PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

2020

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

40 ANOS SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 1979-2019

120 DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

2020

FICHA TÉCNICA
Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2020.
ISBN: 978-972-675-313-1

PALAVRAS CHAVE
Alimentação Saudável, Intersectorialidade, Obesidade, Oferta Alimentar, Nutrição

EDITOR
Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

AUTOR
Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
Maria João Gregório, Sofia Mendes de Sousa, Diana Teixeira.
Com a colaboração de Beatriz Ferreira, Inês Figueira, Margarida Taipa, Margarida Bica, Teresa Amaral e Pedro Graça.

Lisboa, outubro 2020

Índice

Resumo em Linguagem Clara 11

Summary in Plain Language 11

1. Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde 13

2. Introdução 14

3. Diagnóstico da Situação 15

3.1 Carga da doença associada aos hábitos alimentares inadequados (dados do GBD 2019) 15

3.2 Morbilidade e mortalidade associada à alimentação 18

3.3 REACT-COVID-19 26

3.4 Dados Inquérito Nacional de Saúde 2019 29

3.5 Adesão à Dieta Mediterrânica 30

4. Atividades | 2019-2020 32

4.1 Recolha de informação para a tomada de decisão 32

4.2 Alteração da oferta alimentar 34

4.3 Aumento da literacia alimentar e nutricional 38

4.4 Ações intersectoriais 52

4.5 Capacitação dos profissionais de saúde 53

5. Monitorização das Metas a 2020 61

5.1 Principais medidas implementadas para o alcance das metas a 2020 e resultados obtidos 61

6. Notas finais 69

7. Referências Bibliográficas 70

8. Anexos 72

Índice de Tabelas

Tabela 1. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desnutrição", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2019** 16
Tabela 2. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", Portugal Continental |2013 - 2019** 16
Tabela 3. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019** 17
Tabela 4. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Sarcopenia", Portugal Continental |2013 - 2019** 18
Tabela 5. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Sarcopenia", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019** 18
Tabela 6. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", Portugal Continental |2013 - 2019** 18
Tabela 7. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019** 19
Tabela 8. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Excesso de peso e obesidade no adulto", Portugal Continental |2013 - 2019** 19
Tabela 9. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Pré-obesidade no adulto", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019** 20
Tabela 10. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Obesidade no adulto", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019** 21
Tabela 11. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", Portugal Continental |2013 - 2019** 21
Tabela 12. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019** 21
Tabela 13. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Cirurgia bariátrica", Portugal Continental |2013 - 2019** 22
Tabela 14. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Cirurgia bariátrica", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019** 22
Tabela 15. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Hábitos alimentares inadequados", Portugal Continental |2017 - 2019** 23
Tabela 16. **Proporção da população com 18 ou mais anos com excesso de peso ou obesidade por sexo, Portugal | 2005/2006, 2014 e 2019** 26
Tabela 18. **Metas de saúde a 2020 do PNPAS, respetivos indicadores e valores base** 58
Tabela 19. **Principais Iniciativas implementadas que contribuem para o controlo da prevalência do excesso de peso e obesidade infantil** 59
Tabela 20. **Principais Iniciativas implementadas que contribuem para a redução da quantidade média de sal presente nos principais fornecedores de sal** 61
Tabela 21. **Principais Iniciativas implementadas que contribuem para a redução da quantidade média de açúcar presente nos principais fornecedores de açúcar** 62

Tabela 22. **Principais Iniciativas implementadas que contribuem para a redução da quantidade média de ácidos gordos trans presente nos principais fornecedores de ácidos gordos *trans*** 63
Tabela 23. **Principais Iniciativas implementadas que contribuem para a redução da quantidade média de ácidos gordos trans presente nos principais fornecedores de ácidos gordos *trans*** 64
Tabela 24. **Principais Iniciativas implementadas que contribuem para o aumento do número de pessoas que conhece os princípios da Dieta Mediterrânica** 65

