearia/loja do bairro, embora mais de 25% dos indivíduos (homens e mulheres) não o fizessem.

Por outro lado, os alimentos comprados no supermercado do bairro foram reportados por 52,1% dos homens e 46,8% das mulheres, contra apenas uma parte residual de homens (1,9%) e de mulheres (3,7%), que não compra neste tipo de estabelecimento.

Apesar de cerca de 30% dos indivíduos ter referido adquirir os alimentos na rua do bairro onde vive, mais de 40% manifestou não o fazer, o que poderá ser um indicador favorável à segurança alimentar.

Para além disso, aproximadamente um quarto dos homens e um quarto das mulheres referiram consumir sempre produtos provenientes da agricultura praticada por si ou por familiares/amigos, embora apenas 6,0% dos homens e 4,4% das mulheres tenha reportado consumir sempre peixe proveniente de pesca amadora realizada, também, por si ou por familiares e/ou amigos.

Por outro lado, a aquisição de géneros alimentícios (Tabela 24) foi realizada pelo próprio em 71,5% dos inquiridos com filhos e em 54,2% dos sem filhos (com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ )).

Em termos de local de aquisição dos alimentos, cerca de 35% dos indivíduos (com ou sem filhos) mencionaram comprar alimentos no mercado/prça, dentro e fora do bairro, embora 18,3% dos que não têm filhos e 14,7% dos que têm filhos tenham referido não comprar.

Relativamente à aquisição na mercearia/loja, 49,3% dos inquiridos com filhos (e 37,7% dos sem filhos) referiram adquirir dentro do bairro, com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,017$ ), possivelmente pela relação disponibilidade de tempo *versus* proximidade.

Cerca de 49% dos inquiridos referiu comprar, ainda, no supermercado do bairro, ao contrário de uma parte residual que referiu não o fazer.

Existe também quem compre na rua, sobretudo os inquiridos com filhos (35,1%), face aos restantes (25,7%), com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,010$ ). Além disso, cerca de metade dos indivíduos que não têm filhos referiu não comprar na rua.

Ainda, 27,7% dos inquiridos sem filhos e 20,7% dos que têm filhos referiram consumir sempre produtos provenientes da agricultura praticada por si ou por familiares/amigos, com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,042$ ). Todavia, apenas 6,3% dos inquiridos sem filhos e 3,8% dos que têm filhos referiram consumir sempre peixe proveniente de pesca amadora realizada, também, por si ou por familiares e/ou amigos, com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,031$ ). Estes últimos podem refletir as questões económicas associadas ao número de filhos.

Tabela 24. Locais de aquisição de alimentos, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Na casa onde reside, compra, habitualmente, os alimentos para consumo?</b>	Sim	133	46,2%	334	73,7%	0,000	199	54,2%	266	71,5%	0,000
	Não	154	53,5%	119	26,3%		167	45,5%	106	28,5%	
<b>Adquire-os no mercado/prça:</b>	Do bairro.	67	25,1%	114	26,0%	0,093	88	25,1%	93	26,3%	0,620
	Fora do bairro.	60	22,5%	102	23,3%		77	22,0%	85	24,1%	
	Dentro/fora do bairro.	84	31,5%	161	36,8%		121	34,6%	123	34,8%	
	Não compra no mercado/prça.	56	21,0%	61	13,9%		64	18,3%	52	14,7%	
<b>Adquire-os na mercearia/loja:</b>	Do bairro.	113	42,3%	194	44,3%	0,764	132	37,7%	174	49,3%	0,017
	Fora do bairro.	1	0,4%	4	0,9%		3	0,9%	2	0,6%	
	Dentro/fora do bairro.	78	29,2%	127	29,0%		108	30,9%	96	27,2%	
	Não compra na mercearia/loja.	75	28,1%	113	25,8%		107	30,6%	81	22,9%	
<b>Adquire-os no supermercado:</b>	Do bairro.	139	52,1%	205	46,8%	0,358	172	49,1%	172	48,7%	0,209
	Fora do bairro.	18	6,7%	29	6,6%		21	6,0%	25	7,1%	
	Dentro/fora do bairro.	105	39,3%	188	42,9%		151	43,1%	141	39,9%	
	Não compra no supermercado.	5	1,9%	16	3,7%		6	1,7%	15	4,2%	
<b>Adquire-os na rua:</b>	Do bairro.	74	27,7%	140	32,0%	0,229	90	25,7%	124	35,1%	0,010
	Fora do bairro.	3	1,1%	6	1,4%		3	0,9%	6	1,7%	
	Dentro/fora do bairro.	62	23,2%	117	26,7%		87	24,9%	91	25,8%	
	Não compra na rua.	128	47,9%	175	40,0%		170	48,6%	132	37,4%	
<b>Consome produtos provenientes de agricultura praticada por si ou por familiares/amigos?</b>	Nunca	84	29,3%	141	31,0%	0,620	98	26,6%	127	34,1%	0,042
	Raramente	59	20,6%	76	16,7%		63	17,1%	72	19,4%	
	Frequentemente	76	26,5%	127	27,9%		105	28,5%	96	25,8%	
	Sempre	68	23,7%	111	24,4%		102	27,7%	77	20,7%	
<b>Consome peixe proveniente de pesca amadora realizada por si ou por familiares e/ou amigos?</b>	Nunca	191	67,0%	321	71,0%	0,398	236	64,7%	275	74,3%	0,031
	Raramente	56	19,6%	72	15,9%		70	19,2%	57	15,4%	
	Frequentemente	21	7,4%	39	8,6%		36	9,9%	24	6,5%	
	Sempre	17	6,0%	20	4,4%		23	6,3%	14	3,8%	

#### 4.5. ATIVIDADE FÍSICA

No que respeita às deslocações, os homens e mulheres desta amostra (Tabela 25) referiram andar a pé/bicicleta, durante pelo menos 10 minutos consecutivos, uma mediana de 5,0 (4,0-7,0; 3,0-6,0) dias por semana, com diferenças significativas ( $p=0,002$ ). A mediana do tempo de deslocação semanal (a pé/bicicleta) reportada foi de 20,0 (10,0-30,0) minutos em homens e mulheres.

Os homens revelaram uma mediana de utilização de 20,0 (10,0-30,0) minutos de carro, 20,0 (10,0-25,0) minutos de transporte coletivo e 10,0 (10,0-20,0) minutos de táxi, verificando-se diferenças significativas na utilização do carro, em que os homens utilizavam mais tempo ( $p=0,024$ ). As mulheres revelaram uma mediana de utilização de 11,0 (10,0-20,0) minutos de carro, 20,0<sup>3</sup> (15,0-30,0) minutos de transporte coletivo e 10,0 (7,0-15,0) minutos de táxi.

Por outro lado, os inquiridos com e sem filhos desta amostra (Tabela 26) referiram andar a pé/bicicleta por 10 minutos consecutivos, durante cerca de 5 dias por semana, apresentando-se, em termos medianos, com uma amplitude interquartílica de 4,0-7,0 nos que não têm filhos e de 3,0-6,0 nos que têm. Esta diferença é significativa ( $p=0,017$ ), sendo os que têm filhos os que apresentavam menores valores.

A mediana de exercício semanal (a pé/bicicleta) foi de 20,0 minutos, tanto nos indivíduos sem filhos (13,5-30,0) como nos que tinham filhos (10,0-30,0).

Os inquiridos sem filhos revelaram uma mediana de utilização de 13,5 (10,0-20,0) minutos de carro, 20,0 (15,0-25,0) minutos de transporte coletivo e 10,0 (10,0-20,0) minutos de táxi. Os que tinham filhos revelaram uma mediana de utilização de 20,0 (10,0-20,0) minutos de carro, 20,0 (15,0-30,0) minutos de transporte coletivo e 10,0 (6,0-15,0) minutos de táxi, com diferenças significativas na utilização do último ( $p=0,030$ ).

---

<sup>3</sup> Foram utilizadas as medianas, porque as variáveis transporte coletivo e táxi apresentaram valores máximos muito elevados, contribuindo para o aumento da média. Aparentemente, alguns indivíduos reportaram andar, em média, cerca de 2 horas e 23 minutos por dia, tanto de transporte coletivo como de táxi, possivelmente porque trabalham fora da cidade.

Tabela 25. Número de dias e número de minutos de atividade física por semana nas deslocações, segundo o sexo.

	Sexo										p
	Masculino					Feminino					
	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	
<b>Anda a pé/bicicleta por 10 minutos consecutivos (dias/semana)</b>	5,12	1,79	1	7	5,0 (4,0-7,0)	4,59	1,91	1	7	5,0 (3,0-6,0)	0,002*
<b>Anda a pé/bicicleta por 10 minutos consecutivos (minutos/semana)</b>	20,01	12,61	0	55	20,0 (10,0-30,0)	19,20	11,41	0	50	20,0 (10,0-30,0)	0,465*
<b>Anda em carro próprio (minutos/semana)</b>	29,10	34,02	5	180	20,0 (10,0-30,0)	14,00	7,77	5	40	11,0 (10,0-20,0)	0,024*
<b>Anda em transporte coletivo (minutos/semana)</b>	54,34	181,62	5	999	20,0 (10,0-25,0)	78,66	281,82	5	999	20,0 (15,0-30,0)	0,144*
<b>Anda de táxi (minutos/semana)</b>	94,32	174,36	3	999	10,0 (10,0-20,0)	72,22	239,28	3	999	10,0 (7,0-15,0)	0,084*

\*Teste não paramétrico (Mann-Whitney).

Tabela 26. Número de dias e número de minutos de atividade física por semana nas deslocações, segundo ter ou não filhos.

	Filhos										p
	Não					Sim					
	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	
<b>Anda a pé/bicicleta por 10 minutos consecutivos (dias/semana).</b>	5,03	1,75	1	7	5,0 (4,0-7,0)	4,56	1,99	1	7	5,0 (3,0-6,0)	0,017*
<b>Anda a pé/bicicleta por 10 minutos consecutivos (minutos/semana).</b>	20,16	11,25	0	50	20,0 (13,5-30,0)	18,78	12,66	0	55	20,0 (10,0-30,0)	0,158*
<b>Anda em carro próprio (minutos/semana)</b>	24,89	39,62	6	180	13,5 (10,0-20,0)	18,48	12,79	5	60	20,0 (10,0-20,0)	0,915*
<b>Anda em transporte coletivo (minutos/semana).</b>	70,82	218,14	5	999	20,0 (15,0-25,0)	69,82	214,32	5	999	20,0 (15,0-30,0)	0,269*
<b>Anda de táxi (minutos/semana).</b>	70,74	233,52	3	999	10,0 (10,0-20,0)	44,56	180,44	3	999	10,0 (6,0-15,0)	0,030*

\*Teste não paramétrico (Mann-Whitney).

Relativamente à prática de atividade física no trabalho (Tabela 27), aproximadamente 23,0% dos homens referiram fazer atividade física no trabalho, sendo essa atividade moderada e intensa para cerca de 42,4% e 33,3%, respectivamente.

Das mulheres, apenas cerca de 8% mencionaram realizar atividade física no trabalho, 56,8% das quais reportaram realizar uma atividade moderada e outras 29,7% intensa.

A prática de atividade física no trabalho mostrou diferenças muito significativas entre homens e mulheres ( $p < 0,001$ ), em que os homens praticam mais.

Para além disso, apenas 13,0% dos homens e 3,5% das mulheres tinham uma atividade física intensa no trabalho que implicasse uma aceleração importante do ritmo cardíaco, durante pelo menos 10 minutos consecutivos, com diferenças muito significativas ( $p < 0,001$ ). A mesma tendência verificou-se nos trabalhos que implicassem uma atividade física moderada com aceleração ligeira do ritmo cardíaco (15,3% nos homens e 5,7% nas mulheres) também com diferenças muito significativas ( $p < 0,001$ ).

Por outro lado, 14,1% dos indivíduos sem filhos e 13,7% dos que tinham filhos referiram fazer atividade física no trabalho. Os inquiridos que não têm filhos reportaram fazer atividade física moderada (40,4%) e intensa (32,7%). Dos que têm filhos, 54,9% referiram realizar uma atividade física moderada e 31,4% intensa.

A mesma tabela mostra que apenas 8,4% dos indivíduos sem filhos e 6,2% dos que têm filhos tinham uma atividade física intensa no trabalho. O mesmo acontecia nos trabalhos que implicassem atividade física moderada, em que apenas cerca de 9,0% o fazia, tendo ou não filhos.

De um modo geral, ter filhos parece não afetar a prática de atividade física no trabalho.

Tabela 27. Atividade física no trabalho, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Faz atividade física no trabalho?</b>	Sim	66	22,9%	37	8,1%	0,000	52	14,1%	51	13,7%	0,916
<b>Tipo de atividade física no trabalho:</b>	Moderada	28	42,4%	21	56,8%	0,197	21	40,4%	28	54,9%	0,300
	Intensa	22	33,3%	11	29,7%		17	32,7%	16	31,4%	
	Ambas	16	24,2%	5	13,5%		14	26,9%	7	13,7%	
<b>O seu trabalho exige uma atividade física intensa que implica uma aceleração <u>importante</u> do ritmo cardíaco durante pelo menos 10 minutos consecutivos?</b>	Não	249	86,8%	437	96,5%	0,000	336	91,6%	348	93,8%	0,260
	Sim	38	13,2%	16	3,5%	31	8,4%	23	6,2%		
<b>O seu trabalho exige uma atividade física moderada que implica uma aceleração <u>ligeira</u> do ritmo cardíaco durante pelo menos 10 minutos consecutivos?</b>	Não	243	84,7%	427	94,3%	0,000	331	90,4%	337	90,6%	1,000
	Sim	44	15,3%	26	5,7%	35	9,6%	35	9,4%		

Segundo a Tabela 28, 68,8% dos homens, com IC a 95% ]63,2; 73,8[, e apenas 25,9% das mulheres, com IC a 95% ]22,1; 30,2[, referiram praticar atividade física em lazer com diferenças muito significativas ( $p < 0,001$ ).

