

OBESIDADE INFANTIL EM PORTUGAL

Isabel Maria Santos Almeida¹;

Instituto Português da Lusofonia – ERISA, Lisboa, Portugal.

Unidade Local de Saúde Santa Maria; Lisboa, Portugal.

Marisa Martins Marques²;

Unidade Local de Saúde Santa Maria; Lisboa, Portugal.

Helena Cristina dos Santos Gonçalves Bastos Melo³;

Instituto Português da Lusofonia – ERISA, Lisboa, Portugal.

Maria Teresa Cortes Moreira Carneiro⁴.

Instituto Português da Lusofonia – ERISA, Lisboa, Portugal.

RESUMO: A obesidade infantil, tem aumentado a sua prevalência de forma marcada nas sociedades desenvolvidas. O aumento do sedentarismo, a ingestão crescente de “fastfood” e diminuição da atividade física, estão entre alguns dos agentes causais desta realidade. Este trabalho permitiu aprofundar conhecimentos sobre a temática, bem como perceber a realidade numa escola do parque escolar da área de influência da unidade, que será posteriormente confrontada com o mesmo levantamento realizado às crianças da nossa instituição. Percebemos que temos um longo caminho a percorrer, mas que esse caminho tem que se começar hoje de forma sustentada e com a mobilização de diferentes áreas da comunidade, para que possamos em conjunto mudar o rumo das nossas crianças face à obesidade infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade infantil. Intervenções. Prevenção.

CHILDHOOD OBESITY IN PORTUGAL

ABSTRACT: Childhood obesity has increased significantly in developed societies. Increased sedentary lifestyles, increased consumption of fast food, and decreased physical activity are among the contributing factors. This work allowed us to deepen our understanding of the topic and to understand the reality at a school within the school's catchment area, which will later be compared with the same survey conducted with children at our institution. We understand that we have a long way to go, but that this journey must begin today, sustainably, with the mobilization of different areas of the community, so that together we can change the course of our children's struggles with childhood obesity.

KEYWORDS: Childhood obesity. Interventions. Prevention.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crónica, segundo a OMS e é a mais prevalente em todo o mundo. Trata-se de uma síndrome complexa e multifatorial que origina alterações físicas e psicossociais graves.

A sua prevalência global da obesidade de crianças e jovens aumentou em 244%, entre 1990 e 2021 (Kerr, 2025).

Na infância, a obesidade, é responsável pela degradação da qualidade de vida nas crianças e jovens com encurtamento da esperança de vida pelas complicações que lhe estão associadas, uma vez que a sobrecarga ponderal na infância predispõe para a obesidade na idade adulta.

A avaliação do IMC está preconizada pela OMS uma vez que está fortemente relacionado com o excesso de peso, sendo, no entanto, a utilização de tabelas adaptadas dado que devido ao crescimento contínuo os valores são variáveis.

Na União Europeia, Portugal ocupa o 6º lugar com uma prevalência superior a 30% de excesso de peso ou obesidade.

OBJETIVO

Aprofundar conhecimentos sobre a temática bem como os recursos existentes para ajudar na gestão da situação e promover, nas crianças, adolescentes e pais, a consciencialização sobre esta problemática e como atuar face à mesma.

METODOLOGIA

Para aprofundar esta temática resolvemos recorrer à literatura e realizar uma revisão da mesma, para posterior comparação com dados obtidos através da aplicação de um questionário sobre os hábitos alimentares das crianças do 4º ano de uma escola da área de influência da unidade. Às crianças, cujos pais deram consentimento, foi também feita a avaliação do IMC.

A perceção da realidade no nosso país e a importância dos fatores familiares, sociais e económicos, nesta problemática permitem uma abordagem mais sensível às reais necessidades das famílias a quem prestamos cuidados globais e holísticos.

