

ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO CABO-VERDIANA AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA IDRF 2015



**ESTADO NUTRICIONAL
DA POPULAÇÃO CABO-VERDIANA
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA
IDRF 2015**

FICHA TÉCNICA

Instituto Nacional de Estatística

Estado Nutricional da População Cabo-verdiana - Avaliação Antropométrica

Inquérito às Despesas e Receitas Familiares 2015

Presidente

Osvaldo Rui Monteiro dos Reis Borges

Vice-Presidente

Celso Hermínio Soares Ribeiro

Diretora Administrativa e Financeira

Goreth de Carvalho

Editor

Instituto Nacional de Estatística

Av. Cidade de Lisboa, nº 18,

Cx. Postal 116, Praia

Tel.: +238 261 38 27 / Fax: +238 261 16 56

Email: inecv@ine.gov.cv

Design e composição

Divisão de Comunicação, Difusão e Relações Institucionais

© Copyright 2013

Instituto Nacional de Estatística

Para quaisquer Esclarecimento, contactar:

Departamento Estatísticas Demográficas e Sociais

Noemi Ramos – Directora – Email: nramos@ine.gov.cv

Ricardo Luz (Ministério da Agricultura e Ambiente) – ricardo.a.luz@maa.gov.cv

Data Publicação

Novembro 2018

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO GERAL	9
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3. METODOLOGIA	10
3.1. FONTE DE INFORMAÇÃO.....	10
3.2. METODOLOGIA DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	10
3.3. QUESTÕES ÉTICAS	11
3.4. POPULAÇÃO EM ESTUDO, PARTICIPAÇÃO.....	11
3.5. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	12
3.5.1. <i>Recolha das informações antropométricas.....</i>	<i>12</i>
3.5.2. <i>Determinação do estado nutricional.....</i>	<i>12</i>
3.5.3. <i>Análise estatística.....</i>	<i>13</i>
4. RESULTADOS E ANÁLISE GERAL	14
4.1. ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO CABO-VERDIANA A NÍVEL NACIONAL, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO	14
4.2. ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO POR MEIO DE RESIDÊNCIA	17
4.3. PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO E OBESIDADE A NÍVEL DAS ILHAS.....	18
4.4. ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS COM IDADES INFERIORES A 5 ANOS.....	19
5. CONCLUSÃO	23
6. PRINCIPAIS FACTOS	24
ANEXO - PRINCIPAIS TABULAÇÕES.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estado Nutricional da população Cabo-verdiana, segundo a classificação do IMC. Cabo Verde, 2015	14
Gráfico 2 - Prevalência de excesso de peso segundo a classificação do IMC, por sexo e faixa etária (Crianças: 0-11 anos; Adolescentes: 12-17 anos; Adultos: 18-64 anos; Idosos: ≥65 anos). Cabo Verde, 2015	15
Gráfico 3 - Prevalência de obesidade segundo a classificação do IMC, por sexo e faixa etária: (Crianças: 0-11 anos; Adolescentes: 12-17 anos; Adultos: 18-64 anos; Idosos: ≥65 anos). Cabo Verde, 2015.....	15
Gráfico 4 - Prevalência de excesso de peso e da obesidade por faixa etária de grupos quinquenais. Cabo Verde, 2015.....	17
Gráfico 5 - Estado Nutricional da população segundo a classificação do IMC, por meio de residência. Cabo Verde, 2015.....	17
Gráfico 6 - Prevalências de excesso de peso e obesidade por ilhas. Cabo Verde, 2015	18
Gráfico 7 - Prevalências de excesso de peso e obesidade dos indivíduos com idades ≥18 anos, por ilhas. Cabo Verde, 2015.....	18
Gráfico 8 - Caracterização do estado nutricional das crianças inferiores 5 anos de idade, pelos Z-scores peso para a estatura/comprimento (IPE) e o índice de massa corporal para a idade (IMC-I). Cabo Verde, 2015	20
Gráfico 9 - Caracterização do estado nutricional das crianças inferiores 5 anos de idade, pelo Z-score peso para a estatura/comprimento. Cabo Verde, 2015	20
Gráfico 10 - Evolução da prevalência da subnutrição ao longo dos anos (1983-2015). Cabo Verde, 2015.....	21

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana, a nível nacional, por sexo e faixa etária. Cabo Verde, 2015	25
Tabela 2 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana, por faixa etária e sexo. Cabo Verde, 2015.....	26
Tabela 3 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana quanto ao meio de residência e nível de pobreza. Cabo Verde, 2015	27
Tabela 4 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana estratificado por ilhas, ponderado pela distribuição da população. Cabo Verde, 2015	28
Tabela 5 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana estratificado por grupos etários (<18 anos e ≥18 anos), por ilhas. Cabo Verde, 2015.....	29
Tabela 6 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana segundo o nível de instrução do representante do agregado familiar por grupo etário. Cabo Verde, 2015	30
Tabela 7 - Estado nutricional das crianças inferiores a 5 anos de idade, segundo o Índice Peso para a Estatura/comprimento. Cabo Verde, 2015.....	31
Tabela 8 - Estado nutricional das crianças inferiores a 5 anos de idade segundo o Índice de Massa Corporal para a Idade. Cabo Verde, 2015	33
Tabela 9 - Estado nutricional das crianças inferiores a 5 anos de idade (59 meses), segundo o Índice Altura para Idade (IEI) e o Índice Peso para a Idade (IPI). Cabo Verde, 2015.....	35
Tabela 10: Estado nutricional da população em geral por Concelhos. Cabo Verde 2015	37
Tabela 11: Estado nutricional das crianças menores de 5 anos por concelho. Cabo Verde 2015	38

SIGLAS E ABREVIATURAS

%p [IC95%] – prevalência ponderada [intervalo de confiança de 95%]

BAD – Banco Africano de Desenvolvimento

DA – Desnutrição Aguda

DC – Desnutrição Crónica

DCM – Desnutrição Crónica Moderada

DCS – Desnutrição Crónica Severa

ExPO – Excesso de peso e Obesidade

IDRF – Inquérito às Despesas e Receitas das Famílias

IEI – Índice Estatura/Comprimento para a Idade

IMC – Índice de Massa Corporal

IMC-I – Índice de Massa Corporal para a Idade

IP – Insuficiência Ponderal

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

p.p. – Pontos Percentuais

RAF – Representante do Agregado Familiar

IPI – Índice Peso para a Idade

IPE – Índice Peso para a Estatura/Comprimento para a Idade

Zsc – Z-score

1. INTRODUÇÃO

A malnutrição é hoje considerada um problema global de saúde pública, afetando um em cada três pessoas no mundo⁽¹⁾. O múltiplo fardo da malnutrição já afeta 88% dos países, onde são confrontados com a coexistência de duas ou três formas da malnutrição, como a desnutrição (subnutrição), carências de micronutrientes, excesso de peso e obesidade (sobrenutrição), no seio da mesma população, mesma comunidade, mesma família, e por vezes, no mesmo indivíduo ao longo do ciclo de vida⁽²⁻⁴⁾.

A malnutrição resulta de um consumo insuficiente, desequilibrado ou excessivo de macronutrientes que fornecem energia (hidratos de carbono, proteínas e lípidos) e de micronutrientes (vitaminas e minerais) que são essenciais para crescimento, desenvolvimento físico e cognitivo adequado^(4, 5).

Os sintomas da malnutrição são numerosos e passam de um extremo caracterizado por baixo peso corporal, deficiência de vitaminas e minerais essenciais, risco acrescido de infeções, diminuição do crescimento e desenvolvimentos da criança, para outro marcado por acumulação da gordura corporal e risco acrescido de desenvolver as doenças crónicas não transmissíveis⁽⁶⁾.

No continente Africano, concretamente na Africa Subsariana, este retrato é bem visível, com 56,8 milhões de crianças inferiores a 5 anos a viverem com atraso de crescimento, 11,8 milhões apresentam desnutrição aguda e 6,4 milhões registam excesso de peso, representando 34,1%, 7,7% e 3,9%, respetivamente, deste quadro mundial⁽⁷⁾.

Os maus hábitos alimentares e a malnutrição estão ligados direto ou indiretamente a um grande número das principais causas de morte e de invalidez no mundo⁽⁸⁾. Outras consequências diretas para a saúde, é o elevado custo social e económico para os indivíduos, famílias e sociedades que podem representar 11% do Produto Interno Bruto por ano em África e na Ásia. A nível macroeconómico, todas as formas da malnutrição tem um papel a longo prazo sobre a mão de obra (quantitativo e qualitativo), a produtividade nacional e o crescimento económico⁽³⁾.

A redução deste fardo mundial passa por ampliar as ações que visam eliminar a fome e a pobreza, assegurar a segurança alimentar e melhorar a nutrição, que são investimentos essenciais para a saúde e para o bem-estar Humano. Uma das ações mais determinantes na luta contra a malnutrição é uma alimentação e nutrição adequadas nos primeiros 1000 dias de vida, chamada por muitos de “janela de

oportunidades” (do início da gravidez até os 2 anos de vida da criança), já que ajuda a criar uma base sólida para uma vida longa e saudável, tendo impacto positivo nas gerações seguintes^(3, 9, 10).

A transição nutricional que ocorre em Cabo Verde já reflete ao nível das prevalências de desnutrição aguda (DA), crónica (DC) e Insuficiência ponderal (IP) em crianças menores de 5 anos, que representam 5,2%, 13,3% e 3,2%, respetivamente. Relativamente às deficiências nutricionais, destaca-se a anemia por carência de ferro que é considerada um problema grave de saúde pública⁽¹¹⁾. No que concerne à população adulta, o estado de sobrenutrição, nomeadamente do excesso de peso e obesidade (ExPO), já atinge os 37% da população com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos⁽¹²⁾.

Assim, para a implementação de políticas e ações que visam melhorar o estado nutricional da sociedade, torna-se fulcral a existência de um sistema de vigilância nutricional, capaz de fornecer informações de qualidade e atualizadas no que diz respeito ao consumo alimentar e ao estado nutricional da população, de forma a acompanhar a sua evolução, relação com os perfis socioeconómicos e demográficos da população, bem como no cumprimento das metas para a Década de Ação pela Nutrição e a Meta 2.2 do Objetivo 2 do Desenvolvimento Sustentável.

2. OBJETIVO GERAL

- Caracterizar o estado nutricional da população Cabo-verdiana.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a prevalência de excesso de peso e de obesidade da população Cabo-verdiana e a sua associação com as características socioeconómicas e demográficas;
- Determinar as prevalências da desnutrição aguda, crónica e insuficiência ponderal em crianças inferiores a 59 meses (< 5 anos).

3. METODOLOGIA

3.1. FONTE DE INFORMAÇÃO

O referido relatório tem como base principal os dados do III Inquérito às Despesas e Receitas Familiares (IDRF), realizado em 2015. O IDRF foi financiado pelo Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) e pelo Sistema das Nações Unidas, em Cabo Verde, através da agência do PNUD. A assistência técnica foi fornecida pelo BAD e o Banco Mundial no tratamento dos dados e estimação dos indicadores da pobreza absoluta.

O IDRF foi realizado durante o período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015, junto de uma amostra de 6.912 alojamentos com representatividade a nível dos 22 concelhos do país e teve como objetivo, recolher informações que permitam estimar o nível e a estrutura das despesas e rendimentos das famílias, produzir indicadores de pobreza, atualizar os ponderadores do Índice de Preço no Consumidor e estimar o consumo das famílias para a consolidação das Contas Nacionais. Para além das informações diretamente associadas à estrutura orçamental, despesa e rendimento, várias informações sobre características da habitação e condições de vida, bem como características sociodemográficas da população foram recolhidas, ampliando o campo de utilização dos resultados. Fortemente relacionado com o tema qualidade das condições de vida, o IDRF recolheu informações sobre a avaliação subjetiva da pobreza e qualidade de vida das famílias, acesso e utilização das tecnologias de informação e comunicação, e informações sobre medidas antropométricas que servirão de base para a análise nutricional da população (Anexo II).