No que diz respeito à realização da atividade física ligada a uma prática desportiva que implique um aumento importante do ritmo cardíaco durante, pelo menos 10 minutos consecutivos, verificou-se que mais de metade dos homens (58,0%) e apenas 10,5% das mulheres reportaram fazê-lo, com diferenças muito significativas ( $p < 0,001$ ). Por outro lado, relativamente à realização de atividades de intensidade moderada com aceleração ligeira do ritmo cardíaco, os homens (37,1%) também referiram realizar mais do que as mulheres (17,6%), com diferenças igualmente muito significativas ( $p < 0,001$ ).

Por outro lado, 52,4% dos indivíduos sem filhos, com IC a 95% ]47,3; 57,5[, e apenas 32,7% dos que tinham filhos, com IC a 95% ]28,1; 37,6[, referiram praticar atividade física em lazer com diferenças muito significativas ( $p < 0,001$ ).

Relativamente à atividade física ligada a uma prática desportiva que implique um aumento importante do ritmo cardíaco durante, pelo menos 10 minutos consecutivos, cerca de 40% dos que não têm filhos e 18% dos que têm referiram ter essa atividade, também com diferenças muito significativas ( $p < 0,001$ ).

Ainda se identificou que os indivíduos sem filhos praticam mais atividades de intensidade moderada (29,1%) do que os que têm filhos (21,0%), com diferenças significativas ( $p = 0,012$ ).

Tabela 28. Atividade física em lazer, segundo o sexo e ter ou não filhos.

		Sexo				<i>p</i>	Filhos				<i>p</i>
		Masculino		Feminino			Não		Sim		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Faz ou não atividade física no tempo livre?</b>	Sim	198	68,8%	118	25,9%	0,000	193	52,4%	122	32,7%	0,000
	Não	90	31,2%	337	74,1%		175	47,6%	251	67,3%	
<b>Pratica desporto/<i>fitness</i> que implique um <u>aumento importante</u> do ritmo cardíaco, durante pelo menos 10 minutos consecutivos?</b>	Sim	166	58,0%	48	10,5%	0,000	147	39,9%	66	17,8%	0,000
	Não	120	42,0%	407	89,5%		221	60,1%	305	82,2%	
<b>Pratica atividades de intensidade moderada que impliquem uma <u>aceleração ligeira</u> do ritmo cardíaco, durante pelo menos 10 minutos consecutivos?</b>	Sim	106	37,1%	80	17,6%	0,000	107	29,1%	78	21,0%	0,012
	Não	180	62,9%	375	82,4%		261	70,9%	293	79,0%	

#### 4.6. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

De acordo com os dados antropométricos reportados para os homens (Tabela 29), a mediana do peso ideal referido foi de 70,0 kg (64,3-78,0) para os que não tinham filhos e 70,5 kg (67,5-78,0) para os que tinham, sendo que se verificou que a mediana do peso dos homens sem filhos foi de 70,0 kg (61,0-75,0). Por sua vez, a mediana do peso dos homens com filhos foi de 72,0 kg (64,0-79,0).

Relativamente ao IMC<sup>4</sup>, nos homens sem filhos verificou-se uma mediana de 22,53 kg/m<sup>2</sup> (20,47-24,27) e nos que tinham filhos uma mediana superior de 23,66 kg/m<sup>2</sup> (21,13-25,13), com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,045$ ), apenas ao nível de significância de 5%.

Analisando as mulheres com e sem filhos, a Tabela 30 mostra que a mediana do peso ideal foi de 57,0 kg (53,0-60,0) para as sem filhos e 60,0 kg (55,0-65,0) para as que têm filhos, com diferenças muito significativas ( $p<0,001$ ). Verificou-se, ainda, que a mediana do peso reportada pelas que não têm filhos foi de 57,0 kg (51,0-60,0). Por sua vez, a mediana do peso referido pelas mulheres com filhos foi de 62,0 Kg (54,0-72,0). Quanto ao peso, verificaram-se diferenças muito significativas ( $p<0,001$ ) entre mulheres com e sem filhos.

No que diz respeito ao IMC nas mulheres sem filhos, verificou-se uma mediana de 21,19 kg/m<sup>2</sup> (19,37-23,70) e nas que têm filhos uma mediana de 23,48 kg/m<sup>2</sup> (20,76-26,65), com diferenças muito significativas ( $p<0,001$ ).

Desta forma, poderá constatar-se que ter filhos é um fator que contribui para a alteração do estado nutricional pelo aumento do IMC, sobretudo nas mulheres. Porém, se o nascimento dos seus filhos for recente, esta situação poderá ser transitória para algumas.

Tanto para a amostra total como para o sexo, observaram-se correlações positivas significativas entre a idade e o IMC ( $rs<0,001$  nas mulheres e  $rs=0,005$  nos homens), através do coeficiente de *Spearman*.

---

<sup>4</sup> A altura não foi explorada por que não faz sentido.

Tabela 29. Dados antropométricos dos homens (peso ideal, peso e altura autodeclarados e IMC calculado), segundo ter ou não filhos.

	Homens										<i>p</i>
	Filhos										
	Não					Sim					
	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	
<b>Peso ideal (Kg)</b>	70,82	9,65	50	105	70,0 (64,3-78,0)	72,3	9,04	50	93	70,5 (67,5-78,0)	0,321
<b>Peso habitual (Kg)</b>	70,1	11,5	50	138	70 (61,0-75,0)	72,2	10,9	50	104	72,0 (64,0-79,0)	0,065
<b>Altura (m)</b>	1,76	0,08	1,47	2,00	1,75 (1,70-1,81)	1,76	0,07	1,56	1,94	1,75 (1,71-1,80)	0,939
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	22,61	2,81	16,28	34,50	22,53 (20,47-24,27)	23,41	3,14	17,16	31,22	23,66 (21,13-25,13)	0,045

Tabela 30. Dados antropométricos das mulheres (peso ideal, peso e altura autodeclarados e IMC calculado), segundo ter ou não filhos.

	Mulheres										<i>p</i>
	Filhos										
	Não					Sim					
	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	$\bar{x}$	s	Mín	Máx	Med (P25-P75)	
<b>Peso ideal (Kg)</b>	57,6	6,62	44,0	75,0	57,0 (53,0-60,0)	60,34	7,39	45,0	83,0	60,0 (55,0-65,0)	0,000
<b>Peso habitual (Kg)</b>	57,69	9,54	40,0	90,0	57,0 (51,0-60,0)	63,28	11,97	40,0	97,0	62,0 (54,0-72,0)	0,000
<b>Altura (m)</b>	1,63	0,07	1,43	1,86	1,63 (1,58-1,68)	1,63	0,07	1,47	1,90	1,63 (1,58-1,68)	0,619
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	21,59	3,26	14,69	36,98	21,19 (19,37-23,70)	23,91	4,14	14,53	35,16	23,48 (20,76-26,65)	0,000

De uma forma geral, segundo o IMC calculado para 4 categorias, de acordo com a classificação da OMS, identificaram-se na amostra prevalências de 10,6% de baixo peso, 66,8% de peso normal, 18,2% de excesso de peso e 4,5% de obesidade (dados não apresentados em tabela ou figura).

Para além disso, registou-se que são as mulheres quem apresenta, simultaneamente, maiores índices de baixo peso (13,0%) e excesso de peso/obesidade (24,6%). No caso dos homens, mais de 70,0% são normoponderais. Verificam-se, assim, diferenças significativas ( $p=0,006$ ) entre homens e mulheres.

Por outro lado, relativamente aos índices de IMC (Figura 3 e Figura 4) verifica-se, segundo os dados, que os indivíduos com filhos apresentavam maiores prevalências de excesso de peso e de obesidade (25,3% e 7,7%, respetivamente) do que os que não têm filhos (11,2% de excesso de peso e 1,4% de obesidade). Pelo contrário, os indivíduos sem filhos apresentavam mais baixo peso (13,0%) e peso normal (74,3%) do que os que têm (8,0% e 59,0%, respetivamente). Sendo assim, identificam-se diferenças muito significativas ( $p<0,001$ ) entre os inquiridos com e sem filhos.

Adicionalmente, foram calculados os intervalos de confiança para o excesso de peso/obesidade. Assim, para os homens foi identificado um IC a 95% de ]10,7; 18,7[ e para as mulheres um IC a 95% de ]14,7; 21,8[.

Por outro lado, para o excesso de peso/obesidade dos inquiridos sem filhos foi identificado um IC a 95% de ]6,8; 12,8[ e dos que têm filhos um IC a 95% de ]19,3;28,0[.

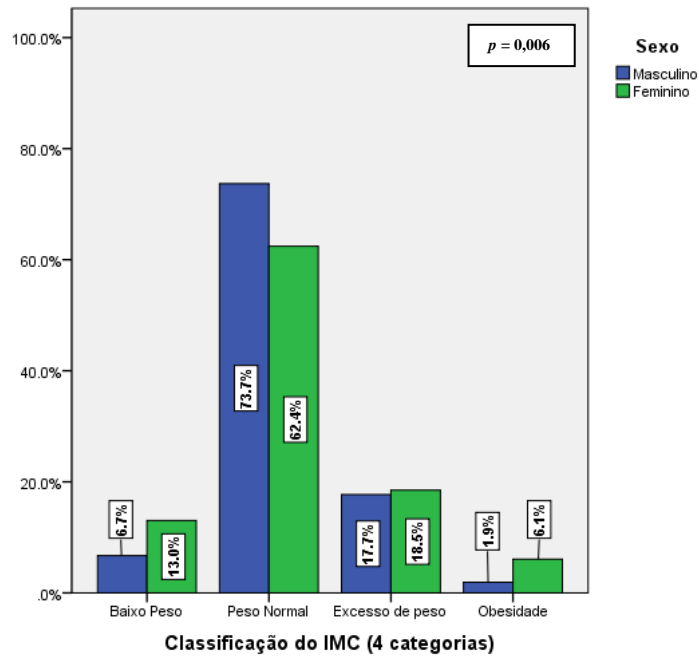


Figura 3 - Classificação do IMC calculado (variável categórica dicotômica), baseado no peso e altura autodeclarados, segundo o sexo.

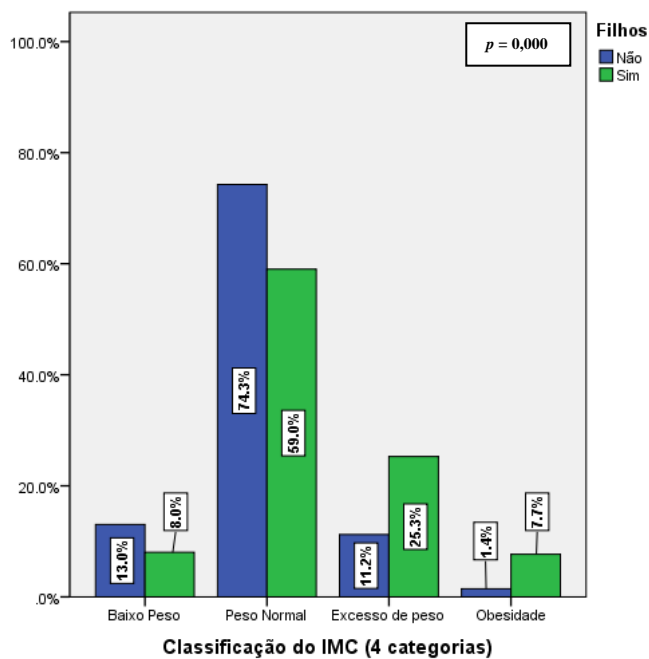


Figura 4 - Classificação do IMC calculado (variável categórica dicotômica), baseado no peso e altura autodeclarados, segundo ter ou não filhos.

#### 4.7. REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA MÚLTIPLA

De seguida, apresentam-se os resultados relativos à regressão logística binária, segundo os modelos simples e múltiplo, com vista a ajustamentos de possíveis variáveis de confusão.

Foram trabalhados os resultados globais e por sexo, quer para o excesso de peso/obesidade, quer para a atividade física em lazer (Tabelas 31 a 36).

De salientar que, se no caso do excesso de peso/obesidade, o valor do *odds ratio* superior a 1 indica um possível efeito potenciador do risco, no caso da atividade física em lazer os mesmos valores poderão indicar um efeito protetor, atendendo à codificação utilizada no programa estatístico (excesso de peso/obesidade – acontecimento não desejável; atividade física em lazer – acontecimento desejável).

Relativamente aos modelos simples para a amostra geral, e fazendo a análise de cada variável com o excesso de peso/obesidade (Tabela 31), observou-se que as variáveis ter filhos, fazer dieta e ser estudante, face aos trabalhadores, bem como a idade, o número de filhos e o número de adultos no agregado têm efeito estatístico significativo.

Após ajustamento das variáveis, o modelo múltiplo continua a considerar as variáveis idade e número de filhos, sendo estas significativas, bem como a variável fazer dieta, embora esta última perca a significância estatística para 5%. As três variáveis parecem contribuir para aumentar o excesso de peso/obesidade, em que quem está a fazer dieta tem mais hipóteses de ter excesso de peso/obesidade, ou seja, neste caso a dieta já será uma consequência do estado nutricional e não o contrário.

Por cada ano de idade e por cada filho, o modelo indica um aumento do risco de excesso de peso/obesidade em 7,4% e 66,0%, respetivamente.

Embora a variável sexo não se tenha destacado como significativa para o excesso de peso/obesidade, é objetivo deste estudo identificar os contributos de algumas variáveis,

relativamente ao estado nutricional de homens e mulheres. Assim, quando se tem em conta o sexo masculino relativamente ao excesso de peso/obesidade (Tabela 32), destacaram-se nos modelos simples as variáveis ter filhos, a categoria estudante da variável profissão, a atividade física em lazer e, ainda, a idade, o número de filhos e o número de adultos no agregado. Depois do ajustamento, o modelo múltiplo continuou a contemplar a idade e o número de adultos no agregado, embora tenha preterido a categoria estudante e o número de filhos. Esta última, apesar de não constar nos modelos obtidos pelo método *stepwise* no último passo, ainda constava no anterior modelo ( $p=0,258/OR=1,259/IC=0,844-1,879$ ).