ENQUADRAMENTO

Podemos classificar o excesso de peso e obesidade de acordo com a OMS (2006) e entre os 5 e os 18 anos considera-se excesso de peso quando o IMC se encontra acima do percentil 85 e obesidade quando este é superior a 97%, estando ainda contempla a obesidade severa em crianças com um IMC no percentil superior a 99%.

De acordo com o Global Obesity observatory (2024), em Portugal, os dados de 2024, apontam para uma percentagem de excesso de peso e obesidade de respetivamente 17% e 14%, sendo que entre 2018 e 2024 observou-se um aumento na percentagem da obesidade em um incremento de 2%.

Rocha et al (2025), no seu trabalho de revisão bibliográfica constataram que a obesidade infantil constitui um problema global.

Alguns trabalhos apontam para taxas de excesso de peso / obesidade de 20,3% de excesso de peso e 11,3% de obesidade nas crianças entre os 7 e 10 anos de idade. Se formos analisar crianças entre os 11 e os 13 anos observamos 12,9% de excesso de peso e 2,6% de obesidade. Relativamente à percentagem de obesidade na idade adulta 33,33% das crianças obesas com menos de 6 anos, 50% das crianças entre os 6 e 11 anos e 80% de adolescentes obesos, serão obesos na idade adulta.

Um outro dado interessante e que importa contemplar é o número de progenitores obesos, sabendo que se 1 dos progenitores for obeso a criança tem 50% de probabilidade de desenvolver obesidade e se os 2 progenitores forem obesos essa probabilidade aumenta para 80% nas crianças.

-Relativamente às causas desta doença, 95 a 97% dos casos de obesidade infantil têm causa primária ou nutricional que tem origem em múltiplos balanços energéticos positivos, e apenas 5 a 25% têm causa genética o que demonstra que a hereditariedade tem um papel importante.

As principais comorbilidades descritas e atribuíveis à obesidade são:

Hipertensão, sendo que o risco desta patologia está proporcionalmente relacionado com o grau de obesidade, constituindo um fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão.

Os valores tensionais variam de acordo com a idade, sexo, etnia e excesso de peso/ obesidade.

Pré diabetes ou Diabetes tipo 2, verificam-se em caso de glicémias de jejum com valores entre 100 e 140mg/dl, sendo que não existe consenso quanto à aplicabilidade da avaliação da Hemoglobina A1C.

Dislipidemia, a avaliação da ficha lipídica está recomendada a todas as crianças e adolescentes com obesidade desde os 6 anos de idade.

Relativamente ao colesterol total os valores entre 170 mg/dl e 199mg/dl constituem risco moderado e em casos de valores superiores a 200 mg/dl consideram-se crianças com risco elevado.

Estudos recentes demonstram que triglicéridos elevados e colesterol HDL reduzido estão associados à resistência à insulina e lesão inicial em órgãos como o coração, fígado e carótidas.

A prevalência de dislipidemia nas crianças obesas situa-se entre 40 a 50,4% de acordo com alguns estudos (Valerio et al, 2018).

Complicações gastrointestinais: esteatose hepática não alcoólica, em concordância com Valerio (2018), deve realizar-se avaliação das transaminases e ecografia hepática em crianças obesas com mais de 6 anos de idade, sendo que em 38 a 46% dos casos das

crianças obesas, existem alterações da função hepática ou do órgão.

Pirose, regurgitação e dor epigástrica, rondam os 13 a 15% de incidência nestas crianças.

Complicações respiratórias, estão presentes nestas crianças com uma prevalência considerável, nomeadamente Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) que se verifica entre 13 a 59% nas crianças obesas. Acredita-se que a severidade desta síndrome está fortemente relacionado com o excesso de peso.