3.2. METODOLOGIA DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

As informações sobre o IDRF, 2015 foram recolhidas através da aplicação de um questionário (constituído por 5 partes: Q1 – Composição do Agregado Familiar, Características Demográficas e Socioeconómica dos indivíduos; Q2 – Despesas retrospectivas e rendimento dos indivíduos; Q3 – Características do Alojamento, Despesas e perceção subjetiva da pobreza; Q4 – Caderno das Despesas diárias do Agregado Familiar e Q5 – Caderno das Despesas diárias do Indivíduo), administrado indiretamente aos membros dos agregados familiares, nomeadamente ao Representante do Agregado Familiar (RAF) e/ou outros membros com 15 ou mais anos, por meio de inquiridores responsáveis pela a recolha de dados⁽¹³⁾.

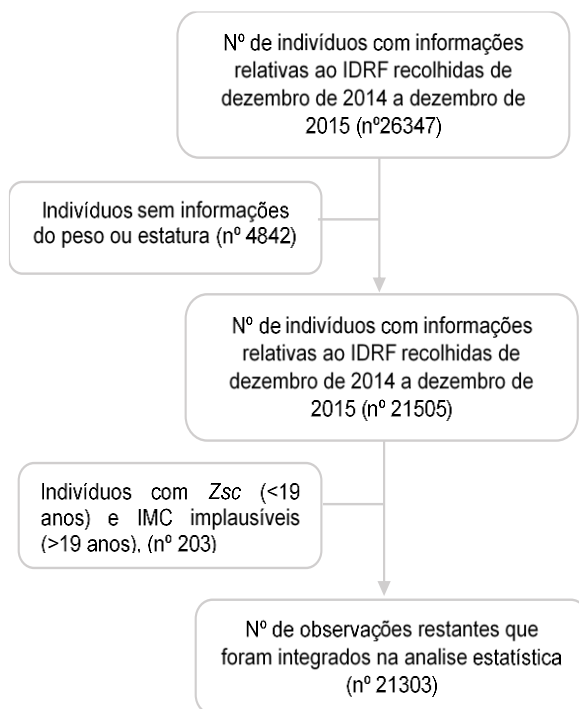
3.3. QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, tendo sido respeitadas a generalidade das regras de conduta expressas na legislação nacional em vigor, garantindo assim a confidencialidade das informações pessoais recolhidas.

3.4. POPULAÇÃO EM ESTUDO, PARTICIPAÇÃO

As informações antropométricas foram recolhidas através da aplicação do questionário Q1 (seção Q1.07 – Medidas Antropométricas) aplicado a todos os indivíduos que integravam o agregado familiar. Participaram no estudo 6912 RAF, sendo que foram recolhidas informações a 26347 indivíduos. Para as variáveis antropométricas (recolhidos em indivíduos que não apresentassem uma capacidade física limitada - portadoras de alguma deficiência), a taxa de resposta correspondeu foi de 82,0% do total dos indivíduos. Contudo somente 21303 observações foram consideradas na análise estatística, por terem informações relativas ao peso e estatura, bem como, terem índices biologicamente plausíveis de Z-score (Zsc) e do Índice de Massa Corporal (IMC), figura 1.

Figura 1 - Número de participantes do IDRF com informação antropométrica plausível para a avaliação do estado nutricional.



3.5. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

3.5.1. Recolha das informações antropométricas

Os dados antropométricos recolhidos foram o peso e a estatura/comprimento. O peso foi medido (precisão de 0,5 Kg) utilizando uma balança eletrónica da marca SECA® com capacidade máxima de 200 Kg. As crianças que não conseguiram permanecer em posição bípede, foram pesadas juntamente com os seus responsáveis, sendo que o peso da criança foi calculado através da diferença entre o peso do responsável com e sem a criança. A estatura e o comprimento (medido em crianças dos 0 aos 2 anos) foram medidos com auxílio de um estadiómetro da marca SECA®, onde registraram os valores até ao mm mais próximo. Os dois parâmetros antropométricos tinham sido medidos de acordo com as técnicas padronizadas⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

3.5.2. Determinação do estado nutricional

O peso e a estatura medidos, foram utilizados para calcular o **IMC** = $\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura/comprimento (m)}^2}$. Nos adultos, a determinação do estado nutricional foi feita utilizando os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde (OMS) ^(18, 19).

Nas crianças, a constante alteração dos parâmetros antropométricos, devido ao intenso período de crescimento observado, não permite a utilização dos mesmos pontos de corte estáticos da população adulta. Assim o peso, a estatura/comprimento, bem como, o IMC têm de ser calculados em função da idade e do sexo e posicionados em curvas de percentis que informam a posição relativa do indicador do indivíduo em comparação com uma população de referência com a mesma idade e com o mesmo sexo⁽²⁰⁾.

Na análise geral da amostra, houve a necessidade de harmonizar os Zsc de IMC das crianças menores de 5 anos (crianças com risco de excesso de peso passaram para a categoria de excesso de peso), para a classificação do estado nutricional da população⁽²¹⁾.

Os z-scores/índices do peso para a idade (IPI), peso para a estatura/comprimento (IPE), estatura para a idade (IEI) e índice de massa corporal para a idade (IMC-I) e sexo foram calculados fazendo uso do software da OMS: Anthro® para crianças com idades até aos 5 anos e Anthro-Plus® para crianças e adolescentes com idades entre os 5 e os 19

anos⁽²²⁾. Os valores de Zsc foram posteriormente interpretados de acordo com os pontos de corte sugeridos pela OMS^(23, 24).

3.5.3. Análise estatística

Toda a análise estatística foi realizada com recurso ao software IBM® SPSS versão 21.0. Os *Coeficientes de Simetria e Achatamento* (≤ 2) foram utilizados para verificar a normalidade das variáveis. As variáveis categóricas foram expressas em percentagem e valor absoluto e as variáveis contínuas em média $\pm$ desvio padrão ou em mediana [P25-P75], de acordo com a normalidade das variáveis. Foram excluídas da análise os indivíduos dos 0-19 anos com o IMC-I fora do intervalo de [-5;+5] Zsc ^(22, 25, 26). O teste de X^2 quadrado foi utilizado para verificar a diferença entre as prevalências estudadas e associação entre as variáveis categóricas. Considerou-se a existência de significado estatístico quando $p < 0,05$.

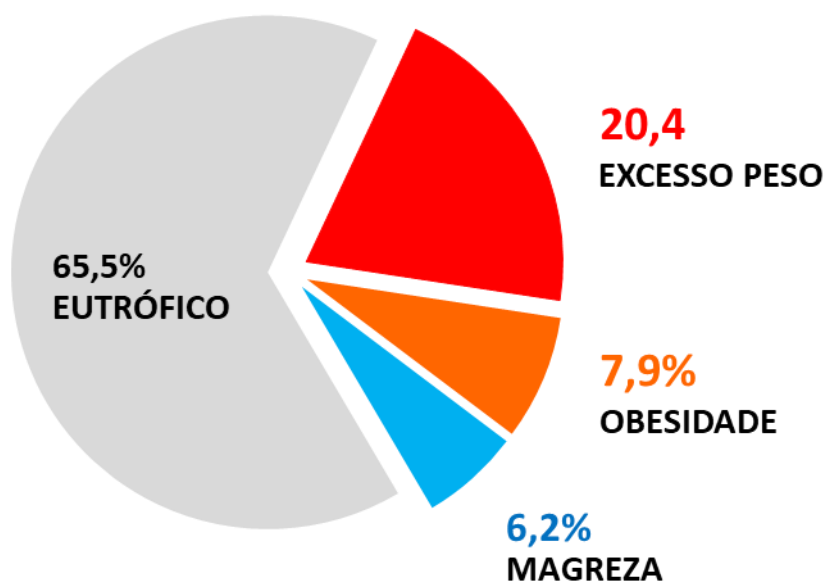
4. RESULTADOS E ANÁLISE GERAL

No anexo I do documento, encontram-se representados nas tabelas 1 a 10 os principais resultados do estado nutricional da população Cabo-verdiana, por faixa etária [crianças (0-11 anos), adolescentes (12-17 anos), adultos (18-64 anos) e idosos (≥ 65 anos)]⁽²⁷⁾, meio de residência, sexo, distribuição espacial a nível das ilhas e nos Municípios, bem como, a avaliação nutricional das crianças inferiores a 5 anos de idade.

4.1. ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO CABO-VERDIANA A NÍVEL NACIONAL, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO

Na figura 2, está representado esquematicamente o estado nutricional da população Cabo-verdiana, ponderada para a distribuição da população. A maior parte da população encontra-se no estado de eutrofia (“peso normal”), com uma prevalência de 65,5% (IC 95%: 64,8-66,2) e com uma taxa de excesso de peso e de obesidade de 20,4% (IC 95%: 19,8-21,0) e 7,9% (IC 95%: 7,5-8,3), respetivamente.

Gráfico 1 - Estado Nutricional da população Cabo-verdiana, segundo a classificação do IMC. Cabo Verde, 2015



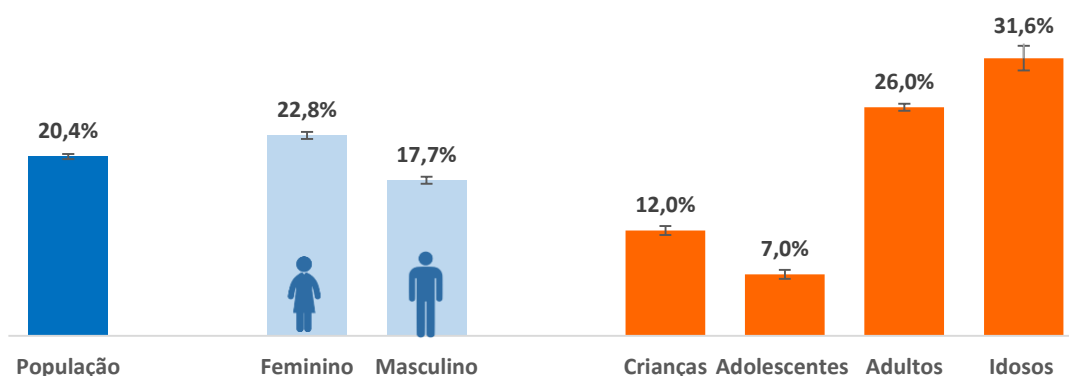
Fonte: INE, IDRF, 2015

Nos gráficos 1 e 2, estão representadas as prevalências de excesso de peso e de obesidade por sexo e faixa etária, ponderada para a distribuição da população. A prevalência de excesso de peso na população Cabo-verdiana é significativamente superior no sexo feminino (22,8% Vs. 17,7%) e de magnitude bastante superior nos adultos (≥ 18 anos), sendo que neste grupo são os idosos que apresentam a maior

prevalência, com 31,6% (IC 95%:28,8-34,4), como demonstra o gráfico 1. A mesma tendência é demonstrada no gráfico 2 para a obesidade.