Índice de Figuras

Figura 1. **Percentagem do total de DALYs por fator de risco e doença associada, 2019** 15
Figura 2. **Percentagem do total de DALYs por fator de risco alimentar e doença associada, 2019** 16
Figura 3. **Percentagem do total de mortes por fator de risco e doença associada, 2019** 17
Figura 4. **Percentagem do total de mortes por fator de risco alimentar e doença associada, 2019** 17
Figura 5. **Proporção de utentes com registo de pré-obesidade entre o número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, por região de saúde | 2014-2019** 18
Figura 6. **Proporção de utentes com registo de obesidade entre o número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, por região de saúde | 2014-2019** 18
Figura 7. **Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", Portugal Continental |2013 – 2019** 20
Figura 8. **Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Obesidade no adulto", Portugal Continental (2013 e 2019)** 23
Figura 9. **Alteração dos hábitos alimentares durante o período de contenção social no contexto da COVID-19** 26
Figura 10. **Fatores para a alteração dos hábitos alimentares durante o período de contenção social no contexto da COVID-19** 27
Figura 11. **Risco de insegurança alimentar durante o período de contenção social no contexto da COVID-19** 27
Figura 12. **Padrões de comportamento alimentar durante o período de contenção social no contexto da COVID-19** 27
Figura 13. **Perceção da alteração do peso corporal durante o período de contenção social no contexto da COVID-19** 28
Figura 14. **Acesso e utilidade das orientações produzidas pela DGS na área da alimentação no contexto da COVID-19** 28
Figura 15. **Evolução da prevalência do excesso de peso e da obesidade em Portugal | 2005/2006 – 2019** 29
Figura 16. **Proporção da população com 15 ou mais anos por frequência de consumo de fruta, hortícolas, refrigerantes, carne e peixe, Portugal |2019** 30
Figura 17. **Notoriedade da Dieta Mediterrânica** 31
Figura 18. **Principais características da Dieta Mediterrânica reportadas pelos inquiridos** 31
Figura 19. **Adesão à Dieta Mediterrânica** 31
Figura 20. **Adesão à Dieta Mediterrânica** 32
Figura 21. **Evolução do teor médio de açúcar, por 100g, do total de bebidas analisadas (n=136), bebidas taxadas (n=94) e bebidas não taxadas (n=42) | 2016 - 2020** 34
Figura 22. **Evolução do teor médio de açúcar e do valor energético das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes | 2016 -2020** 35
Figura 23. **Distribuição percentual da concentração de açúcar em bebidas açucaradas taxadas, teor de açúcar (gramas por 100 ml), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.o 42/2016, de 28 de dezembro |2016 - 2020** 35

Figura 24. **Distribuição percentual da concentração de açúcar em bebidas açucaradas taxadas, teor de açúcar (gramas por 100 ml), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.o 71/2018, de 31 de dezembro | 2016 - 2020** 36
Figura 25. **Distribuição percentual da concentração de açúcar em bebidas açucaradas taxadas, teor de açúcar (gramas por 100 ml), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.o 42/2016, de 28 de dezembro | 2016 - 2020** 36
Figura 26. **Distribuição percentual da concentração de açúcar em bebidas açucaradas taxadas, teor de açúcar (gramas por 100 ml), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas após a revisão do imposto em 2019 (análise janeiro 2019 vs dezembro 2019) |2019** 36
Figura 27. **Evolução no consumo de bebidas açucaradas | 2017-2019** 37
Figura 28. **Evolução no total de vendas de bebidas açucaradas | 2017-2019** 37
Figura 29. **Evolução média do preço por litro das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes |2016- 2020** 38
Figura 30. **Percentagem do total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas, na totalidade, por canal e por dia de semana/fim de semana** 39
Figura 31. **Comparação com outros países da percentagem total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas, na TV** 39
Figura 32. **Percentagem do total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas na TV, em comparação com estudos prévios | 2008 vs. 2020** 39
Figura 33. **Percentagem do total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas na TV, em comparação com estudos prévios 2008 vs. 2020** 40
Figura 34. **Percentagem de anúncios que não cumpre com o perfil nutricional definido pela DGS** 40
Figura 35. **Percentagem de anúncios promovidos a alimentos e bebidas, por canal, de acordo com o cumprimento do perfil nutricional definido pela DGS** 40
Figura 36. **Percentagem de anúncios promovidos a alimentos e bebidas, por canal, de acordo com o cumprimento do perfil nutricional definido pela DGS** 41
Figura 37. **Percentagem de anúncios de alimentos dirigidos a crianças** 41
Figura 38. **Top 6 alimentos e bebidas publicitados para as crianças** 41
Figura 39. **Percentagem de anúncios de alimentos dirigidos a crianças** 42
Figura 40. **Percentagem do total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas que não cumpre o perfil nutricional definido pela DGS, por hora** 42
Figura 41. **Percentagem do total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas dirigidos a crianças, por hora** 42
Figura 42. **Percentagem de anúncios promovidos durante os dias de semana** 43
Figura 43. **Marketing digital de alimentos dirigido a crianças** 43
Figura 44. **Percentagem de utilização de técnicas de marketing persuasivas para promover alimentos dirigidos a crianças** 44
Figura 45. **Percentagem de técnicas de persuasão utilizadas tendo em conta o seu público-alvo, de acordo com as categorias de alimentos das marcas analisadas no Instagram** 44
Figura 46. **Cartaz da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida" (2019)** 46
Figura 47. **Resultados do alcance da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida"** 47
Figura 48. **Percentagem de alcance da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida", em função dos seus diferentes elementos audiovisuais** 47