Complicações respiratórias: SAOS está presente em 13 a 59% das crianças obesas. A sua severidade está fortemente ligada ao excesso de peso. Como sinais e sintomas, ressonar/respiração ruidosa, pausas respiratórias, respiração pela boca, cefaleia ao despertar que pode permanecer durante o dia, sonolência, incapacidade de concentração, baixo desempenho escolar, hiperatividade e déficits cognitivos

Síndrome de hipoventilação é definida com uma PaCO₂ superior a 45mmHg e uma PaO₂ inferior a 70mmHg. Na presença de sinais respiratórios e caso a saturação de oxigénio seja inferior a 95%, está preconizado a realização de gasometria arterial.

No caso de suspeita de asma e outras disfunções ventilatórias devem ser realizadas PFR e teste de 6 min marcha.

A polissonografia noturna constitui o melhor meio de fazer o diagnóstico das alterações no sono.

Complicações ortopédicas, a obesidade e o sedentarismo têm implicações diretamente na morfologia das cartilagens ósseas e no crescimento ósseo, levando a graves consequências ortopédicas que podem causar dor, limitação na amplitude do movimento, deformação óssea com alteração na marcha e pé plano.

Complicações renais, a obesidade pode ser responsável por alterações na função renal, nomeadamente glomeropatia, que pode aumentar o risco de insuficiência renal.

Hipertensão intracraniana idiopática, rara, mas potencialmente perigosa, podendo causar perda de visão permanente.

A alimentação na gestação, o aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis nos primeiros anos de vida, bem como a atividade física têm um efeito modulador na obesidade.

No entanto o que se observa é um decréscimo na prática de exercício físico, especialmente marcado nas crianças com idades entre 6 e 10 anos e mais acentuada nas populações mais vulneráveis, como descreve Da Silva et al (2021). Se a esta realidade acrescentarmos os ambientes que cada vez mais contribuem para o sedentarismo e para a ingestão de alimentos ultra processados, facilmente percebemos a importância da

necessidade de uma intervenção o mais precoce possível e multisectorial no combate a esta patologia.

De acordo com Pelegrini et al (2021), a infância constitui uma etapa crucial na consolidação de comportamentos saudáveis, nomeadamente prática de atividade física regular e uma alimentação saudável e equilibrada.

RESULTADOS

De uma amostra de 126 crianças pertencentes ao 4º ano, de uma escola em Lisboa foi aplicado um questionário sobre hábitos alimentares e avaliação de IMC. Desta amostra obtivemos 64 consentimentos. Dos dados obtidos destacamos que 7 crianças apresentam obesidade e 10 crianças sobrepeso, o que corresponde a 26,5% das crianças avaliadas apresentam sobrepeso ou obesidade, sendo estes valores extremamente preocupantes. Se observarmos por género podemos perceber que tanto o sobrepeso como a obesidade estão mais presentes nos meninos.

Relativamente ao questionário sobre os hábitos alimentares verificamos que a grande maioria refere ter uma alimentação saudável (53%) e 46,9% considera que apenas às vezes faz uma alimentação saudável e equilibrada. 53% das crianças comem 2 ou menos peças de fruta por dia e 26,5% das crianças muitas vezes sai de casa sem tomar o pequeno almoço.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A obesidade infantil é uma realidade, na nossa sociedade e apresenta uma tendência crescente que não demonstra abrandamento. Crê-se que entre 2021 e 2050, esta patologia tenha um incremento de 120% de prevalência nas crianças e jovens a nível global (Kerr, 2025).

Com a crescente consciência de que a alimentação in útero é muito importante, tem sido reforçada a educação para a saúde, nesta área às grávidas da nossa unidade.

O conhecimento dos fatores que concorrem para a obesidade infantil, bem como a análise dos hábitos alimentares da família contribui para uma maior individualização dos cuidados. A importância dos hábitos alimentares na 1ª infância bem como a sensibilização para a prática de exercício físico são estratégias determinantes na prevenção da obesidade infantil, sendo imprescindível reforçar a educação para a saúde nesta temática no âmbito das consultas de Saúde Infantil.