A compra de alimentos pelo próprio passou a ser incluída no modelo múltiplo, embora não tenha significância estatística para 5%. Resumidamente, a variável idade, mesmo numa faixa etária entre 18 e 30 anos, parece contribuir para aumentar o risco de desenvolvimento de excesso de peso/obesidade, em que cada ano de idade aumenta o risco em 13,8% respetivamente. A compra dos alimentos, talvez pela preocupação com a imagem ou com a saúde, e o número de adultos no agregado, possivelmente pela restrição e conseqüente partilha de alimentos, são fatores potencialmente protetores, reduzindo a probabilidade de desenvolvimento de excesso de peso/obesidade.

No sexo feminino (Tabela 33), os modelos simples com significância estatística foram em maior número, onde estão incluídas as variáveis ter filhos, unidade urbana, ser estudante face a quem trabalha, a compra dos alimentos e a realização de dieta, para além da idade e do número de filhos. Aquando do modelo múltiplo, mantiveram-se a unidade urbana, o número de filhos e a realização de dieta. As variáveis número de filhos e unidade urbana estão associadas ao desenvolvimento de excesso de peso/obesidade, onde a unidade informal face à formal aumenta o risco, e por cada filho o risco quase duplica.

Quanto à regressão logística face à realização de atividade física em lazer para a amostra total (Tabela 34), os modelos simples salientaram as variáveis ter filhos, sexo, habilitações literárias, estado civil, categoria desempregado e, ainda, o número de filhos e o número de adultos no agregado como associadas à variável dependente.

Após ajustamento, o modelo múltiplo resultante do método *stepwise* inclui as variáveis sexo, habilitações literárias, número de filhos e número de adultos no agregado, tendo as habilitações literárias perdido a significância estatística. A idade aparece como fator que potencia a atividade física em lazer. Por sua vez, ser mulher em relação a ser homem e o aumento do número de filhos reduzem a prática de atividade física em lazer. Por outro lado, um alto nível literário (no modelo simples) e o número de adultos no agregado parecem contribuir para a sua prática.

Quando selecionados os casos do sexo masculino (Tabela 35), através dos modelos simples, as variáveis com significância estatística foram ter filhos, habilitações literárias e ser estudante face aos trabalhadores, para além do número de filhos e do número de adultos no agregado. O modelo múltiplo, segundo o método *stepwise* incluiu as variáveis habilitações literárias e o número de filhos, ambas com significância estatística. Se o alto nível literário aumenta a probabilidade de praticar atividade física em lazer (cerca de 3,5 vezes mais), o aumento do número de filhos parece reduzir a sua prática.

No caso das mulheres (Tabela 36), nos modelos simples apenas revelaram significância estatística as variáveis habilitações literárias e número de filhos. Contudo, no modelo múltiplo a variável habilitações literárias não foi incluída no último passo da seleção de modelos, dando lugar a outras, nomeadamente o número de adultos no agregado e a profissão. Os estudantes e os desempregados face aos trabalhadores, bem como o aumento do número de adultos no agregado parecem contribuir para o aumento da prática de atividade física em lazer, ao contrário do número de filhos, que parece ter um efeito inibidor da prática de atividade física em lazer.

Tabela 31. Modelos simples e múltiplo (método *stepwise*) para o excesso de peso/obesidade, segundo a regressão logística binária.

		Modelo Simples			Modelo Múltiplo		
		Sig.	OR bruto	95% I.C.	Sig.	OR ajustado	95% I.C.
Variáveis Qualitativas	<b>Filhos<sup>5</sup> (Não<sup>6</sup>)</b>						
	Sim	0,000	3,384	2,183-5,246	-	-	-
	<b>Sexo (Masculino)</b>						
	Feminino	0,184	1,333	0,873-2,036	-	-	-
	<b>Habilitações Literárias (Baixo Nível Literário)</b>						
	Alto Nível Literário	0,396	0,761	0,405-1,430	-	-	-
	<b>Unidade Urbana (Informal)</b>						
	Formal	0,102	0,711	0,473-1,070	-	-	-
	<b>Estado Civil (Solteiro/Divorciado)</b>						
	Casado/União de facto	0,226	1,373	0,822-2,293	-	-	-
	<b>Profissão (Trabalhador)</b>	0,002			-		
	Desempregado	0,883	1,040	0,616-1,756	-	-	-
	Estudante	0,001	0,428	0,260-0,705	-	-	-
	<b>Compra os próprios alimentos (Não)</b>						
Sim	0,149	1,371	0,893-2,104	-	-	-	
<b>Faz algum tipo de dieta? (Não)</b>							
Sim	0,019	2,775	1,185-6,496	0,062	2,389	0,958-5,958	
<b>Atividade física em lazer (Não)</b>							
Sim	0,423	0,846	0,562-1,274	-	-	-	
Variáveis Quantitativas	<b>Idade</b>	0,000	1,147	1,079-1,220	0,045	1,074	1,001-1,151
	<b>Número de filhos</b>	0,000	1,736	1,425-2,114	0,000	1,658	1,311-2,096
	<b>Número de adultos no agregado (incluindo o próprio)</b>	0,047	0,867	0,753-0,998	-	-	-

<sup>5</sup> Como a variável “ter ou não filhos” é uma categorização da variável “número de filhos”, estas variáveis não foram introduzidas simultaneamente nos modelos de regressão logística múltipla (tendo-se optado pela variável “número de filhos”).

<sup>6</sup> Nas tabelas seguintes (Tabelas 31 a 36), a categoria de referência está indicada entre parênteses.

Tabela 32. Modelos simples e múltiplo (método *stepwise*) no sexo masculino para o excesso de peso/obesidade, segundo a regressão logística binária.

	Sexo Masculino						
	Modelo Simples			Modelo Múltiplo			
	Sig.	OR bruto	95% I.C.	Sig.	OR ajustado	95% I.C.	
Variáveis Qualitativas	<b>Filhos (Não)</b>						
	Sim	0,016	2,342	1,170-4,690	-	-	-
	<b>Habilitações Literárias (Baixo Nível Literário)</b>						
	Alto Nível Literário	0,461	1,773	0,387-8,127	-	-	-
	<b>Unidade Urbana (Informal)</b>						
	Formal	0,186	1,600	0,797-3,211	-	-	-
	<b>Estado Civil (Solteiro/Divorciado)</b>						
	Casado/União de facto	0,199	1,872	0,718-4,876	-	-	-
	<b>Profissão (Trabalhador)</b>	0,047			-		
	Desempregado	0,506	0,713	0,263-1,931	-	-	-
	Estudante	0,013	0,341	0,145-0,800	-	-	-
	<b>Compra os próprios alimentos (Não)</b>						
	Sim	0,358	0,721	0,359-1,447	0,074	0,491	0,225-1,072
	<b>Faz algum tipo de dieta? (Não)</b>						
Sim	0,983	1,025	0,112-9,422	-	-	-	
<b>Atividade física em lazer (Não)</b>							
Sim	0,990	0,995	0,470-2,108	-	-	-	
Variáveis Quantitativas	<b>Idade</b>	0,000	1,157	1,038-1,291	0,025	1,138	1,016-1,273
	<b>Número de filhos</b>	0,019	1,539	1,072-2,209	-	-	-
	<b>Número de adultos no agregado (incluindo o próprio)</b>	0,012	0,704	0,536-0,926	0,013	0,686	0,508-0,925

Tabela 33. Modelos simples e múltiplo (método *stepwise*) no sexo feminino para o excesso de peso/obesidade, segundo a regressão logística binária.

	Sexo feminino						
	Modelo Simples			Modelo Múltiplo			
	Sig.	OR bruto	95% I.C.	Sig.	OR ajustado	95% I.C.	
Variáveis Qualitativas	<b>Filhos (Não)</b>						
	Sim	0,000	4,404	2,383-8,138	-	-	-
	<b>Habilitações Literárias (Baixo Nível Literário)</b>						
	Alto Nível Literário	0,186	1,625	0,792-3,335	-	-	-
	<b>Unidade Urbana (Informal)</b>						
	Formal	0,004	0,457	0,268-0,779	0,014	0,473	0,260-0,860
	<b>Estado Civil (Solteiro/Divorciado)</b>						
	Casado/União de facto	0,644	1,155	0,627-2,125	-	-	-
	<b>Profissão (Trabalhador)</b>	0,018			-		
	Desempregado	0,672	1,149	0,604-2,189	-	-	-
	Estudante	0,018	0,468	0,248-0,880	-	-	-
	<b>Compra os próprios alimentos (Não)</b>						
	Sim	0,029	2,035	1,076-3,848	-	-	-
<b>Faz algum tipo de dieta? (Não)</b>							
Sim	0,014	3,333	1,275-8,712	0,016	3,587	1,266-10,162	
<b>Atividade física em lazer (Não)</b>							
Sim	0,754	0,913	0,517-1,613	-	-	-	
Variáveis Quantitativas	<b>Idade</b>	0,000	1,143	1,062-1,231	-	-	-
	<b>Número de filhos</b>	0,000	1,821	1,426-2,325	0,000	1,952	1,465-2,602
	<b>Número de adultos no agregado (incluindo o próprio)</b>	0,752	0,973	0,823-1,151	-	-	-

Tabela 34. Modelos simples e múltiplo (método *stepwise*) para a atividade física em lazer, segundo a regressão logística binária.

		Modelo Simples			Modelo Múltiplo		
		Sig.	OR bruto	95% I.C.	Sig.	OR ajustado	95% I.C.
		<b>Variáveis Qualitativas</b>					
	<b>Filhos (Não)</b>						
	Sim	0,000	0,441	0,327-0,594	-	-	-
	<b>Sexo (masculino)</b>						
	Feminino	0,000	0,159	0,115-0,220	0,000	0,182	0,122-0,273
	<b>Unidade Urbana (Informal)</b>						
	Formal	0,309	1,164	0,869-1,557	-	-	-
	<b>Habilitações Literárias (baixo nível literário)</b>						
	Alto nível literário	0,000	2,193	1,426-3,374	0,074	2,018	0,934-4,359
	<b>Estado Civil (Solteiro/Divorciado)</b>						
	Casado/União de facto	0,001	0,492	0,326-0,740	-	-	-
	<b>Profissão (Trabalhador)</b>	0,073			-		
	Desempregado	0,044	0,669	0,453-0,990	-	-	-
	Estudante	0,865	1,030	0,735-1,442	-	-	-
	<b>Faz algum tipo de dieta? (Não)</b>						
	Sim	0,898	0,952	0,448-2,023	-	-	-
	<b>IMC (Sem excesso de peso/obesidade)</b>						
	Excesso de peso/obesidade	0,423	0,846	0,562-1,274	-	-	-
<b>Variáveis Quantitativas</b>	<b>Número de filhos</b>	0,000	0,583	0,491-0,693	0,004	0,687	0,532-0,886
	<b>Idade</b>	0,976	0,999	0,959-1,041	0,017	1,079	1,014-1,149
	<b>Número de adultos no agregado (incluindo o próprio)</b>	0,004	1,134	1,040-1,236	0,018	1,162	1,027-1,316

Tabela 35. Modelos simples e múltiplo (método *stepwise*) no sexo masculino para a atividade física em lazer, segundo a regressão logística binária.

	Sexo Masculino						
	Modelo Simples			Modelo Múltiplo			
	Sig.	OR bruto	95% I.C.	Sig.	OR ajustado	95% I.C.	
<b>Variáveis Qualitativas</b>	<b>Filhos (Não)</b>						
	Sim	0,001	0,402	0,240-0,674	-	-	-
	<b>Unidade Urbana (Informal)</b>						
	Formal	0,849	1,050	0,638-1,728	-	-	-
	<b>Habilitações Literárias (Baixo nível literário)</b>						
	Alto nível literário	0,010	2,408	1,230-4,716	0,019	3,577	1,234-10,366
	<b>Estado Civil (Solteiro/Divorciado)</b>						
	Casado/União de facto	0,139	0,572	0,273-1,200	-	-	-
	<b>Profissão (Trabalhador)</b>						
	Desempregado	0,568	1,214	0,624-2,363	-	-	-
	Estudante	0,001	2,857	1,545-5,285	-	-	-
	<b>Faz algum tipo de dieta? (Não)</b>						
Sim	0,187	0,296	0,049-1,803	-	-	-	
<b>IMC (Sem excesso de peso/obesidade)</b>							
Excesso de peso/obesidade	0,990	0,995	0,470-2,108	-	-	-	
<b>Variáveis Quantitativas</b>	<b>Número de filhos</b>	0,001	0,587	0,434-0,794	0,005	0,405	0,215-0,761
	<b>Idade</b>	0,060	0,932	0,866-1,003	-	-	-
	<b>Número de adultos no agregado (incluindo o próprio)</b>	0,018	1,221	1,034-1,443	-	-	-

Tabela 36. Modelos simples e múltiplo (método *stepwise*) no sexo feminino para a atividade física em lazer, segundo a regressão logística binária.