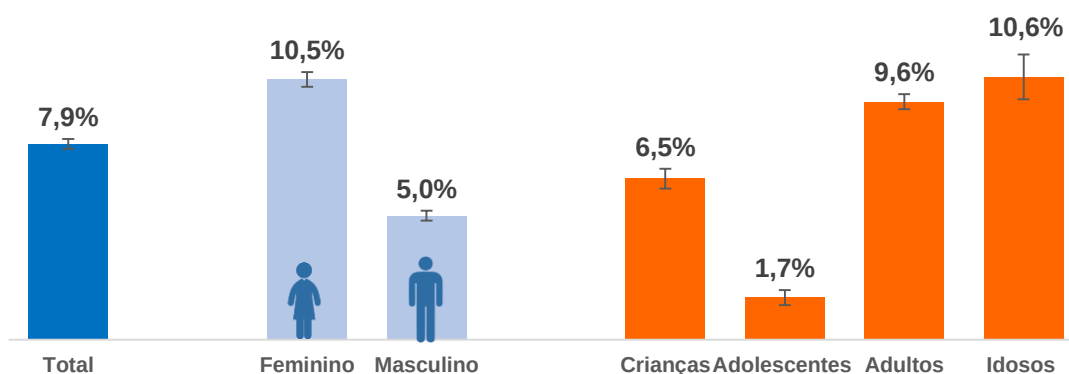
Os indivíduos do sexo feminino apresentam uma prevalência de excesso de peso e de obesidade significativamente superior ao sexo masculino em todos os grupos etários (exceto as crianças), tabela 2 do anexo I, facto este que pode ser explicado em grande medida, pela maior percentagem de massa gorda imposta em assegurar a capacidade reprodutiva das mulheres, mas também poderá estar associado com os fatores sociais e ambientais⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Gráfico 2 - Prevalência de excesso de peso segundo a classificação do IMC, por sexo e faixa etária (Crianças: 0-11 anos; Adolescentes: 12-17 anos; Adultos: 18-64 anos; Idosos: ≥65 anos). Cabo Verde, 2015



Fonte: INE, IDRF, 2015

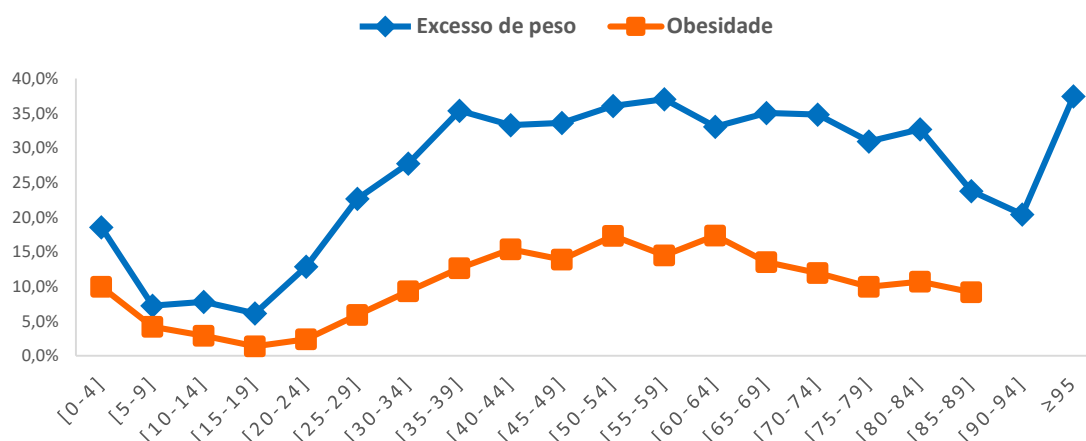
Gráfico 3 - Prevalência de obesidade segundo a classificação do IMC, por sexo e faixa etária: (Crianças: 0-11 anos; Adolescentes: 12-17 anos; Adultos: 18-64 anos; Idosos: ≥65 anos). Cabo Verde, 2015



Fonte: INE, IDRF, 2015

As prevalências de excesso de peso e de obesidade tendem a aumentar com a idade (gráfico 3), contudo o grupo etário onde se registam as prevalências mais baixas é o grupo dos adolescentes, com 7,0% e 1,7%, o que é explicada provavelmente pelo início tardio da puberdade, maior pressão cultural pela forma corporal mais magra, bem como, pela atividade física ^(31, 32). No gráfico 3, observa-se também, que a partir dos 18 anos de idade há um aumento gradual do excesso de peso e de obesidade, estando este aumento, associado com a tendência epidemiológica mundial desta evolução, que a nível nacional a proporção de indivíduos com excesso de peso e obesidade, já atinge 1/3 da população adulta (≥ 18 anos)^(30, 33, 34).

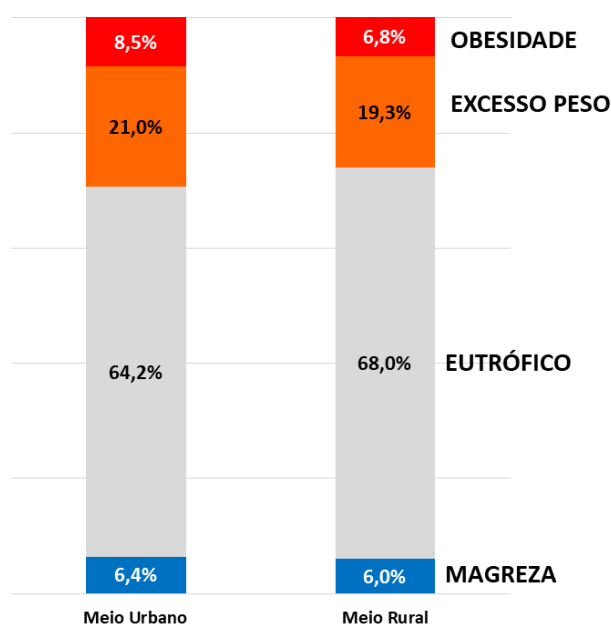
Analizando os dois extremos da malnutrição, ou seja, a subnutrição e sobrenutrição, observa-se que há uma transição no estado nutricional da população, nomeadamente nos indivíduos com idades superiores a 18 anos, em que há uma diminuição de 0,5 pontos percentuais (p.p.) na prevalência de desnutrição (6,4% em 2002 Vs. 5,9% em 2015) e um aumento de 9,4 p.p. na prevalência de excesso de peso e obesidade (26,8% vs. 36,2%) de 2002 para 2015⁽³⁵⁾. Esta tendência é ainda reforçada quando se compara estes dados com um estudo realizado em 2007 sobre as doenças crónicas não transmissíveis e fatores de riscos associados em adultos com idades compreendidas entre os 25 e 64 anos, onde verifica-se que de 2007 para 2015 há uma diminuição de 0,5 p.p. na taxa de desnutrição (4,0% vs. 3,5%), um aumento de 4,8 p.p. e de 1,7 p.p. nas taxas de excesso de peso (26,4% vs. 31,2%) e de obesidade (10,5% Vs. 12,2%), comparando-se as prevalências na mesma faixa etária⁽¹²⁾. Possíveis explicações para esta tendência, prendem-se possivelmente com fatores multifatoriais, nomeadamente as mudanças no perfil da dieta dos cabo-verdianos (elevado consumo de produtos transformados, óleos e gorduras e baixo consumo de hortofrutícolas, entre outros), o sedentarismo e a grande disponibilidade de produtos com elevada densidade energética e acessíveis do ponto de vista económico^(35, 36).

Gráfico 4 - Prevalência de excesso de peso e da obesidade por faixa etária de grupos quinquenais. Cabo Verde, 2015

Fonte: INE, IDRF, 2015

4.2. ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO POR MEIO DE RESIDÊNCIA

No gráfico 3, está representado o estado nutricional da população Cabo-verdiana por meio de residência. As prevalências de excesso de peso e de obesidade são significativamente maiores no meio urbano do que no meio rural, conforme ilustrado no gráfico 4.

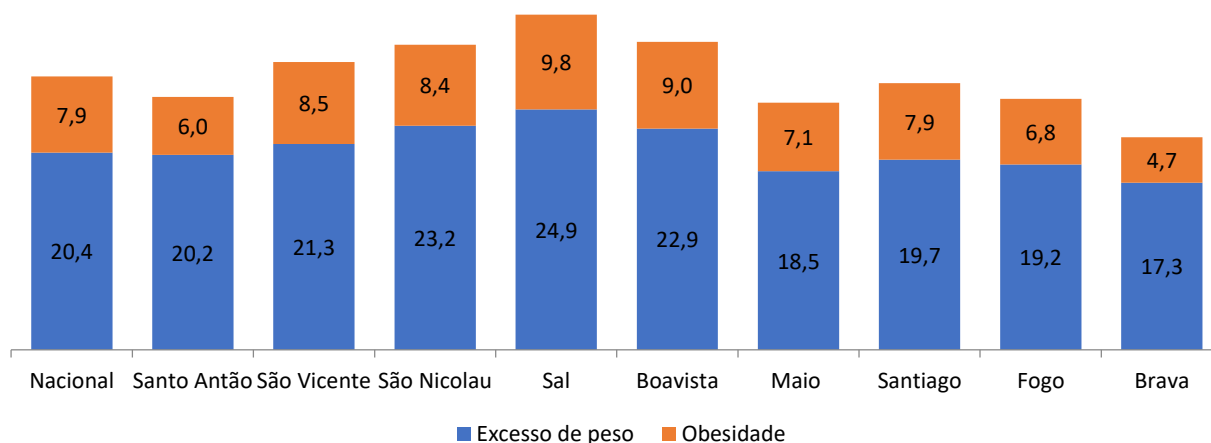
Gráfico 5 - Estado Nutricional da população segundo a classificação do IMC, por meio de residência. Cabo Verde, 2015

Fonte: INE, IDRF, 2015

4.3. PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO E OBESIDADE A NÍVEL DAS ILHAS

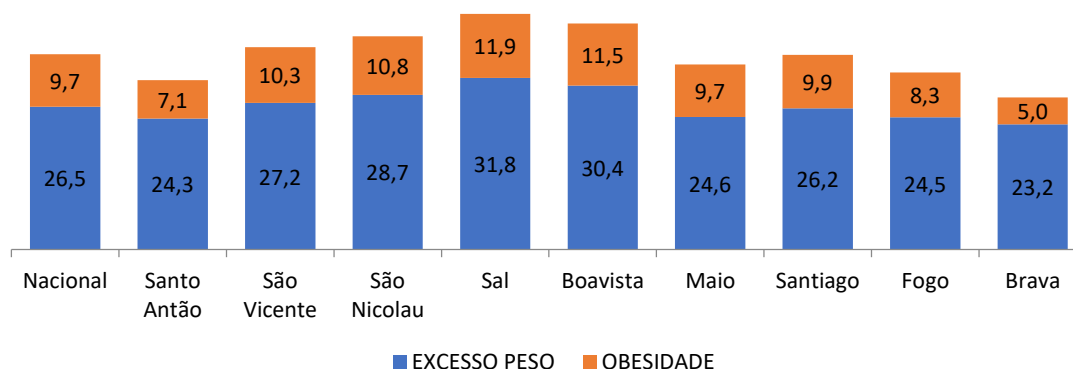
A distribuição espacial da prevalência de Excesso de Peso e Obesidade (ExPO), a nível das ilhas varia de 22,0% (IC 95%: 19,5-24,8) na Brava a 34,7% (IC95%: 32,2-37,3) na ilha do Sal. As ilhas de São Vicente (29,8%), São Nicolau (31,6%), Boavista (32,0%) e Sal (34,7%) apresentam uma prevalência superior ao encontrado a nível nacional (28,3%), gráfico 5. Quando estudado o estado nutricional dos indivíduos com idades ≥ 18 anos, constata-se que a prevalência de ExPO, segue a mesma tendência, ou seja, as ilhas de São Vicente (37,5%), São Nicolau (39,5%), Boavista (41,9%) e Sal (43,7%) apresentam as taxas mais elevadas, sendo superiores à prevalência nacional (36,2%), gráfico 6 (tabela 5 do anexo I).

Gráfico 6 - Prevalências de excesso de peso e obesidade por ilhas. Cabo Verde, 2015



Fonte: INE, IDRF, 2015

Gráfico 7 - Prevalências de excesso de peso e obesidade dos indivíduos com idades ≥ 18 anos, por ilhas. Cabo Verde, 2015



Fonte: INE, IDRF, 2015

Pelos dados constata-se que as principais ilhas turísticas, nomeadamente as ilhas do Sal, Boavista, São Vicente apresentam uma sobrecarga ponderal superior ao nacional, efeito este que pode estar relacionada com a crescente globalização (aculturação) que estas ilhas têm sofrido, mas também por estas ilhas apresentarem incidências mais baixas de pobreza⁽³⁷⁻³⁹⁾.