Figura 49. **Fontes de visualização dos cartazes/outdoors da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida"** 48
Figura 50. **Fontes de visualização das imagens diversas da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida"** 48
Figura 51. **Fontes de visualização do vídeo da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida"** 48
Figura 52. **Autorrelato de alteração de crenças sobre o consumo de alimentos, como resultado da exposição à campanha "Comer melhor, uma receita para a vida** 49
Figura 53. **Autorrelato de alteração da perceção da autoeficácia/perceção face à facilidade para aumentar o consumo de alimentos, como resultado da exposição à campanha "Comer melhor, uma receita para a vida** 49
Figura 54. **Autorrelato de alteração de atitudes/comportamentos relativos ao consumo de alimentos, como resultado da exposição à campanha "Comer melhor, uma receita para a vida** 50
Figura 55. **Novo sítio web do PNPAS (alimentacaosaudavel.dgs.pt)** 51
Figura 56. **Evolução do número anual de visualizações do blogue Nutrimento | 2014 - 2019** 51
Figura 57. **Evolução do número anual de visualizações do sítio Web do PNPAS | 2015 -2019** 51
Figura 58. **Evolução anual do número de utilizadores do blogue Nutrimento | 2014 -2019** 52
Figura 59. **Evolução anual do número de utilizadores do sítio Web do PNPAS | 2015 -2019** 52
Figura 60. **Grau de implementação da EIPAS** 53
Figura 61. **Nível de implementação do rastreio nutricional nas unidades hospitalares do SNS** 54
Figura 62. **Serviços/unidades hospitalares onde a implementação do rastreio nutricional é mais frequente** 55
Figura 63. **Profissionais responsáveis pela aplicação do rastreio nutricional** 55
Figura 64. **Percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão hospitalar** 56
Figura 65. **Evolução temporal dos indicadores de desempenho associados à identificação do risco nutricional** 57
Figura 66. **Grau de implementação do rastreio nutricional nas diferentes unidades hospitalares do SNS** 57
Figura 67. **Grau de implementação do rastreio nutricional por região de saúde** 57
Figura 68. **Intervenção alimentar e nutricional no contexto da COVID-19** 59
Figura 69. **Metas de saúde a 2020 do PNPAS** 61
Figura 70. **Prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade infantil (6-8 anos) em Portugal | 2008 - 2019** 62
Figura 71. **Metas estabelecidas para a redução do teor de sal em diferentes categorias de produtos alimentares** 63
Figura 72. **Metas estabelecidas para a redução do teor de açúcar em diferentes categorias de produtos alimentares** 64
Figura 73. **Metas estabelecidas para a redução do teor de ácidos gordos trans em diferentes categorias de produtos alimentares** 65
Figura 74. **Percentagem da população adulta portuguesa que consome fruta e hortícolas diariamente | 2014 - 2019** 66
Figura 75. **Percentagem da população adulta portuguesa que conhece a Dieta Mediterrânica | 2013 - 2020** 67
Figura 76. **Monitorização das metas do PNPAS a 2020** 68

Abreviaturas

AT	Autoridade Tributária e Aduaneira
CHULC	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
COSI	*Childhood Obesity Surveillance Initiative*
DGS	Direção-Geral da Saúde
EIPAS	Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável
FOP-NL	*Front-of-pack nutrition labelling*
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPAS	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Resumo em Linguagem Clara

Este documento apresenta a informação epidemiológica nacional mais recente relativa à área da alimentação, bem como uma descrição das principais atividades realizadas no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde em 2019/2020, bem como uma avaliação das metas de saúde a 2020.

Diagnóstico da situação

- Existe uma tendência crescente da proporção de utentes com registos de pré-obesidade e obesidade nos Cuidados de Saúde Primários, atingindo os 16,7% e os 11,9% a nível nacional em 2019, respetivamente.

- A COVID parece ter contribuído para uma alteração nos hábitos alimentares de uma parte significativa da população nacional inquirida. Quase metade da população inquirida (45,1%) reportou ter mudado os seus hábitos alimentares durante este período e 41,8% tem a perceção de que mudou para pior.

- De acordo com os dados do último Inquérito Nacional de Saúde (2019), divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística, mostram que no total 53,6% da população adulta portuguesa apresentava excesso de peso (pré-obesidade ou obesidade). A obesidade afetava 1,5 milhões de pessoas (16,9%).

Atividades | 2019 – 2020

Ao longo do período em análise, do conjunto de atividades desenvolvidas pelo PNPAS, é notório um forte investimento na avaliação dos resultados das medidas já implementadas. Este período em análise ficou também marcado pela realização da primeira campanha para a promoção da alimentação saudável, intitulada "Comer melhor, uma receita para a vida", enquanto a primeira campanha com uma estratégia de divulgação a 360°. Durante o período de 2019/2020 pode-se destacar:

Summary in Plain Language

This document presents the most recent national epidemiological information related to the area of food, as well as a description of the main activities carried out under the National Program for the Promotion of Healthy Eating (PNPAS) of the Directorate-General for Health in 2019/2020, as well as an assessment of health goals for 2020.

Situational Assessment

- There is a growing trend in the proportion of users with records of pre-obesity and obesity in Primary Health Care, reaching 16.7% and 11.9% at national level in 2019, respectively.

- COVID seems to have contributed to a change in the eating habits of a significant part of the national population surveyed. Almost half of the surveyed population (45.1%) reported having changed their eating habits during this period and 41.8% have the perception that it has changed for the worse.