	Sexo Feminino						
	Modelo Simples			Modelo Múltiplo			
	Sig.	OR bruto	95% I.C.	Sig.	OR ajustado	95% I.C.	
<b>Variáveis Qualitativas</b>	<b>Filhos (Não)</b>						
	Sim	0,408	0,835	0,545-1,280	-	-	-
	<b>Unidade Urbana (Informal)</b>						
	Formal	0,442	1,179	0,774-1,795	-	-	-
	<b>Habilitações Literárias (Baixo nível literário)</b>						
	Alto nível literário	0,020	2,179	1,133-4,193	-	-	-
	<b>Estado Civil (Solteiro/Divorciado)</b>						
	Casado/União de facto	0,102	0,631	0,363-1,096	-	-	-
	<b>Profissão (Trabalhador)</b>	0,221			0,006		
	Desempregado	0,110	0,638	0,368-1,107	0,011	0,385	0,184-0,805
	Estudante	0,190	0,719	0,439-1,178	0,005	0,410	0,221-0,761
	<b>Faz algum tipo de dieta? (Não)</b>						
	Sim	0,077	2,136	0,922-4,949	-	-	-
<b>IMC (Sem excesso de peso/obesidade)</b>							
Excesso de peso/obesidade	0,754	0,913	0,517-1,613	-	-	-	
<b>Variáveis Quantitativas</b>	<b>Número filhos</b>	0,008	0,746	0,600-0,928	0,042	0,718	0,522-0,988
	<b>Idade</b>	0,246	1,035	0,977-1,097	-	-	-
	<b>Número de adultos no agregado (incluindo o próprio)</b>	0,118	1,099	0,976-1,238	0,039	1,189	1,009-1,402

## 5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Este trabalho explorou o padrão alimentar, o estado nutricional e a atividade física (com foco no lazer) dos adultos jovens, entre os 18 e os 30 anos, e sua associação com o ter ou não filhos, em unidades urbanas da Cidade da Praia, em Cabo Verde.

Para isso, foram trabalhados os dados mediante os objetivos específicos definidos inicialmente para este estudo, nomeadamente:

- Descrever os grupos de homens e mulheres, bem como os grupos de indivíduos com e sem filhos, segundo as suas características sociodemográficas, hábitos alimentares, questões relacionadas com o consumo e a aquisição de alimentos, atividade física e estado nutricional;
- Analisar os bens e equipamentos presentes na habitação para conservação/preparação/confeção dos alimentos, assim como o número de filhos (categorizado), segundo o sexo, entre unidades urbanas formal e informal;
- Verificar se o número de filhos contribui para o desenvolvimento do excesso de peso/obesidade em homens e mulheres;
- Perceber se o número de filhos influencia a prática de atividade física em lazer em homens e mulheres.

Sendo assim, a discussão será conduzida inicialmente tendo em conta os resultados obtidos que, por sua vez, serão comparados com alguns estudos, que ajudem ou não a consolidar os resultados encontrados. Posteriormente, serão evidenciadas possíveis limitações e algumas áreas do estudo que possam ser, eventualmente, aprofundadas no futuro.

Recapitulando um pouco o quadro conceptual que suportou este estudo, o processo de transição nutricional, resultado da urbanização e da globalização tem vindo a contribuir com alterações, não só em termos dos padrões alimentares e de atividade física, mas também, conseqüentemente, na modificação da composição corporal, com aumento da prevalência do excesso de peso/obesidade (Campbell and Campbell, 2007).

Estes últimos, por sua vez, estão associados a alterações demográficas e socioeconómicas, mas também sociológicas (BeLue et al., 2009; United Nations, 2014).

A questão da emigração representa, também, um fator de influência em Cabo Verde, contribuindo para estas mesmas alterações, sobretudo através da rede de ligação com outros países mais desenvolvidos, responsável pela alteração da dinâmica do país em questão (Carling, 2004). Estas influências recaem sobre as populações mais jovens (Popkin, 1997), o que sublinha a importância deste estudo numa faixa etária jovem.

Desta forma, a globalização trouxe, também, aos países em vias de desenvolvimento, como Cabo Verde, o aumento da disponibilidade/acessibilidade de um determinado tipo de alimentos (Amuna and Zotor, 2008; Omran, 2001; Ziraba, Fotso and Ochako, 2009), com menor qualidade nutricional, e, geralmente, com maior índice energético, que contribuirão para a alteração dos comportamentos alimentares.

Por sua vez, a modificação destes comportamentos está fortemente associada à educação/formação dos elementos do agregado familiar, sobretudo, dos pais, em termos da dinâmica exercida (Popkin, 2006) e, conseqüentemente, ao tipo de padrão alimentar praticado pelos mesmos (BeLue et al., 2009; Richards et al., 2013). No entanto, esta relação poderá ser bilateral, existindo também um impacto resultante do número de filhos no tipo de alimentação proporcionada aos pais, questão esta pouco abordada na literatura, tal como referido anteriormente e, que, por isso, será abordada ao longo deste capítulo.

Embora não se tenha encontrado literatura relativamente a esta relação, no caso dos pais (homens) será importante explorá-la, até porque ainda se conhecem homens como representantes dos agregados familiares na Cidade da Praia, Cabo Verde (United Nations, 2011) e, por isso, responsáveis pela dinâmica familiar, o que inclui, possivelmente, a gestão financeira dos alimentos adquiridos. Para além disso, as questões de género parecem estar relacionadas com o nível socioeconómico, com implicações no tipo de alimentos adquiridos (Kanter and Caballero, 2012).

Esta situação, por outro lado, poderá estar relacionada com diversos fatores e será importante o seu estudo, uma vez que terá implicações intergeracionais, onde os hábitos que se estão a criar serão continuamente praticados pelas novas gerações (Prost, 2009).

Tal circunstância motivou que o estudo tivesse sido realizado numa população jovem, no sentido do desenvolvimento de novas intervenções de saúde, aplicadas à realidade desta faixa etária da Cidade da Praia, por forma a contribuir para a alteração deste novo paradigma, mais concretamente na observação da dinâmica dos homens e mulheres mais jovens, onde ainda se poderão verificar a curto/médio prazo alterações com implicações positivas na sua saúde e dos seus descendentes, sendo vantajoso em intervenções futuras.

Puoane et al., 2006, salientaram a importância da alimentação no quotidiano da população africana, pela sua associação com a cultura, em eventos como casamentos e outras celebrações. Assim, destaca-se a importância do estudo das diferentes populações e dos seus contextos, no sentido de desenvolver linhas de ação adequadas, através de intervenções adaptadas e por forma a produzir os efeitos desejados para uma população específica (Vorster, 2001). Desta forma, o contexto no qual os comportamentos não saudáveis ocorrem, sejam eles de que ordem forem (socioeconómica, cultural ou outra), deverá ser tido em conta, promovendo comportamentos positivos e desencorajando os negativos (Puoane et al., 2006), sendo isso possível através do estudo da população em causa e dos seus contextos.

Deste modo, de acordo com os dados anteriores, presentes no Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem Estar – QUIBB (Instituto Nacional de Estatística - Cabo Verde, 2007) –, discriminado por sexo, verificou-se que, em termos práticos, a amostra em estudo segue a mesma tendência dos anos anteriores, tendo-se mostrado bastante jovem (mediana entre 24 a 25 anos, consoante o sexo) – onde a maioria (cerca de 61%) são mulheres (embora a discrepância entre sexos seja agora maior) –, com maior índice de indivíduos sem companheiro, isto é, solteiros/divorciados (com aumento em cerca de 20% desde 2007) – tal como referido por (Akesson, 2009), sobretudo os que não têm filhos – e com maior prevalência de agregados com 3 a 4 elementos. Apesar de não ter sido encontrado nenhum registo comparativo, foram identificadas 60,5% mulheres com filhos e apenas 34,4% dos homens nesta faixa etária em estudo: 18-30 anos.

Contudo, apesar dos dados de 2007 revelarem que a maioria da população tinha apenas o ensino básico, a amostra revelou indivíduos, na sua maioria, com ensino

secundário/curso médio (Instituto Nacional de Estatística - Cabo Verde, 2007), ou seja, com um nível literário mais elevado (Tabela 1), dado que estamos a tratar uma faixa etária bastante jovem.

Os dados seguintes foram comparados com os dos Censos de 2010 de Cabo Verde, onde se identificou que a maioria vive em moradias independentes. Em termos de atividade profissional verifica-se que uma maior proporção de homens menciona trabalhar face às mulheres, sendo que estas apresentam uma maior proporção de estudantes. Contudo, os dados não estão discriminados por sexo ou faixa etária (Instituto Nacional de Estatística - Cabo Verde, 2010).

No que concerne ao número de filhos, não foram encontrados dados para comparação, relativamente ao número de crianças existentes no agregado. Contudo, a amostra revela uma tendência para não ter filhos, sobretudo nas mulheres da zona formal – zona que inclui também uma maior proporção de estudantes.

Embora não se tenha encontrado evidência empírica comparativa, ao cruzar os dados sociodemográficos, consoante os indivíduos tenham ou não filhos, identificou-se uma maior proporção de indivíduos sem filhos com curso superior (Tabela 1).

Em termos de agregado familiar (Tabela 2), destacou-se um número reduzido de indivíduos que vivem isoladamente, embora seja relevante sublinhar que no caso dos homens pareciam não viver com os filhos, ao contrário das mulheres com pelo menos um filho.

No que respeita à variável “número de filhos” (Tabela 3), uma vez que representa uma das variáveis independentes mais importantes no estudo, verificou-se que, independentemente da zona (formal ou informal), a maior parte dos homens não tem filhos. Relativamente às mulheres, também na zona formal, cerca de metade não têm filhos. Contudo, na zona informal 53% das mulheres têm entre 1 a 2 filhos.

Para além disso, relativamente aos bens e equipamentos utilizados na habitação para as tarefas associadas à preparação, conservação e confeção dos alimentos, constatou-se que a maioria utiliza água canalizada, frigorífico e fogão elétrico, a gás ou campigás, suficientes para, pelo menos, praticar uma alimentação mais cuidada. Embora se verifique que a divisão das zonas, em formal ou informal, esteja ainda associada à utilização de outros equipamentos, como o uso do micro-ondas pelos homens na zona

formal, porque poderão, possivelmente, ser os estudantes que vivem sozinhos a utilizá-lo ou aqueles que têm maior poder económico.

Posteriormente ao estudo da amostra e das condições associadas ao tipo de alimentação praticado, importa perceber que as causas da malnutrição, seja por défice ou excesso, incluem a pobreza e a inequidade de acesso aos diferentes alimentos, em que a eliminação dessas causas requer também uma ação política e social, onde os programas nutricionais poderão ser uma opção (WHO/FAO, 2003). Esta situação acontece porque nos países em desenvolvimento o tipo de alimentação tem vindo a mudar com o aumento da renda, em que o consumo de cereais, raízes e tubérculos tem vindo a ser reduzido, enquanto o consumo da carne, laticínios e frutos oleaginosos parece estar a aumentar. Desta forma, prevê-se um défice comercial crescente por conta de uma fraca produção (WHO/FAO, 2003), inviabilizando-se o seu consumo.

De acordo com um estudo recente no Vietname, as duas últimas décadas foram marcadas por um aumento global no consumo de energia, com um maior consumo de proteína animal (alto valor biológico), em detrimento do consumo de glúcidos, através dos cereais, nomeadamente do arroz (Nguyen et al., 2013). Para além disso, os padrões poderão variar de acordo com os países, regiões ou até mesmo localidades dentro do mesmo país.

Assim, torna-se fundamental identificar as tendências nos padrões de consumo e perceber onde se poderá intervir, por forma a modificar comportamentos, reduzindo os índices de excesso de peso/obesidade que se verificaram, concretamente na Cidade da Praia, em Cabo Verde, mas não esquecendo a proporção de desnutridos que ainda se verificam.

As alterações preocupantes na dieta, que caracterizam a transição nutricional incluem ainda um aumento do consumo de açúcares adicionados, gordura (sobretudo saturada - de origem animal) e redução de glúcidos complexos e fibras (redução do consumo de fruta e produtos hortícolas). Estas mudanças são agravadas por alterações no estilo de vida, sobretudo na atividade física em lazer (Drewnowski and Popkin, 1997).

Em termos de padrões alimentares, mais concretamente no consumo de produtos lácteos, verificou-se que, independentemente do sexo e de terem ou não filhos, os

indivíduos consumiam estes alimentos, maioritariamente, ao pequeno almoço, privilegiando o leite. Segundo a FAO, nos países em desenvolvimento a sua procura reflete-se, sobretudo, no aumento da renda e pode mesmo constituir uma oportunidade de crescimento para os produtores (FAO, 2015), uma vez que entre 2006 e 2011 o consumo de leite e derivados (exceto a manteiga) aumentou de 115,58 kg/capita/ano para 138,10 kg/capita/ano (FAO Statistics Division, 2011). Contudo, o consumo de iogurte mostrou ser maior nas mulheres do que nos homens.

Segundo Speedy, 2003, nos últimos anos tem-se apontado a quantidade e a qualidade de proteínas insuficientes na dieta como a causa de muitos dos problemas de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente a anemia. O autor refere que o aumento da população leva à redução do consumo dos alimentos de origem animal, (carne, peixe e ovos), em particular, nos países africanos em desenvolvimento.

No entanto, ao contrário do que Speedy, 2003 referiu, a amostra analisada mostrou um frequente consumo de carne/peixe/ovos (fontes de proteína animal) com preferência para consumo diário (cerca de 95%, independentemente do género e de terem ou não filhos), optando por consumir menos leguminosas (grão, feijão, ervilhas, lentilhas, entre outros - fontes de proteína vegetal), embora com periodicidade semanal, e privilegiando as leguminosas secas, com maior consumo por parte das mulheres (Tabela 9). Segundo a FAO, esta situação está relacionada com o envolvimento das mulheres na produção deste tipo de alimentos, associados à subsistência (FAO, 2007).

As leguminosas, por sua vez, representam uma fração representativa na produção de alimentos agrícolas nos países em desenvolvimento (Akibode, 2011), sendo que, entre 2006 e 2008, a África Ocidental – grupo no qual Cabo Verde se insere – apresentou um consumo de 18,1 kg/capita/ano, com previsão para aumento do consumo em 10% até 2020 (Chauvin, Mulangu and Porto, 2012). Estes poderão explicar o consumo aumentado de leguminosas em indivíduos com filhos, já que por questões económicas a subsistência do solo poderá ser mais barata e prática, onde também os agricultores familiares desempenham uma função indispensável nos circuitos de produção e comercialização a nível local, diversificando as economias.