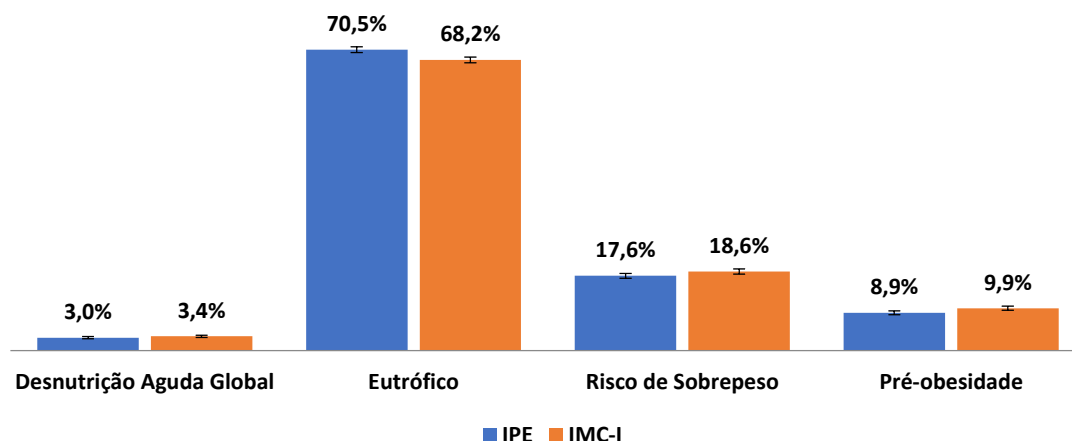
4.4. ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS COM IDADES INFERIORES A 5 ANOS

No gráfico 7, está representada a caracterização do estado nutricional das crianças com idades inferiores a cinco anos, utilizando como critério o índice peso para a estatura/comprimento e o índice de massa corporal para a idade.

Utilizando o índice de peso para a estatura como referência (IPE), observa-se que a prevalência da desnutrição aguda é de 3,0% (IC95%: 2,5-3,6) (desnutrição aguda severa e moderada de 1,3% e 1,8%, respetivamente), sendo significativamente superior na ilha do Fogo, com 7,9% (IC95%: 5,8-10,6). A prevalência do risco de excesso de peso é de 17,6% (IC95%: 16,5-18,7), com magnitude superior nas ilhas de Maio e Sal, com 25,8% e 23,7%, respetivamente (tabela 7 do anexo I). A pré-obesidade (incluindo obesidade) já atinge os 8,9% (IC95%: 8,0-9,8) a nível nacional, sendo significativamente maior nas ilhas de Boavista com 10,8% e São Vicente com 10,1%. É de realçar que estratificando as idades das crianças em <24 meses e ≥24 meses, observa-se que o primeiro grupo apresenta prevalências de DA (3,7% vs. 2,7%), risco de excesso de peso (25% vs. 13,5%) e de pré-obesidade (15,9% vs. 5,0%) significativamente superiores ao segundo grupo (tabela 7 do anexo I).

A caracterização do estado nutricional pelo índice de massa corporal para a idade (IMC-I) mostra que 3,4% das crianças apresentam DA, sendo a prevalência da desnutrição aguda severa de 1,5% (IC95%: 1,1-2,0) e moderada de 1,8% (IC95%: 1,5-2,2), conforme o gráfico 8.

Gráfico 8 - Caracterização do estado nutricional das crianças inferiores 5 anos de idade, pelos Z-scores peso para a estatura/comprimento (IPE) e o índice de massa corporal para a idade (IMC-I). Cabo Verde, 2015

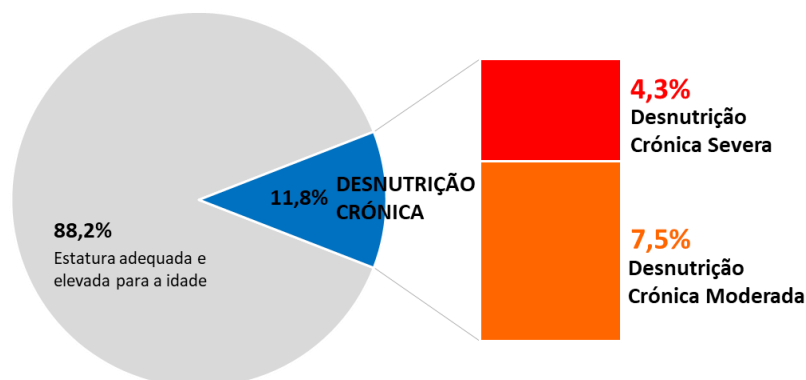


Fonte: INE, IDRF, 2015

Na tabela 9 do anexo I está representada a caracterização do estado nutricional pelos índice estatura para a idade (IEI) e índice peso para a idade (IPI) em crianças menores de 5 anos, a nível nacional e estratificado por idades (maiores e menores de 24 meses), sexo, nível de instrução do RAF, nível de pobreza do RAF, bem como, as distribuições espaciais a nível das ilhas.

Utilizando o IEI, verifica-se que a prevalência da desnutrição crónica é de 11,8% (IC95%: 10,9-12,7), sendo que 4,3% (IC95%: 3,8-4,9) são casos severos de desnutrição, figura 3. Quando estratificado por idade, crianças com <24 meses tem maior prevalência de DC, cerca de 15,7%. As crianças do sexo masculino apresentam uma prevalência significativamente maior do que as do sexo feminino. Quanto à distribuição espacial da prevalência da DC, verifica-se que as ilhas com maior taxa são Fogo, Maio e Brava, com 14,1%, 14,9% 18,4%, respetivamente, tabela 9 do anexo I.

Gráfico 9 - Caracterização do estado nutricional das crianças inferiores 5 anos de idade, pelo Z-score peso para a estatura/comprimento. Cabo Verde, 2015

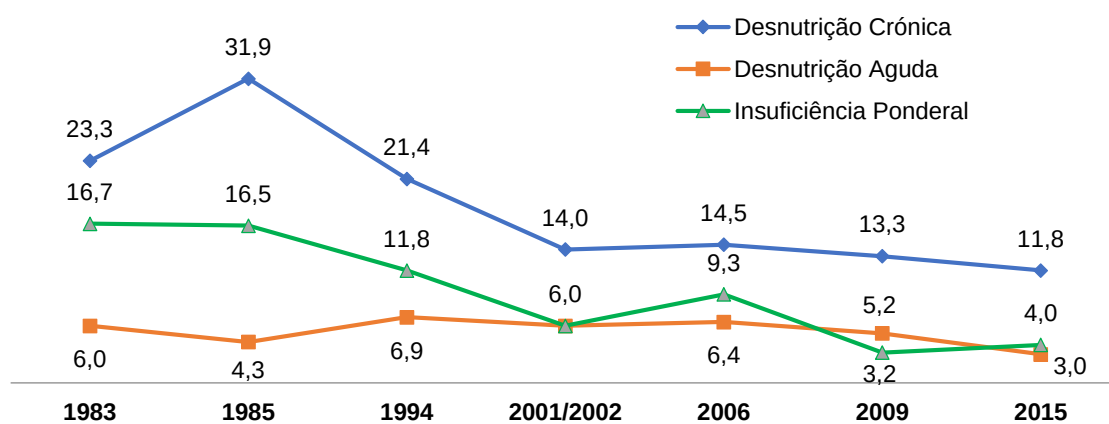


Fonte: INE, IDRF, 2015

Relativamente ao índice peso para a idade, verifica-se que a insuficiência ponderal (IP) é de 4,0% (IC95%: 3,5-4,5), superior no sexo masculino, bem como, nos indivíduos com idades inferiores a 24 meses, tabela 9 do anexo I. A prevalência de IP tende a diminuir significativamente com o aumento da escolaridade do representante do agregado familiar, variando entre 3,2% (nenhum nível de instrução) e 0,3% (nível de instrução medio/superior).

De um modo geral constata-se que as severidades de desnutrição crónica, aguda e insuficiência ponderal são fracas, não sendo consideradas problemas graves de saúde pública ($DC < 20\%$; $DA < 5\%$ e $IP < 10\%$)⁽⁴⁰⁾. Contudo, o risco de excesso de peso e de pré-obesidade já apresentam um grau elevado. Quanto estratificado por idades, estes indicadores tendem a serem superiores nas crianças que estão dentro da janela de vulnerabilidade, ou seja, crianças com idades inferiores a 2 anos (<24 meses), representando um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis na idade adulta^(41, 42).

Gráfico 10 - Evolução da prevalência da subnutrição ao longo dos anos (1983-2015). Cabo Verde, 2015



Fonte: INE, IDRF, 2015

A desnutrição aguda, crónica e insuficiência ponderal, tendem a diminuir ao longo dos anos, onde se verifica de 1983 a 2015 uma diminuição de 11,5 p.p. na taxa de DC, 3,0 p.p. na DA e 12,7 p.p. na IP (gráfico 9)^(11, 43).

De um modo geral, as prevalências de subnutrição e sobrenutrição são muito variadas entre as ilhas e, conseqüentemente, nos concelhos. Isto quer dizer que as ilhas com

uma maior prevalência de excesso de peso e obesidade (crianças menores de 5 anos e adultos), não correspondem necessariamente às ilhas com maior prevalência de desnutrição (crónica ou aguda) e, isto, deve-se ao facto de que a sobrecarga ponderal estar associada aparentemente com as ilhas onde a pobreza é mais baixa quando comparada com a prevalência da desnutrição, onde a incidência de pobreza é maior. Contrariamente aos outros estudos que demostram que os grupos populacionais com um nível socioeconómico mais baixo estão associadas com maiores prevalências de obesidade e de desnutrição, neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o nível de pobreza dos RAF com o estado nutricional das crianças inferiores a 5 anos.

5. CONCLUSÃO

Em suma, os resultados gerais encontrados sugerem que as prevalências de excesso de peso e obesidade começam a ganhar maiores proporções nos adultos face à prevalência de desnutrição. Os indivíduos com idades superiores a 65 anos apresentam maiores prevalência de sobrecarga ponderal, sendo superiores no sexo feminino em todos os grupos etários estudados. Nas crianças com idades inferiores a 5 anos, conclui-se que as prevalências encontradas de desnutrição crónica, desnutrição aguda e insuficiência ponderal apresentam uma fraca severidade, contudo o risco de excesso de peso e de pré-obesidade começa a ganhar proporções maiores, sobretudo, em crianças menores de 2 anos.

Deve ser dada atenção a estes resultados pelo fato de não se ter determinado o consumo alimentar da população, o nível de atividade física, as necessidades energéticas, bem como, as limitações que se prendem com a utilização do IMC (não diferencia a massa gorda da massa magra) que segundo a literatura estes fatores influenciam em grande medida o estado nutricional dos indivíduos.

A vigilância nutricional torna-se, deste modo, um mecanismo fulcral na determinação de problemas relacionados com o estado nutricional das populações, na determinação dos principais grupos vulneráveis, bem como, na elaboração de ações e programas de educação alimentar e nutricional.

6. PRINCIPAIS FACTOS

- A prevalência de excesso de peso e obesidade em Cabo Verde é de 28,3%, sendo superior no sexo feminino;
- Mais de 1/3 dos adultos (≥ 18 anos) já sofre de excesso de peso e obesidade, com 36,2%;
- A prevalência nos adultos (≥ 18 anos) com IMC $< 18,5 \text{ Kg.m}^{-2}$ é baixa (6%);
- Os idosos (≥ 65 anos) são o grupo etário com maior prevalência de excesso de peso e obesidade (42,2%);
- Em todas as faixas etárias, são os indivíduos do sexo feminino que apresentam maiores taxas quer de obesidade, quer de excesso de peso;
- As prevalências de excesso de peso e de obesidade afetam mais o meio urbano;
- As ilhas turísticas apresentam maior prevalência de excesso de peso e obesidade (35% no Sal e 32% na Boavista);
- O IMC médio da população adulta (≥ 18 anos) é de $24,1 \pm 0,03$ (IC95%: 24.0-24,2) Kg.m^{-2} ;
- A severidade da desnutrição crónica a nível nacional em crianças < 5 anos é baixa ($< 20\%$ OMS);
- O município de Santa Catarina no Fogo apresenta a maior prevalência de DC, com 19%;
- A severidade da desnutrição aguda a nível nacional em crianças < 5 anos de idade é baixa ($\% < 5\%$, OMS), contudo a ilha do Fogo apresenta uma severidade moderada (5-9%, OMS);
- A severidade da insuficiência ponderal a nível nacional é fraca
- 18% das crianças < 5 anos de idade já apresentam risco de sobrepeso e 9% já estão com pré-obesidade.