- According to data from the latest National Health Survey (2019), performed by the National Statistics Institute, show that in total 53.6% of the Portuguese adult population was overweight (pre-obesity or obesity). Obesity affected 1.5 million people (16.9%).

Activities| 2019 – 2020

Throughout the period under analysis, from the set of activities developed by PNPAS, a strong investment in the evaluation of the results of the measures already implemented is notorious. This period under review was also marked by the first campaign to promote healthy eating, entitled "Eating better, a recipe for life", as the first campaign with a 360° dissemination strategy. During the 2019/2020 period, it could be highlighted:

- Definition of the nutrient profile model within the scope of the regulation of food advertising aimed at children under 16 years old and respective monitoring;

- Definição do perfil nutricional no âmbito da regulação da publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos e respetiva monitorização;

- Avaliação do impacto da revisão do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas, no âmbito das alterações introduzidas pela Lei do Orçamento de Estado para 2019;

- Implementação de uma campanha para a promoção da alimentação saudável "Comer melhor, uma receita para a vida" e avaliação do seu impacto;

- Implementação do rastreio nutricional nos cuidados hospitalares e monitorização do seu grau de implementação.

Notas finais

- Ao longo dos últimos anos, o PNPAS implementou um conjunto alargado de medidas para melhorar os hábitos alimentares da população portuguesa, tendo por base as recomendações de boas práticas da Organização Mundial da Saúde e Comissão Europeia e a avaliação do estado nutricional da população portuguesa. Nesse sentido e fruto de um trabalho consistente nos últimos 8 anos, o PNPAS desenvolveu e implementou uma estratégia nacional, apresentando bons indicadores quando se avalia o grau de implementação das "best-buys" propostas pela OMS para a prevenção das doenças crónicas.

- Os resultados preliminares relativos à monitorização das metas de saúde estabelecidas para 2020, mostram que o PNPAS foi capaz de implementar um conjunto concertado de medidas, transversais aos seus 5 eixos de atuação, nas diferentes áreas definidas como metas a 2020. Os resultados obtidos sugerem que as medidas implementadas de forma consistente e concertada nos últimos anos permitiram alcançar algumas das metas definidas.

- Evaluation of the impact of the revision of the excise tax on sugary drinks, within the scope of the changes introduced by the State Budget Law for 2019;

- Implementation of a campaign to promote healthy eating "Eat better, a recipe for life" and assess its impact;

- Implementation of nutritional risk screening in hospital settings and monitoring its degree of implementation.

Final remarks

- Over the past few years, PNPAS has implemented a wide range of measures to improve the eating habits of the Portuguese population, based on the recommendations of best practices of the World Health Organization and the European Commission and taking into account the assessment of the nutritional status of the Portuguese population. In this sense and as a result of consistent work over the past 8 years, PNPAS has developed and implemented a national strategy, presenting good indicators when assessing the degree of implementation of the "best buys" proposed by WHO for the prevention and control of chronic diseases.

- The preliminary results related to the monitoring of the health goals established for 2020, show that the PNPAS was able to implement a concerted set of measures, transversal to its 5 areas of action, in the different areas defined as goals for 2020. The results obtained suggest that the measures implemented in a consistent and concerted way in recent years have allowed to achieve some of the defined goals.

1. Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde

Este relatório, descreve de forma detalhada a atividade do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde (DGS) entre os anos 2019 e 2020. É assim possível ao cidadão, aos profissionais e aos decisores, um escrutínio público das atividades programadas e das atividades levadas a cabo por este programa de saúde prioritário da DGS.

Para além da descrição exaustiva das atividades realizadas é apresentada neste documento inúmera informação que esteve na base de um diagnóstico preliminar da situação. A qualidade e quantidade de dados recolhidos e apresentados publicamente pela primeira vez, é importante para todos os interessados nas questões da alimentação e da nutrição em Portugal. Neste aspeto, o PNPAS tem sido singular nestes últimos anos, apresentando de forma regular e disponibilizando, neste verdadeiro serviço público, inúmera informação de relevo que tem sido utilizada das mais variadas formas científicas e políticas.

De igual modo, o site e o blogue do PNPAS são hoje uma referência incontornável da divulgação de informação de qualidade na área da nutrição em Portugal. A ciência produzida e aqui apresentada, tem quase sempre um propósito. Essa é uma das marcas do PNPAS. A ciência produzida destina-se essencialmente à ajuda da tomada de decisão política, uma área ainda pouco trabalhada entre nós, mas que é essencial para que Portugal seja considerado hoje uma referência na área das políticas alimentares e nutricionais a nível europeu. Aqui inclui-se o estudo NUTRI-HIA – *Improving Nutrition Labelling in Portugal, Health Impact Assessment*, o estudo de avaliação da aplicabilidade do Nutriscore ou os resultados do imposto especial sobre bebidas açucaradas, para citar alguns exemplos.