Tal como Mkumbwa, 2011 referiu ao identificar que o consumo *per capita* de milho tinha aumentado bastante entre 1960 e 2000 e o do trigo duplicado, também na amostra

se verificou que o consumo de farináceos é regular, independentemente do sexo ou de terem ou não filhos. Por outro lado, no caso concreto do consumo de arroz, este aumentou significativamente de 8,3 kg/capita/ano em 1960 para 12,5 kg/capita/ano em 2000 (Mkumbwa, 2011).

Na nossa amostra, tanto em homens como em mulheres, mas sobretudo nos indivíduos com filhos, identificou-se que o arroz era consumido num elevado número de vezes por semana. No entanto, as projeções apontam apenas para um modesto aumento no consumo de arroz entre 2010 e 2020, seguido de um declínio significativo, a nível mundial, entre 2025 e 2050 (Timmer, Block and Dawe, 2010).

Por outro lado, em termos do consumo de produtos hortícolas, segundo Hart et al., 2005, na Nigéria, as mulheres consomem substancialmente mais vegetais, tal como na nossa amostra, em que as mulheres consomem simultaneamente mais sopa, legumes e salada. O mesmo acontece com os indivíduos com filhos, comparativamente aos que não têm filhos, possivelmente porque tendem a fazer sopa regularmente, para consumo dos filhos, acabando por consumi-la também. No entanto, não se encontraram estudos para termo de comparação.

Dados da OMS de 2007 mostram que tanto homens como mulheres referem consumir legumes quatro vezes por semana (Observatory, 2010-2014). Para além disso, consomem igualmente estes alimentos em conserva (legumes enlatados/congelados), possivelmente por conveniência ou custos, por exemplo, tal como referiram Fish, Brown and Quandt, 2015, ao estudarem os comportamentos de compra de alimentos em famílias de mulheres afro-americanas e latinas de baixa renda.

De referir que, também o consumo de fruta (Tabela 14) se poderá explicar pelas razões anteriores (Fish, Brown and Quandt, 2015), sendo que na amostra os hábitos diferem entre homens e mulheres, onde as mulheres referem maiores consumos diários, o que não acontece nos homens. Para além disso, a prevalência do baixo consumo de frutas tem tendência a aumentar com a idade e a reduzir com o rendimento (Hall et al., 2009). O mesmo se verifica quando falamos de indivíduos com filhos, dado que consomem mais fruta diariamente do que os que não têm, embora Prelip et al., 2011 tenham verificado que poucos são os pais que referem a ingestão recomendada de fruta.

No grupo dos bolos/doces/sobremesas (Tabela 15), as mulheres salientaram consumir mais frequentemente que os homens, o que também foi verificado por Tian et al., 2002 em estudantes, onde se sugeriu que as mulheres preferem uma refeição normal, optando posteriormente pela sobremesa, enquanto os homens preferem uma refeição mais abundante, dispensando a sobremesa. Por outro lado, no consumo de aperitivos ou *snacks* (salgados), apenas uma reduzida percentagem dos indivíduos referiu consumir diariamente, sobretudo homens, tal como num estudo de 2010 (Cohen et al., 2010), onde se verificou que a média de calorias consumidas provenientes de *snacks* salgados era superior neste grupo. Os indivíduos sem filhos consomem cerca de duas vezes mais que os que têm, possivelmente porque não têm a obrigatoriedade de confeccionar refeições, ou porque os que os têm não o façam por consciência. Steyn, Labadarios and Nel, 2011, através de um estudo na África do Sul, identificaram que a acessibilidade e o elevado conteúdo energético são fatores que estimulam a compra, em que o estatuto socioeconómico desempenha grande relevância. Contudo, a conveniência também é importante, sobretudo em pessoas que vivem longe de seu local de trabalho.

Neste sentido, o excesso de consumo de sal, tanto pelo consumo dos alimentos mencionados anteriormente como por adição pode ser um problema. De uma forma geral, o estudo não revelou diferenças entre homens e mulheres no consumo de sal. Embora este pareça não variar entre indivíduos com e sem filhos, parece existir uma maior proporção de mulheres que referiu colocar pouco sal, face aos homens, o que parece estar de acordo com a metanálise realizada por Brown et al., 2009 em vários países, em que todos os estudos com dados específicos por sexo, relativamente à ingestão média de sódio, identificaram uma maior ingestão nos homens face às mulheres.

Por outro lado, relativamente ao consumo de água, de café e de chá, tanto quanto é do nosso conhecimento, não existe evidência empírica – de acordo com as pesquisas realizadas – consoante o sexo, bem como do tipo de métodos de confeção mais utilizados, embora no presente estudo se tenha verificado um maior consumo de água nos homens, de chá nas mulheres e de café nos indivíduos com filhos.

O consumo de água parece ser o recomendado. Relativamente ao consumo de café (Tabela 21), importa salientar que a maioria dos indivíduos, independentemente do sexo

e de ter ou não filhos coloca açúcar, o que também poderá levantar problemas relativamente ao consumo do mesmo. Igual situação aplica-se para o consumo de bebidas refrigerantes e sumos de fruta comerciais (Tabela 20), em que não é possível a quantificação do açúcar.

Quanto aos métodos de confeção (Tabela 22), estes eram igualmente utilizados, não havendo discrepância entre os inquiridos com e sem filhos. Na mesma linha, o tipo de gordura mais utilizada é o azeite coincidindo com alguns países desenvolvidos, embora também se utilize bastante o óleo, em particular o de soja.

Os locais de venda de alimentos desempenham um papel significativo nos hábitos e padrões alimentares e, conseqüentemente, na saúde dos consumidores, não só pelo tipo de alimentos disponibilizados, mas também pelo custo dos mesmos (Hawkes, 2008). De acordo com a análise da amostra, aparentemente a maioria das mulheres compra os alimentos para consumo próprio (ao contrário dos homens) – e as que não o fazem poderão ter alguma no agregado que o faça – preferindo comprá-los na mercearia/loja ou supermercado do bairro. De uma forma geral, nos Países Africanos, as mulheres são responsáveis pela produção, compra e processamento dos alimentos (FAO, 2015). E, por vezes, a diversidade de produtos pode condicionar a escolha do local, onde o supermercado se torna mais atrativo (Meng et al., 2014). Os homens, por sua vez, quando compram, optam maioritariamente por fazê-lo no supermercado do bairro, talvez porque usam mais o carro como meio de transporte (Tabela 25), deslocando-se mais facilmente. Além do mais, cerca de metade refere não comprar na rua, talvez porque estejam no trabalho e no caminho optem por ir ao supermercado, embora não se tenham encontrado referências relativamente a esta situação.

Também os indivíduos com filhos tendem a comprar mais alimentos para consumo próprio, sendo que mais de um terço adquire na rua do bairro, talvez por conveniência de tempo ou razões económicas (Meng et al., 2014). A atividade profissional também poderá ter efeito na compra de alimentos em que, por exemplo, as domésticas ou os desempregados poderão ter mais contacto com os alimentos disponibilizados na rua, durante eventuais deslocações na sua zona de residência.

Pietilainen et al., 2008 realizaram um estudo que incluiu o período de transição da adolescência para a idade adulta jovem, que identificou que o risco de obesidade adulta

aumentava nos adolescentes fisicamente inativos. A inatividade física, por sua vez, é um grande problema de saúde pública, liderado por vários países desenvolvidos. Contudo, este problema é reversível (Ministério da Saúde - Nova Zelândia, 2003), sendo que a alteração deste comportamento pode contribuir para melhoria do estado de saúde (Lee et al., 2012), mas implica investimentos na alteração dos estilos de vida da população mundial, afetando também os países em desenvolvimento (Bauman et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 2015, em 2008, 31% dos adultos com mais de 15 anos eram pouco ativos, sendo que 3,2 milhões de mortes por ano são atribuíveis à inatividade física. Para além disso, estudos reportam que a atividade física é influenciada por fatores demográficos, biológicos e culturais (Bauman et al., 2012).

No caso concreto da população da Cidade da Praia, e tendo em conta que alguns indivíduos precisarão de meios para se deslocar, verificou-se que os inquiridos vão, geralmente, a pé/de bicicleta para o trabalho, sendo a mediana de utilização de 5 dias por semana, em ambos os sexos. Contudo, identificou-se que os homens tendem a utilizar mais o carro e as mulheres os transportes públicos, tal como aconteceu no estudo realizado por Tran and Schlyter, 2010, com mais mulheres a deslocarem-se a pé, enquanto os homens utilizam mais os transportes motorizados. Segundo Gatersleben and Appleton, 2007 os ciclistas mais frequentes são homens, sendo o número médio de viagens de 2 por dia. Os que não utilizavam a bicicleta, optavam por andar. Para além disso, os indivíduos com filhos andavam, também, a pé/de bicicleta. Da mesma forma, não se verificaram diferenças na utilização da bicicleta nos indivíduos (da amostra em estudo) com filhos, embora se tenha verificado que andam, efetivamente, mais tempo de carro próprio, talvez pela necessidade de os transportar ou mesmo por falta de tempo para utilizar outros transportes mais demorados para o trabalho, dado que não se encontraram estudos sobre esta situação em particular.

Em termos da atividade física exigida no local/função de trabalho, os indivíduos não reportaram diferenças, tendo ou não filhos. Tal como Bauman et al., 2012 verificaram, existem claras diferenças entre homens e mulheres.

Apesar de apenas uma reduzida proporção de ambos fazer atividade física no trabalho, os homens fazem-na em maior proporção, sobretudo a atividade física intensa, tal como se verificou num estudo realizado em 22 países Africanos (Guthold et al.,

2011). Por questões de género associadas ao tipo de tarefas realizadas no trabalho, eventualmente, uma vez que no mesmo estudo se verifica que são as mulheres quem tem maior índice de atividade física moderada no trabalho e os homens maior índice de atividade física intensa (Guthold et al., 2011).

Contudo, os dados da Cidade da Praia revelaram que os homens tendem a fazer mais atividade física moderada, tal como as mulheres, sendo que o ter ou não filhos não parece ter interferência.

Por outro lado, e tal como seria de esperar, a atividade física em lazer varia muito entre homens e mulheres, onde os homens praticam bastante mais que as mulheres. Segundo Guthold et al., 2011 de entre todos os tipos de atividade física, a menos praticada era a de lazer. Apesar de os homens continuarem a realizá-la mais, tal como foi verificado por Trinh et al., 2008, verificou-se que em adultos entre os 25 e os 34 anos, a proporção de mulheres ativas era inferior. Esta situação talvez se explique pelo tipo de atividade praticada, já que um estudo realizado no Brasil sugeriu que os homens praticam mais atividades em grupo, incentivando-se mutuamente, enquanto as mulheres preferem atividades individuais (Monteiro et al., 2003).

Para além disso, é clara a diferença na prática de atividade física no lazer por indivíduos com filhos, sejam homens ou mulheres (Berge et al., 2011), possivelmente por falta de tempo, e também pela exigência emocional, económica ou mesmo cultural. No entanto, podem, eventualmente, realizar involuntariamente atividades com os filhos que implicam atividade física como correr, saltar, entre outras (Berge et al., 2011).

Assim, no sentido da modificação tanto dos hábitos alimentares como do padrão de atividade física, torna-se inevitável a alteração da composição corporal com implicações no índice de massa corporal. Os dados antropométricos da amostra, por sua vez, revelaram prevalências de 10,6% de baixo peso, 66,8% de peso normal, 18,2% de excesso de peso e 4,5% de obesidade. Através de dados de 2001/2002 de Cabo Verde, Dop et al., 2012, identificaram proporções de 18%, 41% e 14% dos agregados classificados como de baixo peso, de excesso de peso e de duplo padrão de doença, respetivamente, mas em todas as faixas etárias. A tendência aponta para o aumento gradual do excesso de peso/obesidade e a redução da desnutrição no continente

africano, embora ambos os padrões continuem a coexistir (Grijalva-Eternod et al., 2012; Khor and Sharif, 2003; Villamor et al., 2006).

No entanto, e apesar das tendências e padrões encontrados, a amostra em estudo possui um IMC normoponderal e semelhante, independentemente do sexo. O mesmo aconteceu no estudo realizado por James, 2003 em homens e mulheres afro-americanos, onde o IMC médio foi de 26,62 nos homens e 26,44 nas mulheres, embora aqui classificados como de excesso de peso.

Contudo, quando falamos de IMC entre indivíduos com e sem filhos, verificou-se uma discrepância em que os que tinham filhos apresentavam já uma mediana de IMC mais próxima do excesso de peso, embora seja ainda considerado normoponderal. Num estudo realizado por Berge et al., 2011, as mulheres adultas jovens com filhos tinham um IMC mais elevado, quando comparadas com as que não tinham filhos. Contudo, no grupo dos homens o IMC era semelhante. Provavelmente, as mulheres têm menos tempo disponível para comer de forma saudável, acabando mesmo por modificar o consumo de determinados alimentos, em detrimento de uma melhor alimentação para os filhos, tal como referem Berge et al., 2011. O que se verificou na amostra, de uma forma geral, foi uma maior proporção de homens com baixo peso ou peso normal, embora nas mulheres o padrão se invertesse, tal como apontado pela OMS (OMS - Obesity, 2015). Para além disso, tal como as mulheres, também os indivíduos com filhos apresentavam uma maior proporção de excesso de peso/obesidade, possivelmente pela falta de tempo provocada pela necessidade de cuidar dos filhos e tudo o que isso implica (Berge et al., 2011). Da mesma forma, um maior IMC parece estar associado ao aumento da idade (Welton et al., 2002).

Resumidamente, os estudos sugerem que a maternidade/paternidade poderá estar implicada na má ingestão de alimentos do próprio, privilegiando o bem-estar dos filhos. Por sua vez, esta questão terá implicações concretas no aumento do IMC, sobretudo se associado à inatividade física nos tempos livres.

Estes resultados são importantes pelo mencionado efeito intergeracional (Prost, 2009), em que adultos jovens poderão dar continuidade a estes comportamentos ao longo da vida adulta passando-os à descendência e colocando os próprios filhos, também, em risco de excesso de peso/obesidade.