ANEXO - PRINCIPAIS TABULAÇÕES

Tabela 1 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana, a nível nacional, por sexo e faixa etária. Cabo Verde, 2015

	SEXO			GRUPO ETÁRIO			
	NACIONAL	Feminino	Masculino	Crianças 0-11 anos	Adolescentes 12-17 anos	Adultos 18-59 anos	Idosos 60 anos ou mais
Magreza^a	6,2%	6,0%	6,5%	5,2%	9,8%	5,6%	8,6%
	[5,9-6,6]	[5,5-6,5]	[6,0-7,0]	[4,6-5,9]	[8,6-11,0]	[5,2-6,1]	[7,1-10,4]
Eutrófico^a	65,5%	60,7%	70,9%	76,3%	81,5%	58,8%	49,3%
	[64,8-66,2]	[59,7-61,6]	[69,9-71,8]	[75,0-77,5]	[79,9-83,0]	[57,8-59,8]	[46,3-52,2]
Excesso de peso^a	20,4%	22,8%	17,7%	12,0%	7,0%	26,0%	31,6%
	[19,8-21,0]	[22,0-23,7]	[16,9-18,5]	[11,1-13,0]	[6,1-8,0]	[25,1-26,8]	[28,8-34,4]
Obesidade^a	7,9%	10,5%	5,0%	6,5%	1,7%	9,6%	10,6%
	[7,5-8,3]	[9,9-11,1]	[4,5-5,5]	[5,8-7,3]	[1,3-2,4]	[9,0-10,2]	[8,9-12,5]

Fonte: INE, IDRF, 2015

Valor de $p < 0,001^*$

^a Classificação do IMC segundo a OMS (utilizou-se o z-score de IMC nos indivíduos com idades compreendidas [0 aos 19] anos e classificação do IMC para adultos para os indivíduos com idades superiores a 19 anos);

*Teste de χ^2 de Pearson ($X = 361,4$; $p < 0,001$) / ($X = 1305,1$; $p < 0,001$), para a determinação de diferenças estatisticamente significativas no estado nutricional entre os sexos e os grupos etários;

Legenda: %p [IC95%] (Prevalência ponderada [Intervalo de Confianças de 95%]).

Tabela 2 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana, por faixa etária e sexo. Cabo Verde, 2015

	Crianças 0-11 anos		Adolescentes 12-17 anos		Adultos 18-59 anos		Idosos 60 anos ou mais	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Magreza ^a	4,70%	5,70%	5,60%	14,10%	6,20%	5,00%	9,20%	7,50%
	[4,0-5,4]	[5,0-6,5]	[4,9-6,5]	[12,7-15,6]	[5,6-6,9]	[4,4-5,6]	[8,0-10,5]	[6,1-9,3]
Eutrófico ^a	77,50%	75,10%	84,20%	78,60%	50,50%	68,20%	45,10%	56,80%
	[76,0-78,9]	[73,6-76,6]	[82,8-85,5]	[77,0-80,2]	[49,3-51,8]	[66,9-69,4]	[43,0-47,2]	[53,6-59,8]
Excesso de peso ^a	12,10%	12,00%	7,90%	6,00%	29,40%	22,00%	31,70%	31,30%
	[11,0-13,2]	[10,9-13,2]	[7,0-9,0]	[5,3-6,9]	[28,3-30,6]	[20,9-23,2]	[29,8-33,7]	[28,4-34,3]
Obesidade ^a	5,80%	7,20%	2,20%	1,20%	13,80%	4,80%	14,00%	4,40%
	[4,9-6,7]	[6,4-8,1]	[1,7-2,9]	[0,9-1,6]	[12,9-14,7]	[4,3-5,5]	[12,5-15,7]	[3,5-5,6]
Valor de p	p=0,020		p<0,001		p<0,001		p<0,001	

Fonte: INE, IDRF, 2015

^a Classificação do IMC segundo a OMS (utilizou-se o z-score de IMC nos indivíduos com idades compreendidas [0 aos 19] anos e classificação do IMC para adultos para os indivíduos com idades superiores a 19 anos);

*Teste de χ^2 de Pearson ($X = 7,8$; $p=0,020$) / ($X = 60,3$; $p < 0,001$) / ($X = 476,4$; $p < 0,001$) / ($X = 36,3$; $p < 0,001$), para a determinação de diferenças estatisticamente significativas no estado nutricional entre os sexos em cada grupo etário;

Legenda: %p [IC95%] (Prevalência ponderada [Intervalo de Confianças de 95%]).

Tabela 3 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana quanto ao meio de residência e nível de pobreza. Cabo Verde, 2015

	MEIO DE RESIDÊNCIA		ESTATUTO NA POBREZA	
	URBANO	RURAL	POBRE	NÃO POBRE
Magreza ^a	6,4%	6,0%	6,1%	6,3%
	[6,0-6,9]	[5,4-6,6]	[5,5-6,8]	[5,9-6,8]
Eutrófico ^a	64,2%	68,0%	65,8%	65,6%
	[63,2-65,1]	[66,8-69,1]	[64,6-67,0]	[64,7-66,5]
Excesso de peso ^a	21,0%	19,3%	20,5%	20,1%
	[20,2-21,8]	[18,3-20,2]	[19,5-21,6]	[19,4-20,9]
Obesidade ^a	8,5%	6,8%	7,6%	7,9%
	[7,9-9,0]	[6,2-7,5]	[6,9-8,3]	[7,4-8,5]
	p<0,001		p=0,766	

Fonte: INE, IDRF, 2015

^a Classificação do IMC segundo a OMS;

*Teste de X² de Pearson ($X = 34,2$; $p < 0,001$) / ($X = 1,3$; $p=0,766$), para a determinação de diferenças estatisticamente significativas no estado nutricional quanto aos meios de residência e quanto ao nível de pobreza do RAF;

Legenda: %p [IC95%] (Prevalência ponderada [Intervalo de Confianças de 95%]);

**Tabela 4 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana estratificado por ilhas, ponderado pela distribuição da população.
Cabo Verde, 2015**

	NACIONAL	SANTO ANTÃO	SÃO VICENTE	SÃO NICOLAU	SAL	BOAVISTA	MAIO	SANTIAGO	FOGO	BRAVA
Magreza ^a	6,20%	6,50%	7,30%	5,30%	4,60%	5,90%	8,90%	6,0%	6,80%	7,00%
	[5,9-6,6]	[5,5-7,5]	[6,4-8,3]	[4,2-6,7]	[3,6-5,9]	[4,7-7,3]	[7,1-11,0]	[5,5-6,5]	[5,8-8,0]	[5,5-8,8]
Eutrófico ^a	65,50%	67,4%	62,9%	63,1%	60,6%	62,1%	65,60%	66,40%	67,20%	71,0%
	[64,8-66,2]	[65,4-69,2]	[61,2-654,6]	[60,4-65,7]	[68,0-63,3]	[59,4-64,8]	[62,3-68,8]	[65,3-67,4]	[65,1-69,1]	[68,0-73,8]
Excesso de peso ^a	20,40%	20,20%	21,30%	23,20%	24,90%	22,90%	18,50%	19,70%	19,20%	17,30%
	[19,8-21,0]	[18,6-21,9]	[19,9-22,8]	[20,9-25,6]	[22,6-27,4]	[20,6-25,4]	[16,0-21,3]	[18,8-20,6]	[17,6-21,0]	[15,0-20,0]
Obesidade ^a	7,90%	6,00%	8,50%	8,40%	9,80%	9,00%	7,10%	7,90%	6,80%	4,70%
	[7,5-8,3]	[5,1-7,0]	[7,6-9,5]	[7,0-10,1]	[8,2-11,6]	[7,5-10,7]	[5,5-9,0]	[7,4-8,6]	[5,8-7,9]	[3,5-6,3]

Fonte: INE, IDRF, 2015

Valor de $p^* p < 0,001$

a Classificação do IMC segundo a OMS (utilizou-se o z-score de IMC nos indivíduos com idades compreendidas [0 aos 19] anos e classificação do IMC para adultos para os indivíduos com idades superiores a 19 anos);

*Teste de X^2 de Pearson ($X = 79,0$; $p < 0,001$), para a comparação do estado nutricional da população entre as ilhas;

Observação: distribuição espacial de excesso de peso e obesidade (Nacional: 28,3% [27,6-28,9]; Santo Antão: 26,2% [24,5-28,0]; São Vicente: 29,8% [28,2-31,4]; São Nicolau: 31,6% [29,2-34,1]; Sal: 34,7% [32,2-37,3]; Boavista: 32,0% [29,5-34,6]; Maio: 25,5% [22,7-28,6]; Santiago: 27,6% [26,7-28,6]; Fogo: 26,0% [24,2-27,9]; Brava: 22,0% [19,5-24,8])

Legenda: %p [IC95%] (Prevalência ponderada [Intervalo de Confianças de 95%]).

Tabela 5 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana estratificado por grupos etários (<18 anos e ≥18 anos), por ilhas. Cabo Verde, 2015

	NACIONAL	SANTO ANTÃO	SÃO VICENTE	SÃO NICOLAU	SAL	BOAVISTA	MAIO	SANTIAGO	FOGO	BRAVA
POPULAÇÃO MENOR DE 18 ANOS										
Magreza ^a	6,8%	5,2%	7,4%	7,5%	5,4%	8,9%	7,5%	6,5%	9,4%	8,2%
	[6,3-7,3]	[4,0-6,8]	[6,1-9,0]	[5,7-9,9]	[4,0-7,2]	[7,1-11,0]	[5,3-10,4]	[5,7-7,3]	[7,9-11,2]	[6,2-10,7]
Eutrófico ^a	78,1%	79,1%	78,6%	75,5%	73,7%	77,1%	79,7%	78,8%	75,9%	79,4%
	[77,2-79,0]	[76,5-81,6]	[76,3-80,6]	[72,0-78,6]	[70,2-76,9]	[74,1-79,8]	[75,8-83,2]	[77,4-80,0]	[73,3-78,3]	[75,6-82,7]
Excesso de peso ^a	10,3%	11,9%	9,2%	12,9%	14,3%	9,5%	9,6%	9,8%	10,4%	8,2%
	[9,7-10,9]	[10,0-14,1]	[7,9-10,8]	[10,3-16,1]	[11,8-17,3]	[7,7-11,8]	[7,2-12,7]	[8,9-10,8]	[8,6-12,5]	[6,0-11,2]
Obesidade ^a	4,9%	3,7%	4,8%	4,1%	6,6%	4,5%	3,2%	5,0%	4,3%	4,2%
	[4,4-5,3]	[2,8-5,1]	[3,8-6,0]	[2,9-5,6]	[4,9-8,8]	[3,3-6,1]	[1,8-5,6]	[4,3-5,7]	[3,2-5,7]	[2,9-6,1]
POPULAÇÃO DE 18 ANOS OU MAIS										
Magreza ^a	5,9%	7,1%	7,2%	4,1%	4,1%	4,2%	9,8%	5,7%	5,3%	6,2%
	[5,5-6,3]	[6,0-8,4]	[6,2-8,4]	[3,0-5,5]	[2,9-5,8]	[3,1-5,8]	[7,5-12,8]	[5,1-6,4]	[4,2-6,6]	[4,5-8,4]
Eutrófico ^a	57,9%	61,5%	55,3%	56,4%	52,2%	53,8%	55,9%	58,2%	62,0%	65,6%
	[57,0-58,7]	[59,2-63,8]	[53,2-57,3]	[53,2-59,6]	[48,8-55,5]	[50,5-57,1]	[51,8-60,0]	[56,9-59,5]	[59,4-64,4]	[61,6-69,3]
Excesso de peso ^a	26,5%	24,3%	27,2%	28,7%	31,8%	30,4%	24,6%	26,2%	24,5%	23,2%
	[25,7-27,3]	[22,3-26,4]	[25,4-29,1]	[25,8-31,8]	[28,8-35,0]	[27,4-33,6]	[21,1-28,4]	[25,0-27,4]	[22,3-26,8]	[20,0-26,8]
Obesidade ^a	9,7%	7,1%	10,3%	10,8%	11,9%	11,5%	9,7%	9,9%	8,3%	5,0%
	[9,2-10,3]	[5,9-8,5]	[9,1-11,6]	[8,8-13,2]	[9,8-14,4]	[9,5-13,9]	[7,6-12,3]	[9,1-10,8]	[7,0-9,8]	[3,4-7,3]

Fonte: INE, IDRF, 2015

Valor de $p < 0,001$ ^a Classificação do IMC segundo a OMS;*Teste de X² de Pearson ($X = 35,9$; $p < 0,001$) / ($X = 76,3$; $p < 0,001$), para a comparação do estado nutricional dos indivíduos com idade <18 anos e ≥18 anos de idade entre as ilhas;

Legenda: %p [IC95%] (Prevalência ponderada [Intervalo de Confianças de 95%]).