Para além destes exemplos é importante citar o trabalho realizado em 2020 para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes do SNS. Em particular, a implementação da identificação sistemática do risco nutricional e legislação conexa, que permite às unidades de saúde identificarem os utentes que estão em risco de desnutrição e fazerem um melhor acompanhamento. Mais qualidade no serviço, mas acima de tudo, a capacidade do SNS identificar os cidadãos mais frágeis física e economicamente contribuindo para um sistema de saúde menos desigual e mais humano.

Nesta área, sublinhe-se também os trabalhos conducentes à produção do Manual de Dietas Hospitalares, que visa modificar o paradigma da contratação das refeições hospitalares permitindo mais capacidade de negociação e mais uniformidade na qualidade da oferta alimentar nos hospitais do SNS.

Por fim, sinalizar que no presente ano, afetado fortemente pela pandemia da COVID-19, o PNPAS conseguiu recolher dados sobre o efeito desta doença na alimentação dos portugueses e apresentar um "Modelo de intervenção alimentar e nutricional no contexto da COVID-19". Esta proposta é particularmente relevante na medida em que esta doença afeta mais seriamente as pessoas com patologias de base alimentar como a diabetes, a obesidade ou a hipertensão arterial com forte prevalência na população adulta nacional. Contribuiu-se assim para pensar as questões da alimentação a médio prazo sem descurar a necessária resposta a situações imediatas e agudas que nos afetam de momento.

Concluindo, tal como no passado, o relatório mobiliza um conjunto cada vez mais alargado de interlocutores. Desta forma, a DGS por intermédio do PNPAS, contribui para um modelo de saúde que possa ser discutido e integrado em todas as políticas e para o diálogo necessário entre setores e com os cidadãos.

Outubro de 2020
Graça Freitas, Diretora-Geral da Saúde

2. Introdução

O presente relatório tem como objetivo divulgar a informação epidemiológica nacional mais recente relativa à área da alimentação, bem como informar relativamente à atividade desenvolvida em diferentes áreas de atuação do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde (DGS) e ainda apresentar informação sobre os resultados das medidas implementadas ao longo dos últimos anos.

O PNPAS é um dos 12 Programas Nacionais de Saúde Prioritários, que se desenvolve no âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS), Revisão e Extensão a 2020 e que integra a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas, nos termos do Despacho n.º 6401/2016, de 11 de maio (1). O PNPAS pretende contribuir diretamente para um dos desígnios para 2020 do PNS, a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, em particular a obesidade infantil.

Este relatório encontra-se organizado em 3 grandes capítulos. Um inicial, relacionado com a vigilância epidemiológica, que agrega informação mais atual no contexto da morbilidade e mortalidade associada à alimentação, quer no contexto dos cuidados de saúde primários, quer no contexto dos cuidados hospitalares. Este capítulo inicial descreve ainda os dados mais recentes do último inquérito nacional de saúde com respeito à área da alimentação e obesidade, os resultados de um estudo de âmbito nacional que procurou compreender o impacto da pandemia nos hábitos alimentares da população portuguesa e ainda os resultados de um estudo desenvolvido em 2020 que procurou compreender o conhecimento e o acesso à Dieta Mediterrânica pela população portuguesa.

No segundo capítulo apresentam-se as principais atividades desenvolvidas durante o período de 2019 a 2020, com especial destaque para realização de estudos de avaliação do impacto de algumas das medidas do PNPAS, nomeadamente do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas, da regulação da publicidade alimentar dirigida a crianças e da campanha para a promoção da alimentação saudável "Comer melhor, uma receita para a vida". Das atividades desenvolvidas pelo PNPAS durante o período em análise neste relatório, destaca-se também a publicação do Despacho n.º 7450-A/2019, de 21 de agosto, que determinou o perfil nutricional para efeitos de aplicação da lei que introduz restrições à publicidade alimentar dirigida a crianças, o lançamento da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida" e ainda a implementação do rastreio nutricional nas unidades hospitalares do SNS.

No último capítulo apresenta-se a monitorização do alcance das 6 metas de saúde a 2020 estabelecidas pelo PNPAS, de acordo com o definido nas Orientações Programáticas a 2020 – Modelo de Governação do PNS e Programas de Saúde Prioritários (2).