Nesse sentido, depois da análise das características sociodemográficas da população, bem como do padrão alimentar de homens e mulheres nesta faixa etária, foi ainda explorada a associação entre o estado nutricional materno/paterno e o facto de terem ou não filhos, através da relação com o índice de massa corporal, categorizado para a presença ou ausência de excesso de peso/obesidade. Para além da influência do número de filhos na prática de atividade física em lazer, em homens e mulheres, verificou-se, ainda, a influência de outros possíveis fatores como estado civil, habilitações literárias, idade, entre outros.

Relativamente aos modelos referentes ao excesso de peso/obesidade, constatou-se que existiam duas variáveis fulcrais, ou seja, variáveis que contribuíam para aumentar/potenciar o risco de desenvolver excesso de peso/obesidade, nomeadamente a idade e o número de filhos, independentemente de estarmos a falar da amostra geral, de homens ou mulheres. A idade, por sua vez, tem uma contribuição de risco para o aumento do excesso de peso/obesidade. Embora não tenham sido encontrados dados estatísticos referentes à prevalência do excesso de peso/obesidade em Cabo Verde/África, por faixa etária, estudos demonstram haver relação entre estes pressupostos (El-Hazmi and Warsy, 2002; Reas et al., 2007; Mungreiphy, Kapoor and Sinha, 2011). Da mesma forma e, tal como se suspeitou, foi encontrada a relação entre o número de filhos e o estado nutricional, tanto em mulheres, como já havia sido sugerido (Adebowale, Adepoju and Fagbamigbe, 2011; Bergmann et al., 1997; Girma and Genebo, 2002; Nucci et al., 2001; Rahman and Nasrin, 2008; Senbanjo et al., 2013), mas também em homens, como novo indicativo e possível objeto de futuro estudo para melhor sustentar a relação estatística que foi encontrada.

No caso da mulher, em Cabo Verde, esta situação dever-se-á, possivelmente, ao facto de desempenhar um papel mais ativo, e muitas vezes, como representante do agregado, também pela alteração do padrão organizacional da família (Akersson, 2009; United Nations, 2011), onde também os dados confirmaram a elevada prevalência de indivíduos solteiros ou divorciados (Tabela 1). Para além da falta de tempo, muitas vezes referida pelas responsabilidades inerentes (Berge et al., 2011), temos associada a falta de atividade física, sobretudo em lazer, embora não tenha sido realçada pelos modelos de regressão logística (Tabelas 31 a 33), poderá ter alguma implicação no

aumento do peso (Mora et al., 2006; Herman et al., 2012) a curto e longo prazo, neste grupo com idades jovens.

No caso dos homens, embora a compra dos próprios alimentos pareça ter peso, esta prática não é comum em Cabo Verde, uma vez que são as mulheres quem cuida dessas questões (Richards et al., 2013). Contudo, poderá apoiar o que é dito em alguns estudos, nomeadamente que a mulher no agregado familiar está associada a situações de pobreza (Snyder, McLaughlin and Findeis, 2006; United Nations Women, 2014) onde, provavelmente, os alimentos selecionados não serão os melhores. Por outro lado, o aumento do número de adultos como fator protetor, tanto para o excesso de peso/obesidade nos homens, como para a atividade física no lazer nas mulheres, foi um resultado inesperado, embora também não se tenham encontrado evidências como prova em contrário. No caso dos homens, o facto de viverem em agregados com mais indivíduos poderá significar uma maior distribuição dos alimentos pelos elementos da família, com conseqüente redução da quantidade, o que reduzirá o ganho de peso. Para além de agregados maiores terem a capacidade de economizar na compra de alimentos, com custos mais baixos por pessoa (Charlton and Rose, 2002), segundo Banerjee and Duflo, 2007, no caso de famílias mais pobres, quando sob dificuldades financeiras, muitas vezes optam por comer menos, para além de tirar os filhos da escola.

Especificamente no caso das mulheres, identificou-se que o facto de fazerem dieta é um fator que, segundo os dados, está associado ao excesso de peso/obesidade, mas porque a prática da dieta já será uma consequência do excesso de peso/obesidade. Esta contradição poderá justificar-se pelo facto de as mulheres, que estão a fazer dieta estarem já referenciadas para tal pelo médico/dietista/nutricionista, sendo para isso necessária a condição de excesso de peso/obesidade pré-existente.

Relativamente à categoria formal da unidade urbana, a zona formal parece estar mais associada à prática de atividade física em lazer, possivelmente pelos espaços disponibilizados para esse efeito.

Da mesma forma, nos modelos afetos à prática de atividade física em lazer, também foi encontrada uma variável comum às três categorias – amostra global, homens e mulheres – o número de filhos, tal como referiu um estudo realizado no Canadá com pais (homens) e filhos, que identificou que indivíduos com filhos pequenos (< 6 anos)

eram mais propensos a ser inativos, face aos que não tinham filhos (Hilbrecht et al., 2009). Para além desse aspeto, um nível mais elevado de habilitações literárias (ensino secundário ou superior) nos homens contribui, também, para um maior nível de atividade física em lazer, em que o inverso, com um menor nível de escolaridade, está associado a um menor grau de atividade física desportiva, como verificado por Kahan, Fogelman and Bloch, 2004.

Nas mulheres, tal como Nomaguchi and Bianchi, 2004 verificaram, as que são mães parecem fazer tanto exercício como as que não o são (exceto no caso de terem filhos com idade inferior a cinco anos). No entanto, convém salientar, que dada a elevada prevalência de solteiros e divorciados, as mães solteiras têm uma dupla responsabilidade, já que trabalham e ainda cuidam das crianças, o que segundo Brown and Miller, 2005, poderá reduzir eventualmente a propensão para a atividade física. Também o número de adultos no agregado parece aumentar o nível de atividade física em lazer nas mulheres, embora não se tenham encontrado estudos que tenham avaliado esta relação. Possivelmente, poderão ser agregados com maior poder económico.

## 5.1. LIMITAÇÕES

Toda a investigação sofre de limitações, que podem ir desde falhas no projeto de pesquisa a problemas mais comuns, como o desafio de justificar de que forma os resultados respondem às questões de investigação.

Antes de mais, o facto deste estudo se tratar de um estudo transversal está associado a uma situação temporal pontual, não permitindo uma análise do efeito prolongado. Para além disso, no caso das mulheres, o nascimento dos filhos poderá potenciar um aumento do IMC, de forma transitória, fruto da gestação. E, não existindo um período de seguimento dos indivíduos, não será possível isolar estes casos.

Também nos estudos transversais se utilizam, frequentemente, os questionários para recolha de dados, tal como aconteceu neste estudo, o que poderá levantar algumas questões, nomeadamente as limitações dos resultados provenientes da sua utilização. Para o levantamento dos hábitos alimentares, foram elaboradas questões do tipo “questionário de frequência alimentar”, que além de abranger um processo longo, poderá envolver determinados viéses, nomeadamente:

- Viés de entrevistador – uma vez que poderá existir uma avaliação subjetiva dos dados pelos entrevistadores, de uma forma geral;
- Viés de memória – tendo em conta a informação sobre a frequência de consumo dos vários alimentos, os inquiridos poderão não reportar corretamente os seus hábitos alimentares, de forma global, optando por relatar consoante os últimos dias, o que poderá não ser representativo;
- Viés de resposta socialmente desejável – tratando-se de uma amostra bastante jovem, com um elevado nível literário, que estará associado a mais conhecimentos de cultura geral, poderá condicionar as respostas ao questionário de frequência alimentar, reportando as respostas mais próximas do que é considerado desejável.

Além disso, algumas das variáveis utilizadas, sobretudo os dados antropométricos autoreportados poderão não corresponder à realidade. Geralmente a altura, o peso e o IMC poderão ser sobreestimados ou subestimados. Em relação ao consumo de sal (ver Tabela 16), o conceito de pouco, bastante ou bastante adição de sal não é o mesmo para todos os indivíduos, pela que a resposta poderá não ser confiável.

## 5.2. NOTA FINAL

De uma forma geral, a população ativa em Cabo Verde possui habilitações literárias elevadas, comparadas com as dos outros países africanos, o que poderá facilitar a condução de ações ou intervenções concretas na área da promoção de comportamentos mais saudáveis. Verificou-se que a maioria possui os equipamentos e bens necessários para uma boa conservação, preparação e confeção dos vários tipos de alimentos.

Os inquiridos desta faixa etária parecem fazer uma alimentação variada, onde se destacou o consumo regular de carne/peixe/ovos, leguminosas, farináceos, legumes e fruta.

Quando questionados sobre a condição de terem ou não filhos, identificou-se que os inquiridos sem filhos eram, sobretudo, do género masculino, possuíam um grau de ensino superior, eram solteiros ou divorciados, estudantes, viviam em agregados com 2 a 3 pessoas e mais novos, e em termos de padrões alimentares apresentavam maior consumo de leguminosas, especialmente as enlatadas e *snacks*/aperitivos, e preferiam, ainda, fazer compras no supermercado. Praticavam, também, mais atividade física em lazer e tinham menor IMC.

Por outro lado, os indivíduos com filhos eram, maioritariamente, do género feminino, possuíam um grau de ensino secundário ou curso médio, eram solteiros ou divorciados, trabalhadores, viviam em agregados com 3-4 pessoas e mais velhos, e em termos de padrões alimentares apresentavam maior consumo de arroz, sopa, legumes frescos, fruta e café, e preferiam fazer compras na rua. Praticavam menos atividade física em lazer e tinham maior IMC.

Relativamente à associação do excesso de peso/obesidade materno e paterno, e da atividade física em lazer com o número de filhos, constatou-se que esta variável era fulcral à população em causa, independentemente de estarmos a falar da amostra em geral, de homens ou mulheres, contribuindo para o aumento do IMC e redução da atividade física em lazer.

Para além disso, ainda se verificaram outras questões associadas, nomeadamente a influência da unidade urbana nas mulheres e da idade nos homens, para o

desenvolvimento de excesso de peso/obesidade, bem como a profissão nas mulheres e as habilitações literárias nos homens, face à prática de atividade física em lazer.

Assim, serão necessárias estratégias alimentares para garantir um consumo de alimentos nutricionalmente adequados e seguros, favorecendo uma alimentação mais saudável, bem como estratégias concretas e políticas para estimular a prática da atividade física em lazer, dando destaque às questões de género.

Em suma, a promoção de escolhas alimentares saudáveis e estilos de vida ativos – no sentido da redução da carga global de doenças não transmissíveis, sobretudo o excesso de peso/obesidade, mas também das comorbilidades associadas, agora mais presentes na realidade cabo-verdiana – requer uma abordagem multisetorial, que deverá ser incentivada pelas diversas instituições governamentais, no sentido do envolvimento das restantes entidades.

## 6. TRABALHO FUTURO

No seguimento dos pontos a melhorar, anteriormente referidos, poderão ser desenvolvidas novas linhas de trabalho, por forma não só a melhorar o trabalho que já foi realizado, mas também a dar continuidade a este projeto, desenvolvendo programas de intervenção.

Este estudo foi apenas realizado na Cidade da Praia, mas poder-se-á reproduzir, e ser aplicado a cidades diferentes, permitindo comparar as alterações no estado nutricional, padrões alimentares e atividade física entre cidade diferentes, consoante as suas características.

No sentido de melhorar os dados obtidos, poder-se-á acrescentar informação relativamente às questões económicas, sobretudo a renda por agregado, por forma a cruzar essa informação com o tipo de alimentos adquiridos, e, conseqüentemente, com o estado nutricional, averiguando o impacto do número de filhos. Assim, poderá recolher-se informações mais concretas.

Seria importante desenhar novas intervenções de saúde, com base neste estudo e noutros, permitindo a atuação no sentido da melhoria dos hábitos alimentares e conseqüente estado nutricional, bem como o aumento do nível de atividade física. Para isso, será necessário continuar o estudo dos determinantes que lhes estão associados. E, no decorrer desta situação, realizar estudos longitudinais que permitam avaliar os resultados destas intervenções.

Poderão, ainda, ser objeto de estudos futuros as questões associadas à segurança alimentar, uma vez que se verificou uma elevada quantidade e acessibilidade de alimentos vendidos na rua, desconhecendo-se a sua origem.

Ainda seria interessante e produtivo explorar dados em termos das quantidades ingeridas, percebendo se existe alteração nas quantidades consumidas em indivíduos que têm filhos, seguindo a mesma linha de influência referida ao longo deste estudo.

Não menos importante, será o delinear de novas políticas de saúde, que passem pela delimitação de leis que protejam o consumidor cabo-verdiano de determinados alimentos, agora mais acessíveis à população local, e que promovam a prática de atividade física, sobretudo em lazer.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS [1-133]

### A

Abrahams, Z., Mchiza, Z. and Steyn, N.P. (2011) 'Diet and mortality rates in Sub-Saharan Africa: Stages in the nutrition transition', *BMC Public Health*, vol. 11, no. 801, pp. 1-12.

Adamson, A.J., Collerton, J., Davies, K., Foster, E., Jagger, C., Stamp, E., Mathers, J.C. and Kirkwood, T. (2009) 'Nutrition in advanced age: dietary assessment in the Newcastle 85+ study.', *Eur J Clin Nutr*, vol. 63, no. S1, pp. 6-18.

Adebowale, S.A., Adepoju, O.T. and Fagbamigbe, F.A. (2011) 'Child Spacing and Parity Progression: Implication for Maternal Nutritional Status among Women in Ekiti Communities, Southwestern Nigeria', *Pakistan Journal of Nutrition*, vol. 10, no. 5, pp. 485-91.

African Health Observatory (2010-2015) *Overweight and Obesity*, [Online], Available: [http://www.aho.afro.who.int/profiles\\_information/index.php/Cape\\_Verde:Overweight\\_and\\_obesity](http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Cape_Verde:Overweight_and_obesity) [10 January 2015].

Akesson, L. (2009) 'Remittances and inequality in Cape Verde: the impact of changing family organization', *Global Networks*, vol. 9, no. 3, pp. 381-98.