Tabela 6 - Estado Nutricional da população cabo-verdiana segundo o nível de instrução do representante do agregado familiar por grupo etário. Cabo Verde, 2015

	Nacional				<18 anos				≥18 anos			
	Nunca frequentou	Ensino Básico	Ensino Secundário	Médio/ Superior	Nunca frequentou	Ensino Básico	Ensino Secundário	Médio/ Superior	Nunca frequentou	Ensino Básico	Ensino Secundário	Médio/ Superior
Magreza ^a	6,7%	5,9%	6,2%	7,9%	7,7%	6,4%	6,6%	8,4%	6,1%	5,5%	5,9%	7,6%
	[5,8-7,7]	[5,4-6,4]	[5,4-7,0]	[6,6-9,4]	[6,4-9,2]	[5,7-7,2]	[5,5-8,0]	[6,3-11,2]	[5,1-7,2]	[4,9-6,1]	[5,0-6,9]	[6,1-9,4]
Eutrófico ^a	66,1%	66,2%	64,5%	64,2%	77,8%	78,8%	77,8%	76,4%	58,8%	58,6%	56,9%	56,8%
	[64,3-67,8]	[65,2-67,2]	[62,9-66,2]	[61,6-66,7]	[75,5-80,0]	[77,5-80,0]	[75,5-79,9]	[72,5-79,9]	[56,7-61,0]	[57,3-59,8]	[54,9-58,9]	[53,7-59,9]
Excesso de peso ^a	19,6%	20,5%	20,7%	19,5%	10,3%	10,1%	10,4%	9,9%	25,4%	26,8%	26,7%	25,3%
	[18,2-21,1]	[19,7-21,3]	[19,4-22,2]	[17,4-21,8]	[8,9-11,9]	[9,3-11,1]	[9,0-12,0]	[7,6-12,8]	[23,5-27,3]	[25,7-27,9]	[24,9-28,5]	[22,5-28,3]
Obesidade ^a	7,6%	7,4%	8,6%	8,4%	4,3%	4,7%	5,1%	5,2%	9,7%	9,1%	10,6%	10,3%
	[6,7-8,7]	[6,9-8,0]	[7,6-9,7]	[7,1-9,9]	[3,3-5,5]	[4,0-5,4]	[3,9-6,6]	[4,0-6,9]	[8,5-11,1]	[8,4-9,9]	[9,4-11,9]	[8,6-12,3]
Valor de p	p=0,049				p=0,635				p=0,145			

Fonte: INE, IDRF, 2015

^a Classificação do IMC segundo a OMS;

*Teste de X² de Pearson (X² = 20,8; p = 0,049) / (X² = 6,7; p = 0,635) / (X² = 14,8; p = 0,145), para a comparação das prevalências entre os níveis de instrução a nível do representante do agregado familiar quanto ao grupo etário

Tabela 7 - Estado nutricional das crianças inferiores a 5 anos de idade, segundo o Índice Peso para a Estatura/comprimento. Cabo Verde, 2015

ÍNDICE PESO PARA A ESTATURA/COMPRIMENTO (IPE)					Valor de p*%p [IC95%]
	Desnutrição Aguda	Eutrófico	Risco excesso Peso	Excesso de peso e obesidade	
Nacional	3,0%	70,5%	17,6%	8,9%	
	[2,5-3,6]	[69,1-71,9]	[16,5-18,7]	[8,0-9,8]	
Idade (meses)					
<24 meses	3,7%	55,5%	25,0%	15,9%	p<0,001
	[2,9-4,7]	[53,0-57,9]	[22,9-27,1]	[14,1-17,9]	
≥24 meses	2,7%	78,8%	13,5%	5,0%	
	[2,1-3,4]	[77,2-80,3]	[12,4-14,8]	[4,3-5,9]	
<60 meses (total)	3,0%	70,5%	17,6%	8,9%	
	[2,5-3,6]	[69,1-71,9]	[16,5-18,7]	[8,0-9,8]	
Sexo					
♀ Feminino	3,0%	72,1%	17,1%	7,8%	p=0,096
	[2,4-3,7]	[70,1-74,0]	[15,5-18,8]	[6,6-9,2]	
♂ Masculino	3,1%	69,2%	18,0%	9,8%	
	[2,3-4,0]	[67,2-71,1]	[16,4-19,6]	[8,8-10,9]	
Meio de residência					
Urbano	3,1%	72,8%	15,8%	8,2%	p<0,001
	[2,4-4,0]	[71,1-74,5]	[14,5-17,2]	[7,3-9,2]	
Rural	3,3%	66,5%	19,7%	10,5%	
	[2,6-4,3]	[63,9-68,9]	[17,7-21,9]	[8,9-12,3]	
Estatuto na pobreza					
Pobre	3,9%	68,0%	18,0%	9,4%	p=0,096
	[3,2-4,7]	[65,5-70,5]	[16,8-20,7]	[7,8-11,4]	
Não pobre	2,9%	71,4%	16,7%	9,0%	
	[2,2-3,8]	[69,7-73,1]	[15,4-18,2]	[8,0-10,0]	
Nível de instrução do Representante					
Nenhum	3,1%	69,2%	18,8%	8,9%	p=0,014
	[2,3-4,2]	[65,6-72,6]	[16,3-21,6]	[6,8-11,6]	
Básico	2,8%	71,7%	16,6%	9,0%	
	[2,1-3,6]	[70,0-73,3]	[15,3-18,1]	[8,0-10,1]	
Secundário	5,5%	66,0%	19,3%	9,1%	
	[3,7-8,1]	[61,7-70,0]	[16,4-22,6]	[6,8-12,1]	
Médio/superior	1,8%	72,6%	15,3%	10,3%	
	[1,1-3,1]	[67,2-77,5]	[11,1-20,6]	[8,5-12,4]	

Tabela 7 - Estado nutricional das crianças inferiores a 5 anos de idade, segundo o Índice Peso para a Estatura/comprimento. Cabo Verde, 2015 (continuação)

ÍNDICE PESO PARA A ESTATURA/COMPRIMENTO (IPE)					Valor de p*%p [IC95%]
	Desnutrição Aguda	Eutrófico	Risco excesso Peso	Excesso de peso e obesidade	
ILHAS					
Santo Antão	3,2%	73,5%	16,1%	7,2%	p<0,001
	[1,9-5,4]	[69,9-76,9]	[13,4-19,2]	[5,8-8,8]	
São Vicente	2,9%	70,1%	16,9%	10,1%	
	[1,9-4,5]	[66,5-73,5]	[14,1-10,2]	[8,5-11,9]	
São Nicolau	4,0%	69,6%	18,40%	8,0%	
	[1,9-8,4]	[64,1-74,5]	[14,5-23,1]	[5,9-10,8]	
Sal	---	68,20%	23,7%	8,1%	
		[63,1-72,9]	[19,2-28,8]	[5,6-11,7]	
Boavista	2,2%	70,4%	16,6%	10,8%	
	[1,1-4,5]	[66,5-74,1]	[14,1-19,4]	[8,7-13,2]	
Maio	---	66,6%	25,8%	7,5%	
		[61,1-71,8]	[20,5-32,1]	[5,5-10,1]	
Santiago	2,8%	71,1%	16,8%	9,4%	
	[2,1-3,7]	[68,9-73,1]	[15,2-18,5]	[8,1-10,9]	
Fogo	7,9%	67,7%	18,3%	6,1%	
	[5,8-10,6]	[65,6-69,8]	[15,4-21,6]	[5,5-6,6]	
Brava	4,1%	72,3%	16,1%	7,5%	
	[2,1-7,8]	[67,8-76,4]	[12,8-20,2]	[5,1-10,9]	

Fonte: INE, IDRF, 2015

Tabela 8 - Estado nutricional das crianças inferiores a 5 anos de idade segundo o Índice de Massa Corporal para a Idade. Cabo Verde, 2015

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PARA A IDADE (IMC-I)					Valor de $p^{*}p$ [IC95%]
	Desnutrição Aguda	Eutrófico	Risco excesso Peso	Excesso de peso e obesidade	
Nacional	3,4%	68,2%	18,6%	9,9%	
	[2,8-4,0]	[66,7-69,5]	[17,5-19,7]	[9,1-10,9]	
IDADE (MESES)					
<24 meses	4,6%	53,3%	24,3%	17,8%	
	[3,7-5,8]	[50,8-55,8]	[22,2-26,5]	[15,9-19,8]	
≥24 meses	2,7%	76,2%	15,4%	5,7%	
	[2,1-3,4]	[74,7-77,8]	[14,2-16,7]	[4,9-6,6]	
<60 meses (total)	3,4%	68,2%	18,6%	9,9%	
	[2,8-4,0]	[66,7-69,5]	[17,5-19,7]	[9,1-10,9]	p<0,001
Sexo					
♀ Feminino	2,6%	70,8%	18,8%	7,8%	
	[2,1-3,3]	[68,8-72,7]	[17,3-20,5]	[6,5-9,2]	
♂ Masculino	4,0%	65,8%	18,3%	11,9%	
	[3,2-5,0]	[63,8-67,7]	[16,8-19,9]	[10,8-13,1]	p<0,001
MEIO DE RESIDÊNCIA					
Urbano	---	70,9%	16,9%	9,3%	
	---	[69,2-72,5]	[15,6-18,3]	[8,4-10,2]	
Rural	3,4%	64,5%	21,0%	11,1%	
	[2,7-4,3]	[61,9-67,0]	[19,0-23,2]	[9,4-13,0]	p<0,001
ESTATUTO NA POBREZA					
Pobre	3,7%	66,2%	19,5%	10,6%	
	[2,9-4,6]	[63,6-68,7]	[17,6-21,6]	[8,8-12,6]	
Não pobre	2,9%	69,4%	18,1%	9,7%	
	[2,3-3,7]	[67,7-71,1]	[16,6-19,6]	[8,7-10,7]	p=0,184
NÍVEL DE INSTRUÇÃO DO REPRESENTANTE					
Nenhum	3,2%	65,9%	19,5%	11,5%	
	[2,5-4,0]	[62,2-69,3]	[17,1-22,1]	[9,1-14,3]	
Básico	3,5%	68,7%	18,1%	9,7%	
	[2,8-4,3]	[67,0-70,4]	[16,6-19,7]	[8,7-10,9]	
Secundário	2,6%	68,1%	20,0%	9,3%	
	[1,2-5,5]	[63,8-72,1]	[17,0-23,3]	[7,0-12,3]	
Médio/superior	2,5%	70,8%	16,7%	10,1%	
	[1,7-3,6]	[65,7-75,4]	[12,7-21,5]	[8,3-12,2]	p=0,622

Tabela 8 - Estado nutricional das crianças inferiores a 5 anos de idade segundo o Índice de Massa Corporal para a Idade. Cabo Verde, 2015 (continuação)