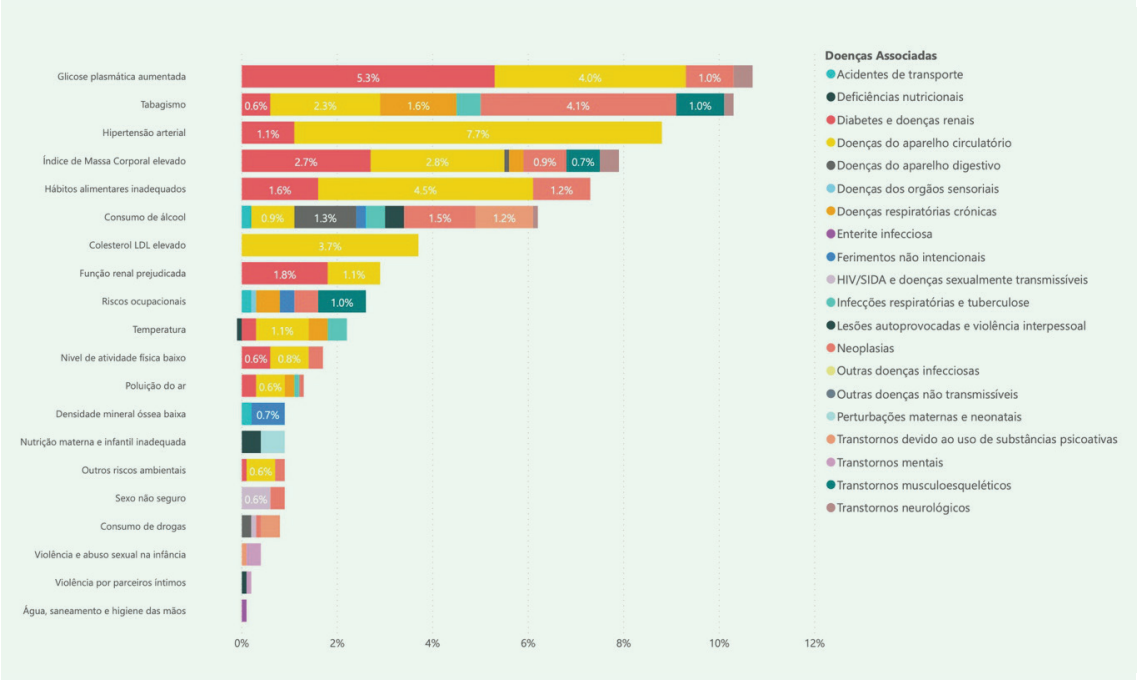
3. Diagnóstico da Situação

Neste capítulo agregam-se os dados de vigilância epidemiológica publicados na área do consumo alimentar durante o período de análise deste relatório.

3.1 Carga da doença associada aos hábitos alimentares inadequados (dados do GBD 2019)

Em 2019, os hábitos alimentares inadequados dos portugueses foram o quinto fator de risco que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável, de acordo com o estudo Global Burden of Disease (GBD). Este fator de risco modificável contribuiu para a perda de anos de vida saudável, devido a doenças do aparelho circulatório (149.739 DALYs; 4,5% do total), diabetes e doenças renais (52.851 DALYs; 1,6% do total), bem como neoplasias (40.977 DALYs; 1,2% do total) (Figura 1). Apesar de em quinto lugar, outros fatores de risco relacionados com os hábitos alimentares, tais como glicose plasmática elevada, hipertensão arterial, índice de massa corporal elevado, consumo de álcool e colesterol LDL elevado, estão entre os fatores de risco que mais contribuíram para a perda de anos de vida saudável em 2019 (Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)).

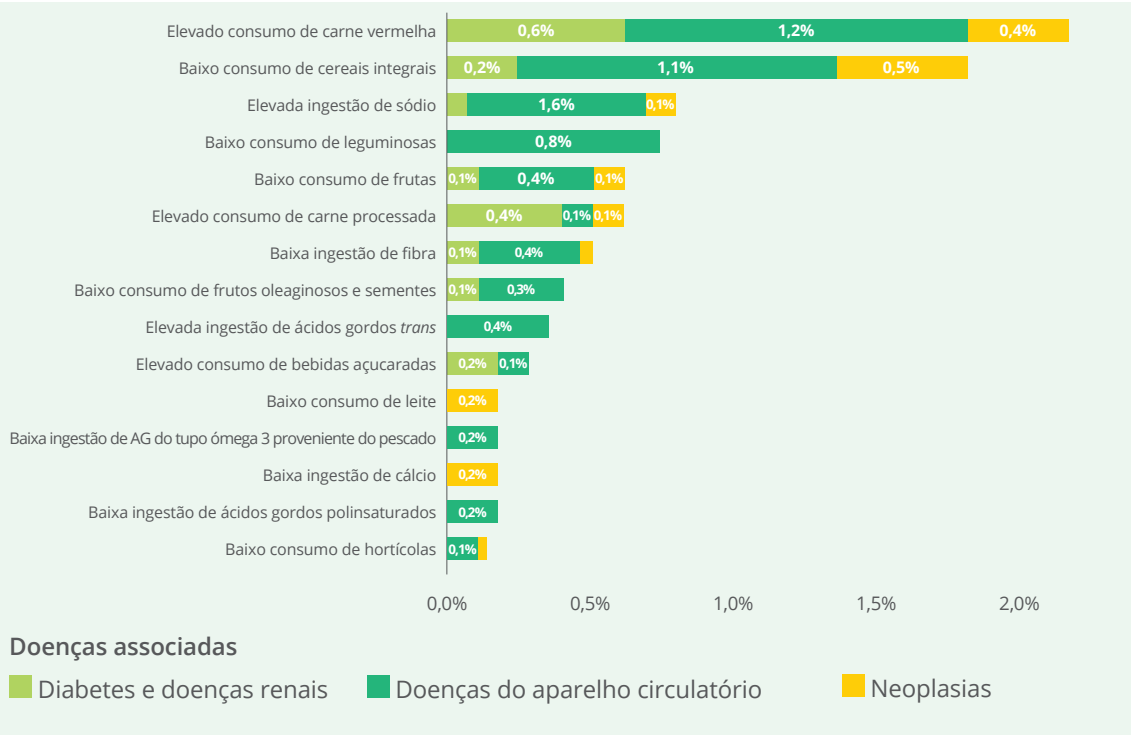
Figura 1. **Percentagem do total de DALYs por fator de risco e doença associada, 2019**