Akesson, L., Carling, J. and Drotbohm, H. (2012) 'Mobility, Moralities and Motherhood: Navigating the Contingencies of Cape Verdean Lives.', *Journal of Ethnic and Migration*, vol. 38, no. 2, pp. 237-60.

Akibode, C.S. (2011) 'Trends in the Production, Trade, and consumption of food-legume crops in Sub-Saharan Africa.', *Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em "Agricultural, Food, and Resource Economics"*.

Amado, M.P., Gonçalves, L., Craveiro, I., Cabral, J., L.V., L., Simões, R., Santos, Z. and Alves, D. (2014) 'UPHI-STAT – Relatório I, Projecto Planeamento Urbano e Desigualdades em Saúde passando das estatísticas macro para as micro. PTDC/ATP-EUR/5074/2012'.

American Society for Reproductive Medicine (2012) *Age and Fertility: A Guide for Patients*, Birmingham.

Amuna, P. and Zotor, F.B. (2008) 'Epidemiological and nutrition transition in developing countries: impact on human health and development', *Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 67, pp. 82-90.

## **B**

Banerjee, A.V. and Duflo, E. (2007) 'The Economic Lives of the Poor', *J Econ Perspect*, vol. 21, no. 1, pp. 141-167.

Bauman, A.E., Reis, R.S., Wells, J.C., Loos, R.J.F. and Martin, B.W. (2012) 'Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not?', *Lancet*, vol. 380, pp. 258-71.

BeLue, R., Okoror, T.A., Iwelunmor, J., Taylor, K.D., Degboe, A.N., Agyemang, C. and Ogedegbe, G. (2009) 'An Overview of cardiovascular risk factor burden in sub-Saharan African countries: a socio-cultural perspective', *Globalization and Health*, vol. 5, no. 10, pp. 1-12.

Berge, J.M., Larson, N., Bauer, K.W. and Neumark-Sztainer, D. (2011) 'Are Parents of young Children Practicing Healthy Nutrition and Physical Activity Behaviors?', *Pediatrics*, vol. 127, no. 5, pp. 881-7.

Bergmann, M.M., Flagg, E.W., Miracle-McMahill, H.L. and Boeing, H. (1997) 'Energy intake and net weight gain in pregnant women according to body mass index (BMI) status', *International Journal of Obesity*, vol. 21, pp. 1010-17.

Bosu, W.K. (2014) 'An overview of the nutrition transition in West Africa: implications for non-communicable diseases.', *Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 22, pp. 1-12.

Brown, L., Cat, T. and DasGupta, A. (2001) 'Interval Estimation for a proportion.', *Statistical Science*, vol. 16, pp. 101-133.

Brown, w.J. and Miller, Y.D. (2005) 'Determinants of Active Leisure for women with Young Children-an "Ethic of Care".'. *Prevails, Leisure Sciences: an Interdisciplinary Journal.*, vol. 27, no. 5, pp. 405-20.

Brown, I.J., Tzoulaki, J., Candeias, V. and Elliott, P. (2009) 'Salt intakes around the world: implications for public health.', *International Journal of Epidemiology*, vol. 38, pp. 791-813.

## C

Campbell, T. and Campbell, A. (2007) 'Emerging Disease Burdens and the Poor in Cities of Developing World', *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 84, no. 1, pp. i54-i64.

Caprio, S., Daniels, S.R., Drewnowski, A., Kaufman, F.R., Palinkas, L.A., Rosenbloom, A.L. and Schwimmer, J.B. (2008) 'Influence of Race, Ethnicity, and Culture on Childhood Obesity: Implications for Prevention and Treatment.', *Diabetes Care*, vol. 31, no. 11, pp. 2211-21.

Caraher, M. and Coveney, J. (2004) 'Public health nutrition and food policy', *Public Health Nutrition*, vol. 7, no. 5, pp. 591-8.

Carling, J. (2004) 'Emigration, Return and Development in Cape Verde: The Impact of Closing Borders', *Popul. Space Place*, vol. 10, pp. 113-32.

Carling, J. (2005) *Global Migration Perspectives - Gender dimensions of international migration.*, 35<sup>th</sup> edition, Switzerland: Global Commission on International Migration.

CDC - Division of Reproductive Health (2014) *Centers for Disease Control and Prevention*, February, [Online], Available: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/womensrh/> [9 Nov 2014].

Charlton, K.E. and Rose, D. (2002) 'Prevalence of household food poverty in South Africa: results from large nationally representative survey.', *Public Health Nutrition*, vol. 5, no. 3, pp. 383-9.

Chauvin, N.D., Mulangu, F. and Porto, G. (2012) 'Food Production and Consumption Trends in Sub-Saharan Africa: Prospects for the Transformation of the Agricultural Sector.', *United Nations Development Programme*, Fevereiro.

Cohen, B. (2006) 'Urbanization in developing countries: Current trends, future projections, and key challenges for sustainability.', *Technology in Society*, vol. 28, pp. 63-80.

Cohen, D.A., Sturm, R., Scott, M., Farley, T.A. and Bluthenthal, R. (2010) 'Not Enough Fruit and Vegetables or Too Many Cookies, Candies, Salty Snacks and Soft Drinks?', *Public Health Reports*, vol. 125, Jan-Feb, pp. 88-95.

Cunha, G., Martins, M.R., Sousa, R. and Oliveira, F.F. (2007) *Estatística Aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde*, 1<sup>st</sup> edition, Lisboa.

## **D**

Darmon, N. and Drewnowski, A. (2008) 'Does social class predict diet quality?', *American Journal of Clinical Nutrition*, no. 87, pp. 1107-17.

de-Graft Aikins, A., Unwin, N., Agyemang, C., Allotey, P., Campbell, C. and Arhinful, D. (2010) 'Tackling Africa's chronic disease burden: from the local to the global', *Globalization and Health*, vol. 6, no. 5, pp. 1-7.

Dop, M.C., Pereira, C., Mistura, L., Martinez, C. and Cardoso, E. (2012) 'Using Household Consumption and Expenditures Survey (HCES) data to assess dietary intake in relation to the nutrition transition: A case study from Cape Verde.', *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 33, no. 3, pp. S222-7.

Drewnowski, A. and Popkin, B.M. (1997) 'The Nutrition Transition: New Trends in the Global Diet.', *Nutrition Reviews*, vol. 55, no. 2.

## E

Ekpenyong, A.S. (2015) 'Urbanization: Its Implication for Sustainable Food Security, Health and Nutritional Nexus in Developing Economies - A Case Study of Nigeria.', *Journal of Studies in Social Sciences*, vol. 11, no. 1, pp. 29-49.

El-Hazmi, M.A. and Warsy, A.S. (2002) 'Relationship between Age and the Prevalence of Obesity and Overweight in Saudi Population.', *Bahrain Medical Bulletin*, vol. 24, no. 2, pp. 1-7.

Ezzati, M. and Riboli, E. (2013) 'Behavioral and Dietary Risk Factors for Noncommunicable Diseases', *The New England Journal of Medicine*, no. 369, pp. 954-64.

## F

FAO (2007) 'Diversity of Experiences - understanding change in crop and seed diversity (1. Seed diversity of crops and varieties).'

FAO (2015), [Online], Available: <http://www.fao.org/agriculture/dairy-gateway/milk-and-milk-products/en/#.VZlr8ctRFIA> [Julho 2015].

FAO Statistics Division (2011) *Milk Consumption - Excluding Butter (Total) (kg/capita/yr)*, 19 Maio, [Online], Available: <http://faostat.fao.org/site/610/DesktopDefault.aspx?PageID=610#ancor> [4 Julho 2015].

Felisbino-Mendes, M.S., Villamor, E. and Velasquez-Melendez, G. (2014) 'Association of Maternal and Child Nutritional Status in Brazil: A Population Based Cross-Sectional Study', *PLOS ONE*, vol. 9, no. 1, pp. 1-8.

Fish, C.A., Brown, B.J.R. and Quandt, S.A. (2015) 'African American and Latino Low Income Families' Food Shopping Behaviors: Promoting Fruit and Vegetable Consumption and Use of Alternative Healthy Food Options.', *Journal of Immigrant and Minor Health*, vol. 17, no. 2, April, pp. 498-505.

Freire, M.E., Lall, S. and Leipziger, D. (2014) *Africa's Urbanization Challenges and Opportunities.*, 7<sup>th</sup> edition, The Growth Dialogue.

## G

Garrett, J. and Ruel, M. (2005) 'Stunted child-overweight mother pairs: prevalence and association with economic development and urbanization', *Food Nutr Bull*, vol. 26, pp. 209-21.

Gatersleben, B. and Appleton, K.M. (2007) 'Contemplating cycling to work: attitudes and perceptions in different stages of change.', *Transportation Research*, vol. A, no. 41, pp. 302-12.

Girma, W. and Genebo, T. (2002) *Determinants of Nutritional Status of Women and Children in Ethiopia*, Calverton, Maryland USA: ORC Macro.

Gonçalves, L., Santos, Z., Amado, M., Simões, R., ALves, D., Craveiro, I., Cabral, J., Lapão, L.V., Delgado, A.P. and Correia, A. (2014) 'Amostragem por Coordenadas Geográficas em Ambiente Urbano - um estudo na Cidade da Praia em Cabo Verde', Programa e Resumos do EES2014 - I Encontro Luso-Galaico de Estatística em Ambiente e Ecologia, Vila Real, Portugal, 11-12.

Grijalva-Eternod, C.S., Well, J.C.K., Cortina-Borja, M., Salse-Uback, N., Dolan, C., Meziani, C., Wilkinson, C., Spiegel, P. and Seal, A.J. (2012) 'The Double Burden of Obesity and Malnutrition in a Protracted Emergency Setting: A Cross-Sectional Study of Western Sahara Refugees ', *PLOS Medicine*, vol. 9, no. 10, October, pp. 1-12.

Guthold, R., Louazani, S.A., Riley, L.M., Cowan, M.J., Bovet, P., Damasceno, A., Sambo, B.H., Tesfaye, F. and Armstrong, T.P. (2011) 'Physical Activity in 22 African Countries. Results from the WHO STEPwise Approach to Chronic Disease Risk Factor Surveillance.', *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, no. 1, pp. 52-60.

## H

Hall, J.N., Moore, S., Harper, S.B. and Lynch, J.W. (2009) 'Global Variability in Fruit and Vegetable Consumption.', *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 36, no. 5, May, pp. 402-9.

Harrel, F.E. (2001) *Regression Modeling Strategies with Applications to Linear Models, Logistic Regression, and Survival Analysis*, 1<sup>st</sup> edition.

Hart, A., Azubuiké, C., Barimalaa, I. and Achinewhu, S. (2005) 'Vegetable Consumption Pattern of Households in Selected Areas of the Old Rivers State Nigeria.', *African Journal of Food Agriculture and Nutritional Development.*, vol. 5, no. 1.

Hawkes, C. (2006) 'Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases', *Globalization and Health*, vol. 2, no. 4, pp. 1-18.

Hawkes, C. (2008) 'Dietary Implications of Supermarket Development: A Global Perspective.', *Development Policu Review*, vol. 26, no. 6, pp. 657-92.

Herman, K.M., Hopman, W.M., Vandenberg, E.G. and Rosenberg, M.W. (2012) 'Physical activity, body mass index, and health-related quality of life in Canadian adults.', *Med Sco Sports Exerc*, vol. 44, no. 4, pp. 625-36.

Hilbrecht, M.J., Wong, S.L., Toms, J.D. and E., T.M. (2009) 'The Relationship Between Physical Inactivity and Family Life Course Stage.', Conference on Health over the Life Course, University of Western., Ontario.

Hosmer, D.W. and Lemeshow, S. (1991) *Applied Logistic Regression*, 2<sup>nd</sup> edition.

## I

Imamura, F., Micha, R., Khatibzadeh, S., Fahimi, S., Shi, P., Powles, J. and Mozaffarian, D. (2015) 'Dietary quality among men and women in 187 countries in 1990 and 2010: a systematic assessment', *Lancet Global Health*, no. 3, pp. e132-42.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2010) *GBD: Cape Verde (Country Profile)*, [Online], Available: <http://www.healthdata.org/results/country-profiles> [2 Dec 2014].

Instituto Nacional de Estatística - Cabo Verde (2007) 'Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem Estar', QUIBB.

Instituto Nacional de Estatística - Cabo Verde (2010) *IVº RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO E DE HABITAÇÃO - CENSO 2010*, [Online], Available: <http://www.ine.cv/censo/censo2010.aspx> [4 Dec 2014].

Instituto Nacional de Estatística - Cabo Verde (2011) *Dados Demográficos*, [Online], Available: <http://capeverde.africadata.org/pt/DataAnalysis/> [9 Nov 2014].

International Center for Research on Women (2010) *Population and Reproductive Health*, [Online], Available: <http://www.icrw.org/what-we-do/population-reproductive-health> [9 Nov 2014].

## **J**

James, D.C.S. (2003) 'Gender differences in body mass index and weight loss strategies among African Americans.', *J Am Diet Assoc.*, vol. 103, no. 10, pp. 1360-2.

Jehn, M. and Brewis, A. (2009) 'Paradoxical malnutrition in mother-child pairs: untangling the phenomenon of over- and under-nutrition in under-developed economies', *Econ Hum Biol*, vol. 7, pp. 28-35.

Johnsen, F., Ekblond, N., Thomsen, A., Lykke, B., Overvad, K. and Tjønneland, A. (2013) 'Leisure Time Physical Activity and Mortality.', *Epidemiology*, vol. 24, no. 5, pp. 717-25.

## **K**

Kahan, E., Fogelman, Y. and Bloch, B. (2004) 'Correlations of work, leisure, and sports physical activities and health status with socioeconomic factors: a national study in Israel.', *Medical Journal*, vol. 81, pp. 262-5.

Kanter, R. and Caballero, B. (2012) 'Global Gender Disparities in Obesity: A Review', *Advances in Nutrition*, no. 3, pp. 491-8.