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PARA A IDADE (IMC-I)					
	Desnutrição Aguda	Eutrófico	Risco excesso Peso	Excesso de peso e obesidade	Valor de $p^* \%p$ [IC95%]
Nacional	3,4%	68,2%	18,6%	9,9%	p<0,001
	[2,8-4,0]	[66,7-69,5]	[17,5-19,7]	[9,1-10,9]	
ILHAS					
Santo Antão	4,2%	71,3%	16,3%	8,1%	
	[2,8-6,2]	[67,8-74,7]	[13,6-19,6]	[6,9-9,5]	
São Vicente	2,9%	71,8%	15,1%	10,2%	
	[1,9-4,5]	[68,3-75,0]	[12,4-18,3]	[8,6-11,9]	
São Nicolau	5,6%	66,6%	18,9%	8,9%	
	[3,2-9,5]	[62,4-70,6]	[15,0-23,6]	[6,4-12,3]	
Sal	1,2%	68,2%	22,1%	8,5%	
	[1,2-1,2]	[63,3-72,8]	[17,8-27,1]	[6,0-11,9]	
Boavista	5,8%	67,2%	18,1%	8,9%	
	[5,8-5,8]	[63,4-70,8]	[14,6-22,1]	[6,3-12,5]	
Maio	---	64,5%	25,7%	9,8%	
	---	[59,6-69,2]	[20,3-31,9]	[7,0-13,5]	
Santiago	2,9%	67,4%	19,0%	10,7%	
	[2,2-3,8]	[65,2-69,5]	[17,5-20,7]	[9,3-12,2]	
Fogo	7,5%	66,8%	17,6%	8,1%	
	[5,7-9,7]	[64,4-69,1]	[14,6-21,1]	[7,0-9,4]	
Brava	4,3%	71,4%	14,6%	9,7%	
	[2,2-7,9]	[67,0-75,5]	[12,0-17,7]	[8,2-11,5]	

Fonte: INE, IDRF, 2015

^aClassificação do Índice de Massa Corporal para a Idade segundo a OMS ($Z_{sc} < -2$: Desnutrição Aguda; $-2 \leq Z_{sc} \leq +1$: Eutrófico; $+1 < Z_{sc} \leq +2$: Risco de excesso de peso; $> +2$ Z_{sc} : Excesso de peso e obesidade);

Legenda: IMC-I (z-score Índice de Massa Corporal para a Idade); $\%p$ [IC95% (Prevalência ponderada [Intervalo de Confiança de 95%])];

*Teste de X^2 de Pearson para a comparação das prevalências entre as variáveis apresentadas (idade estratificada, sexo, meio de residência; nível de pobreza; nível de instrução do representante do agregado familiar e por ilhas);

Tabela 9 - Estado nutricional das crianças inferiores a 5 anos de idade (59 meses), segundo o Índice Altura para Idade (IEI) e o Índice Peso para a Idade (IPI). Cabo Verde, 2015

	ÍNDICE ALTURA PARA IDADE (IEI)		Valor de <i>p</i>	ÍNDICE PESO PARA A IDADE (IPI)			Valor de <i>p</i> *
	Desnutrição crónica global	Estatutura/ Cumprimento Adequada/elevado para idade		Insuficiência ponderal global	Peso adequado para idade	Peso elevado para a idade	
CABO VERDE	11,8%	88,20%		4,0%	91,3%	4,7%	
	[10,9-12,7]	[87,3-89,1]		[3,5-4,5]	[90,5-92,1]	[4,1-5,5]	
IDADE (MESES)							
<24	15,7%]	84,30%	<i>p</i> <0,001	4,7%	87,9%	7,5%	<i>p</i> <0,001
	[13,9-17,5	[82,4-86,1]		[4,0-5,4]	[86,2-89,3]	[6,2-9,0]	
≥24	9,70%	90,30%		3,6%	93,2%	3,2%	
	[8,7-10,8]	[89,2-91,3]		[3,6-4,3]	[92,2-94,1]	[2,5-4,1]	
<59 (total)	11,8%	88,20%		4,0%	91,3%	4,7%	
	[10,9-12,7]	[87,3-89,1]		[3,5-4,5]	[90,5-92,1]	[4,1-5,5]	
SEXO							
♀ Feminino	9,80%	90,20%	<i>p</i> =0,001	3,2%	93,1%	3,7%	<i>p</i> =0,002
	[8,5-11,2]	[88,8-91,5]		[2,4-4,1]	[91,9-94,1]	[3,1-4,6]	
♂ Masculino	13,6%	86,4%		4,7% [	89,7%	5,6%	
	[12,2-15,0]	[85,0-87,8]		3,9-5,5]	[88,3-91,0]	[4,6-6,8]	
MEIO DE RESIDÊNCIA							
Urbano	11,30%	88,7%	<i>p</i> =0,842	4,5%	91,4%	4,0%	<i>p</i> =0,002
	[10,2-12,6]	[87,4-89,8]		[3,9-5,3]	[90,4-92,4]	[3,4-4,8]	
Rural	11,2%	88,80%		3,0%	91,5%	5,5%	
	[9,9-12,6]	[87,4-90,1]		[2,5-3,7]	[90,2-92,7]	[4,4-6,8]	
ESTATUTO NA POBREZA							
POBRES	10,0%	90,0%	<i>p</i> =0,054	2,3%	92,0%	5,6%	<i>p</i> <0,001
	[8,5-11,7]	[88,3-91,5]		[1,8-3,0]	[90,8-93,1]	[4,7-6,8]	
NÃO POBRE	11,9%	88,1%		4,80%	91,2%	4,0%	
	[10,9-13,1]	[86,9-89,1]		[4,1-5,5]	[90,1-92,1]	[3,3-4,9]	
NÍVEL DE INSTRUÇÃO DO REPRESENTANTE							
Nenhum	12,7%	87,3%	<i>p</i> =0,300	3,2%	92,8%	3,9%	<i>p</i> <0,001
	[10,7-15,0]	[85,0-89,3]		[2,4-4,3]	[91,0-94,3]	[2,8-5,5]	
Básico	11,5%	88,5%		4,7%	91,2%	4,1%	
	[10,3-12,7]	[87,3-89,7]		[4,1-5,5]	[90,1-92,1]	[3,3-5,0]	
Secundário	10,7%	89,3%		4,7%	89,4%	5,9%	
	[8,6-13,3]	[86,7-91,4]		[3,4-6,5]	[86,7-91,5]	[4,3-8,1]	
Médio/superior	9,4%	90,6%		0,3%	93,6%	6,1%	
	[7,0-12,5]	[87,5-93,0]		[0,3-0,3]	[91,1-95,4]	[4,4-8,6]	

Fonte: INE, IDRF, 2015

Tabela 9 - Estado nutricional das crianças inferiores a 5 anos de idade (59 meses), segundo o Índice Altura para Idade (IEI) e o Índice Peso para a Idade (IPI). Cabo Verde, 2015

	ÍNDICE ALTURA PARA IDADE (IEI)		Valor de p	ÍNDICE PESO PARA A IDADE (IPI)			Valor de p^*
	Desnutrição crónica global	Estatura/Cumprimento Adequada/elevado para idade		Insuficiência ponderal global	Peso adequado para idade	Peso elevado para a idade	
ILHAS							
Santo Antão	9,4% [7,1-12,2]	90,6% [87,8-92,9]	$p < 0,001$	2,8% [1,2-6,5]	90,9% [87,7-93,4]	6,2% [4,5-8,4]	$p < 0,001$
São Vicente	6,0% [4,9-7,5]	94,0% [92,5-95,1]		2,2% [1,5-3,3]	93,9% [92,4-95,2]	3,8% [2,8-5,1]	
São Nicolau	7,9% [4,7-13,0]	92,1% [87,0-95,3]		3,9% [2,3-6,5]	89,4% [85,8-92,1]	6,7% [4,7-9,6]	
Sal	6,0% [3,5-10,2]	94,0% [89,8-96,5]		2,2% [1,3-3,6]	93,0% [90,1-95,1]	4,8% [3,0-7,5]	
Boavista	13,7% [11,0-17,1]	86,3% [82,9-89,0]		6,1% [4,2-8,8]	86,8% [82,3-90,3]	7,1% [4,4-11,1]	
Maio	14,9% [11,8-18,7]	85,1% [81,3-88,2]		3,5% [3,5-3,5]	91,8% [87,8-94,6]	4,7% [2,3-9,4]	
Santiago	13,4% [12,1-14,8]	86,6% [85,2-87,9]		4,5% [3,9-5,3]	91,3% [90,0-92,5]	4,2% [3,2-5,4]	
Fogo	14,1% [11,6-17,1]	85,9% [82,9-88,4]		3,8% [2,4-5,9]	89,7% [87,6-91,4]	6,6% [4,9-8,7]	
Brava	18,4% [14,5-23,0]	81,6% [77,0-85,5]		7,20% [4,3-11,8]	83,3% [78,1-87,5]	9,5% [7,0-12,8]	

Fonte: INE, IDRF, 2015

^aClassificação do Índice Altura para Idade segundo a OMS (Zsc < -2: Desnutrição crónica global; Zsc ≥ -2: Estatura/Cumprimento Adequada/elevado para idade);

^bClassificação do Índice Peso para Idade segundo a OMS (Zsc < -2: Insuficiência ponderal global; ≥ Zsc -2 e ≤ Zsc +2: Peso adequado para idade; > +2 Zsc: Peso elevado para a idade);

*Teste de χ^2 de Pearson e ** Teste de Likelihood Ratio para a comparação das prevalências entre as variáveis apresentadas (idade estratificada, sexo, meio de residência; nível de pobreza; nível de instrução do representante do agregado familiar e por ilhas);

Tabela 10: Estado nutricional da população em geral por Concelhos. Cabo Verde 2015

	ESTADO NUTRICIONAL APLICADO A POPULAÇÃO EM GERAL		
	MAGREZA	EXCESSO DE PESO	OBESIDADE
Nacional	6,2% [5,9-6,6]	20,4% [19,8-21,0]	7,9% [7,5-8,3]
Ribeira Grande	5,4% [4,1-7,0]	22,2% [19,6-25,0]	6,8% [5,4-8,6]
Paúl	6,3% [4,4-9,0]	15,9% [12,8-19,6]	4,5% [2,9-6,9]
Porto Novo	7,5% [6,1-9,2]	19,6% [17,2-22,2]	5,6% [4,3-7,3]
São Vicente	7,3% [6,4-8,3]	21,3% [19,9-22,8]	8,5% [7,6-9,5]
Ribeira Brava	4,4% [3,2-6,1]	23,4% [20,4-26,8]	7,9% [6,1-10,2]
Tarrafal de SN	6,3% [4,5-8,8]	22,9% [19,6-26,6]	9,0% [6,9-11,8]
Sal	4,6% [3,6-5,9]	24,9% [22,6-27,4]	9,8% [8,2-11,6]
Boavista	5,9% [4,7-7,3]	22,9% [20,6-25,4]	9,0% [7,5-10,7]
Maio	8,9% [7,1-11,0]	18,5% [16,0-21,3]	7,1% [5,5-9,0]
Tarrafal	6,8% [5,0-9,1]	17,4% [14,6-20,7]	5,8% [4,2-7,9]
Santa Catarina	5,7% [4,7-6,8]	19,2% [17,5-21,1]	6,9% [5,9-8,2]
Santa Cruz	5,8% [4,4-7,5]	20,2% [17,7-22,9]	9,2% [7,4-11,3]
Praia	5,9% [5,1-6,8]	21,0% [19,5-22,5]	9,2% [8,2-10,3]
São Domingos	6,4% [4,2-9,7]	17,4% [13,7-22,0]	7,7% [5,4-11,1]
São Miguel	8,1% [5,6-11,4]	17,6% [13,9-21,9]	6,4% [4,1-9,7]
São Salvador do Mundo	4,1% [2,5-6,5]	17,0% [13,8-20,6]	4,8% [3,1-7,3]
São Lourenço dos Órgãos	5,5% [3,8-7,9]	22,3% [18,8-26,2]	7,4% [5,2-10,5]
Ribeira Grande de Santiago	5,9% [4,3-8,2]	18,1% [15,1-21,6]	6,1% [4,4-8,5]
Mosteiros	5,5% [3,9-7,7]	18,1% [15,1-21,6]	8,7% [6,8-11,3]
São Filipe	7,4% [6,1-9,1]	19,7% [17,5-22,1]	5,9% [4,7-7,5]
Santa Catarina do Fogo	6,8% [5,0-9,3]	19,2% [16,1-22,7]	6,8% [5,0-9,4]
Brava	7,0% [5,5-8,8]	17,3% [15,0-20,0]	4,7% [3,5-6,3]

Fonte: INE, IDRF, 2015

^a Estado Nutricional aplicado a população em geral;^b Estado Nutricional em crianças menores de 5 anos (DC: Desnutrição Crónica Global; DA: Desnutrição Aguda Global; IP: Insuficiência ponderal Global; +1 < Zsc ≤ +2: Risco de excesso de peso e > +2 Zsc: Pré obesidade – incluindo obesidade, utilizando o Índice peso para a estatura);**Legenda:** %p [IC95% (Prevalência ponderada [Intervalo de Confianças de 95%]);Teste de χ^2 de Pearson para a comparação das prevalências entre os concelhos, com $p < 0,05$.