Fonte: GBD 2019, IHME (dados exportados em outubro 2020).

Relativamente aos hábitos alimentares, o elevado consumo de carne vermelha (72.791 DALYs; 2,2 % do total), o baixo consumo de cereais integrais (61.301 DALYs; 1,8 % do total) e a elevada ingestão de sódio (26.973 DALYs; 0,8 % do total), destacam-se como os 3 principais fatores que contribuem para a perda de anos de vida saudável (Figura 2). Estes três fatores são responsáveis por cerca de 161.065 DALYs.

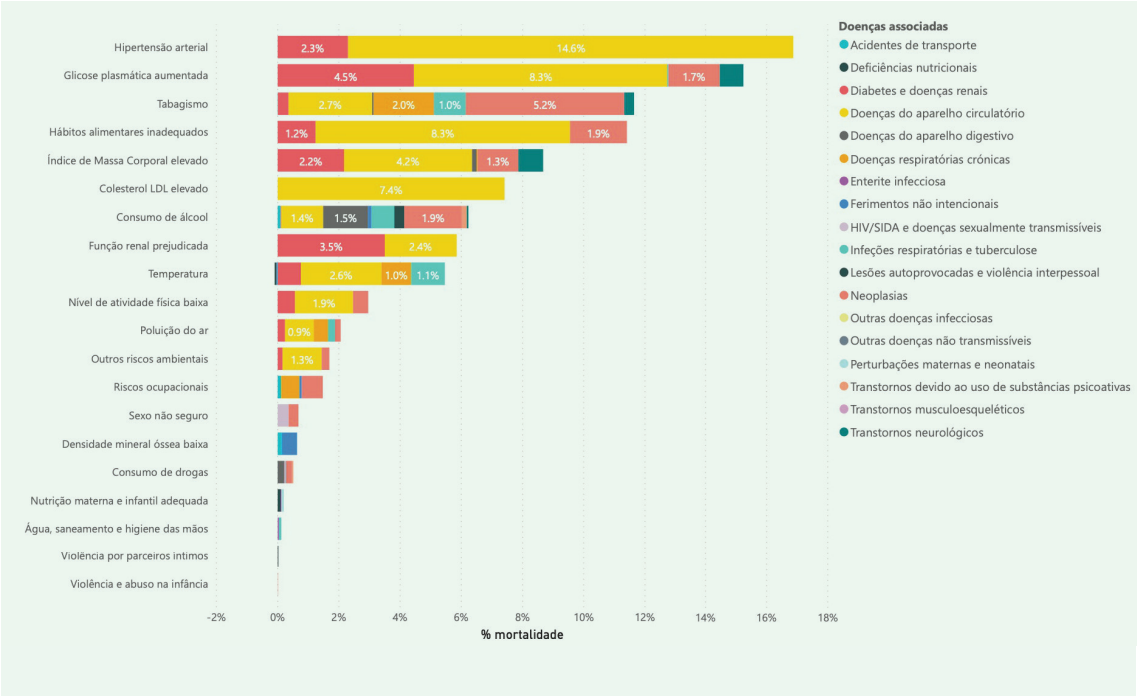
Figura 2. **Percentagem do total de DALYs por fator de risco alimentar e doença associada, 2019**



Fonte: GBD 2019, IHME (dados exportados em outubro 2020)