Cada vez mais se compreende que para a obtenção da redução destes níveis é necessário coexistirem políticas coletivas e mudanças de estilo de vida individuais e da família, que por vezes implica uma intervenção muito demorada, sendo difícil esta articulação entre os serviços de saúde e as famílias.

A nível governamental é importante o desenvolvimento de algumas políticas que visem atuar no controle de algumas determinantes comerciais da obesidade. São exemplo disto o marketing, o preço dos alimentos bem como o lobby da indústria alimentar, tornando

importante que cada país desenvolva as suas estratégias de acordo com a sua realidade social.

A intervenção deve ser multifatorial e dirigida a toda a família, bem como a compreensão da dinâmica familiar, hábitos de exercício e alimentação, bem como as crenças é fundamental para que possamos intervir de forma diferenciada e dirigida às reais necessidades daquela família em específico.

A inclusão de todos os elementos, bem como a compreensão dos hábitos alimentares permite que os cuidados sejam mais individualizados e mais eficazes na abordagem holística que esta patologia exige.

Neste sentido realizámos no dia da aplicação do questionário e avaliação do IMC, a entrega de um folheto sobre hábitos alimentares saudáveis a todas as crianças, independentemente do seu IMC, para reforçar a temática da importância de uma alimentação saudável, evitando assim a segregação dos alunos com IMC superior à normalidade.

A intervenção tem ainda de ser multiprofissional para que as vertentes, físicas, psicológicas, sociais e económicas sejam integradas no plano de cuidados.

É imprescindível reforçar a educação para a saúde nesta temática no âmbito das consultas.

CONCLUSÃO

A consciencialização por parte dos profissionais de saúde para a necessidade da abordagem multifatorial da obesidade infantil é determinante para a prevenção desta doença crónica.

A importância de um trabalho em equipa em que a família é o elo central e em torno dela todas as decisões são tomadas, com respeito pela autodeterminação da mesma, permite que a intervenção seja mais eficaz e traduza resultados mais positivos, na abordagem desta temática.

O aumento progressivo da prevalência desta doença, implica que as equipas de saúde se adaptem e realizem intervenções inclusivas, mantendo e respeitando o poder de decisão que está sempre no agregado familiar.

O compreender dessa dinâmica traduz-se no ponto de entrada para uma intervenção eficaz. A necessidade de uma abordagem de mudança de estilo de vida, enquadrando a realidade de cada família e adequando a intervenção às reais necessidades e capacidades familiares, capacidades essas físicas, emocionais, económicas e sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aparício G.; Cunha M.; Albuquerque C.; Bonito J.; Franco V., Oliveira A.; Leal I.; Breda J.; Pereira A. **Obesidade infantil: contextualização no mundo e em Portugal**. Diálogos dentro da psicologia. Edições Aloatro (2011). ISBN: 978-989-8408- 02-0.

- COSI Portugal- relatório de 2019. Disponível em: <https://reportorio.insa.pt/handle/10400.18/> Acedido em novembro 2024.
- DA SILVA, Érica Jamile et al. **Políticas públicas de combate à obesidade infantil uma visão do Brasil e do mundo**. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 1, p. 2416-2425, 2022
- **Global obesity report** (2024) disponível em <https://data.worldobesity.org/surveys/1-who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi/> Acedido em 09-09-2025.
- Kerr, Jessica A et al.(2025) **Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity**, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet, Volume 405, Issue 10481, 785 – 812
- PELEGRI, Andreia et al. **Prevalence of overweight and obesity in Brazilian children and adolescents: a systematic review**. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, v. 23, p. e80352, 2021.
- Rito A, et al – **Impacto de uma década de um programa de base comunitária em meio escolar: na obesidade infantil em Portugal**. Ata Portuguesa de Nutrição 21 (2020) 14-18.
- Valerio, G., Maffei, C., Saggese, G. et al. **Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics**. *Ital J Pediatr* **44**, 88 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0525-6>