Khor, G.L. and Sharif, Z.M. (2003) 'Dual forms of malnutrition in the same households in Malaysia - a case study among Malay rural households', *Asia Pacific J Clin Nutr*, vol. 12, no. 4, pp. 427-438.

## L

Lachat, C., Otchere, t., Roberfroid, D., Abdulai, A., Maria, F., Seret, A., Milesevic, J., Xuereb, G., Candeias, V. and Kolsteren, P. (2013) 'Diet and Physical Activity for the Prevention of Noncommunicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Policy Review', *PLOS Medicine*, vol. 10, no. 6, pp. 1-18.

Larsson, I., Lissner, L., Naslund, I. and Lindroos, A.K. (2004) 'Leisure and occupational physical activity in relation to body mass index in men and women.', *Scandinavian Journal of Nutrition*, vol. 48, no. 4, pp. 165-72.

Lee, I.-M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N. and Katzmarzyk, P.T. (2012) 'Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy.', *Lancet*, vol. 380, pp. 219-29.

Levin, K.A. (2006) 'Study design III: Cross-sectional studies.', *Evidence-Based Dentistry*, vol. 7, pp. 24-5.

## M

Marco, J. (2007) *Análise Estatística com a Utilização do SPSS*, 3<sup>rd</sup> edition.

Medicine., A.S.f.R. (2012) *Age and Fertility: A Guide for Patients*, Birmingham.

Meng, T., Florkowski, W.J., Sarpong, D.B., Chinnan, M.S. and Resurrecciom, A.V.A. (2014) 'Consumer's Food Shopping in Ghana: Supermarket or Traditional Outlets?', *International Food and Agribusiness Management Review*, vol. 17, no. A, pp. 107-130.

Ministério da Saúde - Nova Zelândia (2003) *Healthy Eating - Healthy Action : A strategic framework.*, [Online], Available: <http://www.health.govt.nz/publication/healthy-eating-healthy-action-oranga-kai-oranga-pumau-strategic-framework> [1 July 2015].

Ministério de Estado e da Saúde (2007) *Política Nacional de Saúde*, Praia, Cabo Verde: Ministério de Estado e da Saúde.

Ministério do Ambiente e Agricultura (2006) 'Programa Nacional de Segurança Alimentar 2007-2011'.

Mkumbwa, S.S. (2011) 'Cereal food commodities in Eastern Africa: consumption - production gap trends and projections for 2020.'

Mokhtar, N., Elati, J., Chabir, R., Bour, A., Elkari, K., Schlossman, N.P., Caballero, B. and Aguenou, H. (2001) 'Diet Culture and Obesity in Northern Africa', *The Journal of Nutrition*, no. SUPPLEMENT, pp. 887S-92S.

Monteiro, C., Conde, W., Matsudo, S., Matsudo, V., Bensenor, I. and Lotufo, P. (2003) 'A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997.', *Rev. Panam. Salud. Publica*, vol. 14, pp. 246-54.

Mora, S., Lee, I.-M., Buring, J.E. and Ridker, P.M. (2006) 'Association of Physical Activity and Body Mass Index With Novel and Traditional Cardiovascular Biomarkers in Women.', *JAMA*, vol. 295, no. 12, pp. 1412-19.

Morland, K., Wing, S. and Diez Roux, A. (2002) 'The Contextual Effect of the Local Food Environment on Residents' Diets: The Atherosclerosis Risk in Communities Study', *The American Journal of Clinical Nutrition*, no. 92, pp. 1761-7.

Mungreiphy, N.K., Kapoor, S. and Sinha, R. (2011) 'Association between BMI, Blood Pressure, and Age: Study among Tangkhul Naga Tribal Males of Northeast India.', *Journal of Anthropology*, vol. 2011, pp. 1-6.

## N

Nguyen, P.H., Strizich, G., Lowe, A., Nguyen, H., Pham, H., Truong, T.V., Nguyen, S., Martorell, R. and Ramakrishnan, U. (2013) 'Food consumption patterns and associated factors among Vietnamese women of reproductive age.', *Nutrition Journal*, vol. 12, no. 126, pp. 1-11.

Nomaguchi, K.M. and Bianchi, S.M. (2004) 'Exercise Time: Gender Differences in Effects of Marriage, Parenthood, and Employment.', *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, no. 2, pp. 413-30.

Nucci, L.B., Schmidt, M.I., Duncan, B.B., Fuchs, S.C., Fleck, E.T. and Britto, M.M. (2001) 'Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes', *Rev Saúde Pública*, vol. 35, no. 6, pp. 502-7.

## O

Observatory, A.H. (2010-2014) *African Health Observatory - WHO*, [Online], Available:

[http://www.aho.afro.who.int/profiles\\_information/index.php/Cape\\_Verde:Fruit\\_and\\_vegetable\\_consumption/pt](http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Cape_Verde:Fruit_and_vegetable_consumption/pt) [2 Julho 2015].

Oddo, V.M., Rah, J.H., Semba, R.D., Sun, K., Akhter, N., Sari, M., de Pee, S., Moench-Pfanner, R., Bloem, M. and Kraemer, K. (2012) 'Predictors of maternal and child double burden of malnutrition in rural Indonesia and Bangladesh', *Am J Clin Nutr*, vol. 95, pp. 951-8.

Omran, A.R. (2001) 'The Epidemiological transition. A theory of the epidemiology of population change', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, no. 2, pp. 161-171.

OMS - Obesity, S.a.T. (2015) *Global Health Observatory (GHO) data*, [Online], Available: [Global Health Observatory \(GHO\) data](#) [10 July 2015].

Oniang'o, R. and Makudi, E. (2002) 'Nutrition and Gender', *Nutrition: A Foundation for Development*, Geneva.

Opoko, A.P. and Oluwatayo, A. (2014) 'Trends in Urbanisation: Implication for Planning and Low-Income Housing Delivery in Lagos, Nigeria.', *Architecture Research*, vol. 4, no. 1A, pp. 15-26.

Organização Mundial de Saúde (2015), [Online], Available: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/) [26 June 2015].

## P

Pandey, S., Paris, T. and Bhandari, H. (2010) 'Household income dynamics and changes in gender roles.', in Sushil Pnadey, D.B.D.D.A.D.S.M. *Rice in the Global Economy - Strategic Research and Policy Issues for Food Security.*, International Rice Research Institute.

Pietilainen, K.H., Kaprio, J., Borg, P., Plasqui, G., Yki-Jarvinen, H., Kujala, U.M., Rose, R.J., Westeterp, K.R. and Rissanen, A. (2008) 'Physical inactivity and obesity: A vicious circle.', *Obesity (Silver Spring)*, vol. 16, no. 2, pp. 409-14.

Popkin, B.M. (1997) 'The nutrition transition and its health implications in lower-income countries', *Public Health Nutrition*, vol. 1, no. 1, pp. 5-21.

Popkin, B.M. (2006) 'Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases.', *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 84, no. 2, August, pp. 289-98.

Prelip, M., Thai, C.L., Toller, J.E. and SLusser, W. (2011) 'Improving low-income parents'fruit and vegetable intake and their potential to impact children's nutrition.', *Health Education*, vol. 111, no. 5, pp. 391-411.

Prost, M.A. (2009) 'Postnatal Origins of Undernutrition', Nestlé Nutr. Inst. Workshop Ser. Pediatr. Program, 79-92.

Puoane, T., Matwa, P., Bradley, H. and Hughes, G. (2006) 'Socio-cultural Factors Influencing Food Consumption Patterns in the Black African Population in an Urban Township in South Africa.', *Human Ecology Special Issue*, no. 14, pp. 89-93.

Pursey, K., Burrows, T.L., Stanwell, P. and Collins, C.E. (2014) 'How Accurate is Web-Based Self-Reported Height, Wiegth, and Body Mass Index in Young Adults.', *Med Internet Res.*, vol. 16, no. 1.

## R

Rahman, M. and Nasrin, S. (2008) 'Mothers nutritional status in an impoverished nation: Evidence from rural Bangladesh', *Internet Journal of Nutrition and Wellness*, vol. 7, no. 1, pp. 1-8.

Reas, D.L., Nygard, J.F., Svensson, E., Sorensen, T. and Sandanger, I. (2007) 'Changes in body mass index by age, gender, and socio-economic status among cohort of Norwegian men and women (1990-2001).', *BMC Public Health*, vol. 7, no. 269, pp. 1-7.

Richards, E., Theobald, S., George, A., Kim, J.C., Rudert, C., Jehan, K. and Tolhurst, R. (2013) 'Going beyond the surface: Gendered intra-household bargaining as a social determinant of child health and nutrition low and middle income countries', *Social Science & Medicine*, vol. 95, pp. 24-33.

## S

Sargeant, ESG. (2015) *Epitools epidemiological calculators. AusVet Animal Health Services and Australian Biosecurity Cooperative Research Centre for Emerging Infectious Disease.*, [Online], Available: <http://epitools.ausvet.com.au>.

Senbanjo, I.O., Olayiwola, I.O., Afolabi, W.A. and Senbanjo, O.C. (2013) 'Maternal and Child under-nutrition in rural and urban communities of Lagos state, Nigeria: the relationship and risk factors', *BMC Research Notes*, vol. 6, no. 286, pp. 1-10.

Sheskin, D.J. (2007) *Handbook of Parametric and Nonparametric Statistical Procedures*, 4<sup>th</sup> edition.

Snyder, A.R., McLaughlin, D.K. and Findeis, J. (2006) 'Household Composition and Poverty among Female-Headed Households With Children: Differences by Race and Residence.', *Rural Sociology*, vol. 71, no. 4, pp. 597-624.

Speedy, A.W. (2003) 'Global Production and Consumption of animal Source Foods.', *The journal of Nutrition*, pp. 4048S-53S.

Steyn, N.P., Labadarios, D. and Nel, J.H. (2011) 'Factors which influence the consumption of street food and fast foods in South Africa-a national survey.', *Nutrition Journal*, vol. 10, no. 104, pp. 1-10.

## T

Tian, R.T., Boyce, T., Henry, P. and Shrivastava, P. (2002) 'Gender and Reference Groups in Food Consumption Patterns Formatting: A Case Study in the Erskine college Cafeteria.', *High Plains Applied Anthropologist*, vol. 22, no. 2, pp. 163-73.

Timmer, C.P., Block, S. and Dawe, D. (2010) 'Long-run dynamics of rice consumption, 1960-2050.', in Pandey, S., Byerlee, D., Dawe, D., Dobermann, A., Mohanty, S., Rozelle, S. and Hardy, B. *Rice in the Global Economy - Strategic Research and Policy Issues for Food Security.*, International Rice Research Institute.

Torheim, L., Ouattara, F., Diarra, M., FD, T., Barikmo, I., Hatloy, A. and Oshaug, A. (2004) 'Nutrient adequacy and dietary diversity in rural Mali: association and determinants', *European Journal of Clinical Nutrition*, no. 58, pp. 594-604.

Tran, H.A. and Schlyter, A. (2010) 'Gender and class in urban transport: the cases of Xian e Hanoi.', *Environment and Urbanization*, vol. 22, no. 139, pp. 139-55.

Trinh, O.T., Nguyen, N.D., Dibley, M.J., Phongsavan, P. and Bauman, A.E. (2008) 'The prevalence and correlates of physical inactivity among adults in Ho Chi Minh City', *BMC Public Health*, vol. 8, no. 204, pp. 1-11.

## U

UN-HABITAT (2011) *UN-Habitat Annual Report 2010.*, UN-HABITAT.

United Nations (2011) 'Who is benefiting from trade liberalization in Cape Verde? A Gender Perspective', United Nations Publication, New York and Geneva, 1-73.

United Nations, S.D. (2014) 'Principles and Recommendations for a Vital Statistics System', vol. Revision 3, pp. 1-238.

United Nations, P.D. (2014) 'World Urbanization Prospects: The 2014 Revision, Highlights', pp. 1-27.

United Nations Women (2014) *UN Women*, [Online], Available: <http://www.unwomenwestandcentralafrica.com/cabo-verde.html> [25 Nov 2014].

## V

Villamor, E., Msamanga, G., Urassa, W., Petraro, P., Spiegelman, D., Hunter, D.J. and Fawzi, W.W. (2006) 'Trends in obesity, underweight, and wasting among women attending prenatal clinics in urban Tanzania, 1995-2004', *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 83, pp. 1387-94.

Vlahov, D., Freudenberg, N., Proietti, F., Ompad, D., Quinn, A., Nandi, V. and Galea, S. (2007) 'Urban as a Determinant of Health', *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 84, no. 1, pp. i16-i26.

Vlahov, D., Freudenberg, N., Proietti, F., Ompad, D., Quinn, A., Nandi, V. and Galea, S. (2007) 'Urban as Determinant of Health.', *J Urban Health*, vol. 84, no. S1, pp. 16-26.

Vorster, H.H..L.P..B.C. (2001) 'Development of food-based dietary guidelines for south africa - the process.', *SAJCN*, vol. 14, no. 3.

## W

Welon, Z., Szklarska, A., Bielicki, T. and Malina, R.M. (2002) 'Sex differences in the pattern of age-dependent increase in the BMI from 20-59 years.', *American Journal of Human Biology*, vol. 14, no. 6, pp. 693-8.

WHO/FAO (2003) 'Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.', WHO Technical Report Series.

World Health Organization (1995) *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*, Geneva: Report of a WHO Expert Committee.

World Health Organization (2004) *BMI Classification*, [Online], Available: [www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) [27 Nov 2014].

World Health Organization (2011) *Mulheres e Saúde - Evidências de Hoje, Agenda de Amanhã.*

World Health Organization (2014) *World Health Organization - Health Transition*, [Online], Available: <http://www.who.int/trade/glossary/story050/en/> [7 Nov 2014].

## **Z**

Ziraba, A.K., Fotso, J.C. and Ochako, R. (2009) 'Overweight and obesity in urban africa: A problem of the rich or the poor?', *BMC Public Health*, vol. 9, no. 465, pp. 1-9.