Tabela 11: Estado nutricional das crianças menores de 5 anos por concelho. Cabo Verde 2015

	ESTADO NUTRICIONAL EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS				
	DESNUTRIÇÃO CRÔNICA GLOBAL	DESNUTRIÇÃO AGUDA GLOBAL	INSUFICIÊNCIA PONDERAL GLOBAL	RISCO DE SOBREPESO	PRÉ-OBESIDADE
Nacional	11,8% [10,9-12,7]	3,0% [2,5-3,6]	4,0% [3,5-4,5]	17,6% [16,5-18,7]	8,9% [8,0-9,8]
Ribeira Grande	5,5% [2,7-10,9]	5,7% [2,8-11,2]	2,8% [0,7-10,8]	22,5% [17,3-28,7]	10,9% [7,7-15,2]
Paúl	10,6% [6,0-18,1]	3,3% [0,4-20,4]	6,3% [1,5-22,9]	14,7% [7,5-26,9]	13,0% [13-13]
Porto Novo	12,2% [8,8-16,7]	1,2% [1,2-1,2]	2,2% [0,5-8,5]	11,3% [8,5-14,8]	3,1% [3,1-3,1]
São Vicente	6,0% [4,9-7,5]	2,9% [1,9-4,5]	2,2% [1,5-3,3]	16,9% [14,1-10,2]	10,1% [8,5-11,9]
Ribeira Brava	5,3% [1,9-13,9]	4,4% [2,2-8,4]	4,2% [4,2-4,2]	13,3% [13,3-13,3]	5,4% [5,4-5,4]
Tarrafal de SN	10,3% [5,7-18,0]	3,7% [0,9-14,0]	3,7% [1,3-10,0]	23,0% [15,8-32,0]	10,3% [6,5-15,9]
Sal	6,0 [3,5-10,2]	---	2,2% [1,3-3,6]	23,7% [19,2-28,8]	8,1% [5,6-11,7]
Boavista	13,7% [11,0-17,1]	2,2% [1,1-4,5]	6,1% [4,2-8,8]	16,6% [14,1-19,4]	10,8% [8,7-13,2]
Maio	14,9% [11,8-18,7]	---	3,5% [3,5-3,5]	25,8% [20,5-32,1]	7,5% [5,5-10,1]
Tarrafal	15,3% [12,4-18,8]	1,8% [0,2-11,8]	3,2% [1,3-7,4]	16,5% [10,8-24,6]	13,4% [8,4-20,8]
Santa Catarina	13,8% [11,1-17,1]	1,8% [0,8-4,0]	2,3% [2,3-2,3]	18,2% [14,9-21,9]	8,8% [6,4-11,9]
Santa Cruz	16,1% [13,1-19,7]	3,3% [1,4-7,5]	5,3% [3,5-8,0]	17,5% [12,2-24,6]	11,0% [6,7-17,5]
Praia	12,6% [10,5-15,1]	4,1% [2,9-5,7]	5,7% [4,5-7,3]	13,7% [11,4-16,3]	8,2% [6,9-9,8]
São Domingos	4,4% [4,4-4,4]	3,1% [3,1-3,1]	1,5% [1,5-1,5]	7,7% [7,7-7,7]	9,8 [1,9-38,7]
São Miguel	15,6% [10,0-23,7]	---	6,5% [4,2-9,9]	34,6% [27,8-42,2]	13,0% [6,9-23,1]
São Salvador do Mundo	11,4% [6,9-18,2]	---	5,8% [3,0-11,1]	19,3% [19,3-19,3]	7,9% [7,9-7,9]
São Lourenço dos Órgãos	15,8% [9,7-24,8]	---	---	11,8% [7,7-17,8]	9,5% [3,4-24,0]
Ribeira Grande de Santiago	12,9% [9,4-17,5]	2,5% [2,5-2,5]	6,3% [3,3-11,7]	25,7% [19,0-33,7]	5,1% [5,0-5,1]
Mosteiros	12,5% [8,2-18,7]	2,2% [2,2-2,2]	3,7% [3,7-3,7]	14,4% [10,9-18,8]	10,4% [10,4-10,4]
São Filipe	13,5% [10,6-17,1]	11,1% [7,9-15,3]	3,5% [1,7-6,9]	20,4% [16,2-25,3]	5,1% [5,1-5,1]
Santa Catarina do Fogo	19,3% [11,5-30,6]	2,1% [2,1-2,1]	5,4% [2,5-11,6]	14,7% [10,4-20,4]	3,7% [1,2-10,8]
Brava	18,4% [14,5-23,0]	4,1% [2,1-7,8]	7,2% [4,3-11,8]	16,1% [12,8-20,2]	7,5% [5,1-10,9]

Fonte: INE, IDRF, 2015

^a Estado Nutricional aplicado a população em geral;^b Estado Nutricional em crianças menores de 5 anos (DC: Desnutrição Crônica Global; DA: Desnutrição Aguda Global; IP: Insuficiência ponderal Global; +1 < Zsc ≤ +2: Risco de excesso de peso e > +2 Zsc: Pré obesidade – incluindo obesidade, utilizando o Índice peso para a estatura);**Legenda:** %p [IC95% (Prevalência ponderada [Intervalo de Confianças de 95%]);Teste de χ^2 de Pearson para a comparação das prevalências entre os concelhos, com $p < 0,05$.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Development Initiatives, 2017. Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs. Bristol, UK: Development Initiatives.
2. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017; WHO 2017; UNICEF 2016; WHO Global Health Observatory data repository and NCD Risk Factor Collaboration; Mozaffarian et al, 2014; Zhou B et al, 2017.
3. FAO. Programme d'action mondial sur la sécurité alimentaire et la nutrition dans les petits États insulaires en développement. Disponible en www.fao.org/publications. 2017. Rome, Italie.
4. The World Bank. The double burden of malnutrition - A Review of Global Evidence. 2012.
5. ACF. Les modèles conceptuels en malnutrition infantile fondement DE l'approche ACF en santé mentale et pratiques de soins. 2012.
6. International Food Policy Research Institute. 2016. Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030. Washington, DC. .
7. FAO. 2017. Vue d'ensemble régionale de la sécurité alimentaire et la nutrition. Le lien entre les conflits et la sécurité alimentaire et la nutrition: renforcer la résilience pour la sécurité alimentaire, la nutrition et la paix.
8. Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition (2016). Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century.
9. USAID. *The 1,000-day window of opportunity: technical guidance brief*. Disponible en <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/nutrition/1000-day-window-opportunity>.
10. Black R, et al., Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-income and Middle-income Countries, Maternal and Child Nutrition 1, Lancet 2013.
11. Semedo RM, Santos MM, Baiao MR, Luiz RR, da Veiga GV. Prevalence of anaemia and associated factors among children below five years of age in Cape Verde, West Africa. Journal of health, population, and nutrition. 2014; 32(4):646-57.

12. OMS. L'Enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies chroniques au Cap Vert, 2007. Disponível em <http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/riskfactor/en/>.
13. INE. Inquérito às Despesas e Receitas Familiares (Manual do Inquiridor). Cabo Verde, 2015.
14. Lee R, Nieman D. Nutritional Assessment: Sixth Edition. McGraw-Hill Higher Education; 2012.
15. World Health Organization. Training Course on Child Growth Assessment: Interpreting Growth Indicators. Geneva: 2008. .
16. Marfell-Jones, M., Olds, T., Stewart, A. and Carter, L. (2006) International Standards for Anthropometric Assessment. The International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK), Potchefstroom, South Africa.
17. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, Mota J, Teixeira P, Ramos E, Rodrigues S, Vilela S, Oliveira L, Nicola P, Soares S, Andersen LF, Consórcio IAN-AF. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório metodológico. Universidade do Porto, 2017. ISBN: 978-989-746-180-4. Disponível em: www.ian-af.up.pt. .
18. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organization technical report series. 2000; 894:i-xii, 1-253.
19. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 854. Geneva, World Health Organization, 1995.
20. De Onis M (2015). Curvas de Referência da Organização Mundial da Saúde. Em Maria Laurie Frelut (Ed.), The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. Recuperado de ebook.ecog-obesity.eu.
21. Camarinha B, Graca P, Nogueira PJ. [Prevalence of Pre-Obesity/Obesity in Pre and Basic School Children at Vila Nova de Gaia, Portugal]. Acta medica portuguesa. 2016; 29(1):31-40.
22. WHO Anthro 2005, Beta version Feb 17th, 2006: Software for assessing growth and development of the world's children. Geneva: WHO, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/software/en/>).

23. Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007; 85(9):660-7.
24. WHO: World Health Organization. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992) Supplement. 2006; 450:76-85.
25. Lawman, Hannah G. et al. "Comparing Methods for Identifying Biologically Implausible Values in Height, Weight, and Body Mass Index Among Youth." *American Journal of Epidemiology* 182.4 (2015): 359–365. PMC. Web. 29 Apr. 2018.
26. Mei Z, Grummer-Strawn LM. Standard deviation of anthropometric Z-scores as a data quality assessment tool using the 2006 WHO growth standards: a cross country analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007; 85(6):441-8.
27. Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA – Lei nº 50/VIII/2013, do B.O. I Série, nº 70, de 26 de Dezembro. Governo de Cabo Verde. Disponível em <https://www.dol.gov.ilab/submissions/pdf/CaboVerde20141204.pdf>.
28. Lake JK, Power C, Cole TJ. Women's reproductive health: the role of body mass index in early and adult life. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*. 1997; 21(6):432-8.
29. Amugsi DA, Dimbuene ZT, Mberu B, Muthuri S, Ezech AC. Prevalence and time trends in overweight and obesity among urban women: an analysis of demographic and health surveys data from 24 African countries, 1991–2014. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017344. doi:10.1136/bmjopen-2017-017344.
30. Agyemang C, Boatemaa S, Frempong GA, de-Graft Aikins A. Obesity in sub-Saharan Africa. In: Ahema R, editor. *Metabolic Syndrome: A Comprehensive Textbook*. Cham: Springer International Publishing; 2015. p. 41–53.
31. Koyuncuoğlu Güngör N. Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*. 2014;6(3):129-143. doi:10.4274/jcrpe.1471.
32. Luder, E. The underweight adolescent. Chapter VIII, p.VIII 93-100.

33. KHABAZKHOOB M, EMAMIAN MH, HASHEMI H, SHARIATI M, FOTOUHI A. Prevalence of Overweight and Obesity in the Middle-age Population: A Priority for the Health System. *Iranian Journal of Public Health*. 2017;46(6):827-834.
34. Hajek A, Lehnert T, Ernst A, et al. Prevalence and determinants of overweight and obesity in old age in Germany. *BMC Geriatrics*. 2015;15:83. doi:10.1186/s12877-015-0081-5.
35. Dop MC, Pereira C, Mistura L, Martinez C, Cardoso E. 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*. 2012; 33(3 Suppl):S221-7.
36. INE. Inquérito às Despesas e Receitas Familiares (Resultados provisórios). Cabo Verde, 2015.
37. INE. Cabo Verde, Anuário Estatístico, 2016.
38. Delavari M, Sørderlund AL, Swinburn B, Mellor D, Renzaho A. Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries – a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13(1):458.
39. Ziraba AK, Fotso JC, Ochako R. Overweight and obesity in urban Africa: A problem of the rich or the poor? *BMC Public Health*. 2009; 9(1):465.
40. FAO. Indicateurs de nutrition pour le développement. Rome, 2004.
41. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2015;4(2):187-192. doi:10.4103/2249-4863.154628.
42. Biro FM, Wien M. Childhood obesity and adult morbidities. *The American journal of clinical nutrition*. 2010; 91(5):1499s-505s.
43. INE. QUIBB: Questionário unificado de indicadores básicos de bem-estar. Cabo Verde, 2006.