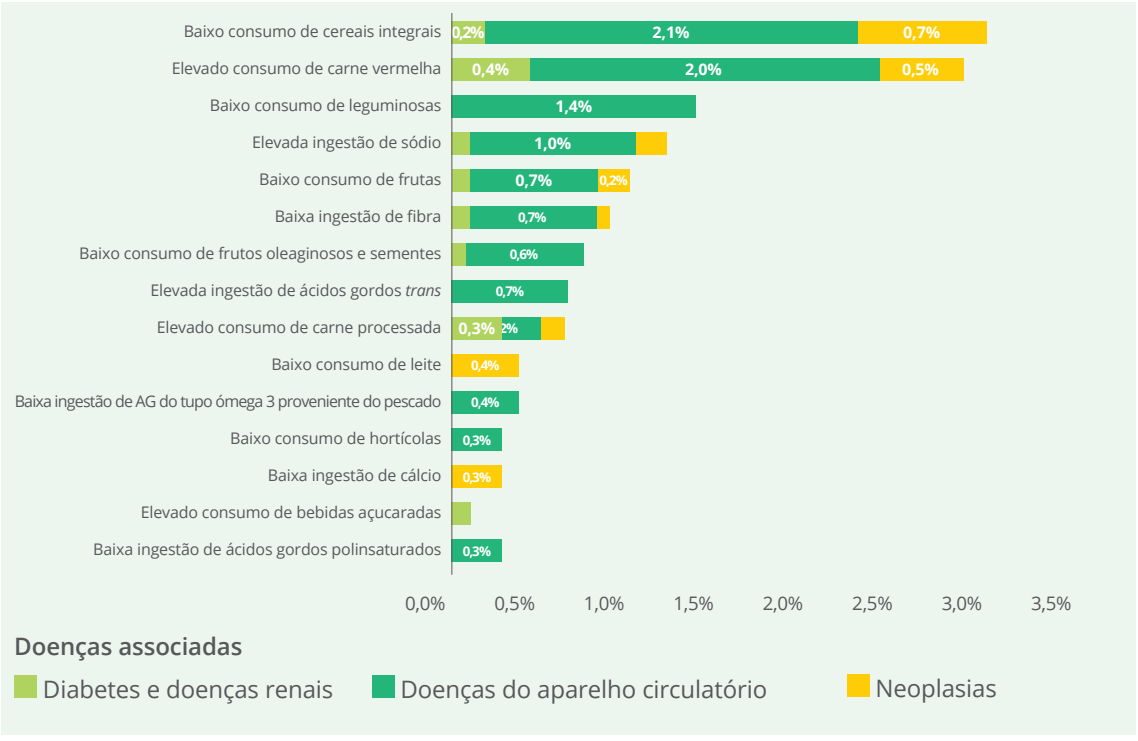
No que diz respeito à mortalidade, os hábitos alimentares inadequados foram o quarto fator de risco que mais contribuiu para o total de mortes (11,4%) (Figura 3). Os fatores de risco alimentares que mais contribuem para o total de mortes por doenças do aparelho circulatório, diabetes, doenças renais e neoplasias são semelhantes aos verificados para a perda de anos de vida saudável, estando o baixo consumo de cereais integrais, leguminas e fruta, o elevado consumo de carne vermelha e elevada ingestão de sódio entre os 5 primeiros fatores de risco alimentares (Figura 4).

Figura 3. **Percentagem do total de mortes por fator de risco e doença associada, 2019**



Fonte: GBD 2019, IHME (dados exportados em outubro 2020)

Figura 4. **Percentagem do total de mortes por fator de risco alimentar e doença associada, 2019**



Fonte: GBD 2019, IHME (dados exportados em outubro 2020)

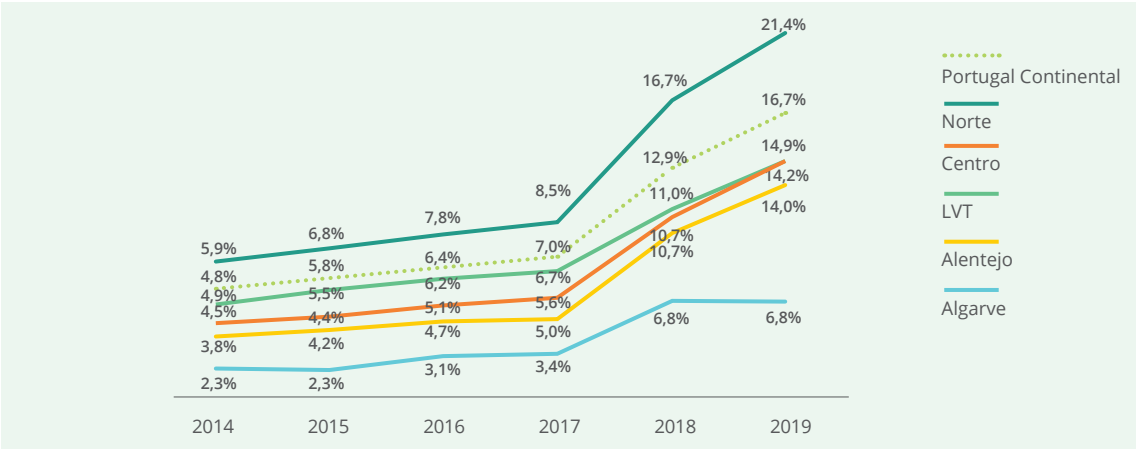
3.2 Morbilidade e mortalidade associada à alimentação

3.2.1 Registo de pré-obesidade e obesidade em utentes dos cuidados de saúde primários

Apesar da obesidade afetar mais de 22% da população nacional, nos utentes dos Cuidados de Saúde Primários, o seu registo ainda é bastante inferior, embora tenha melhorado nos últimos anos, em particular a partir do ano de 2018.

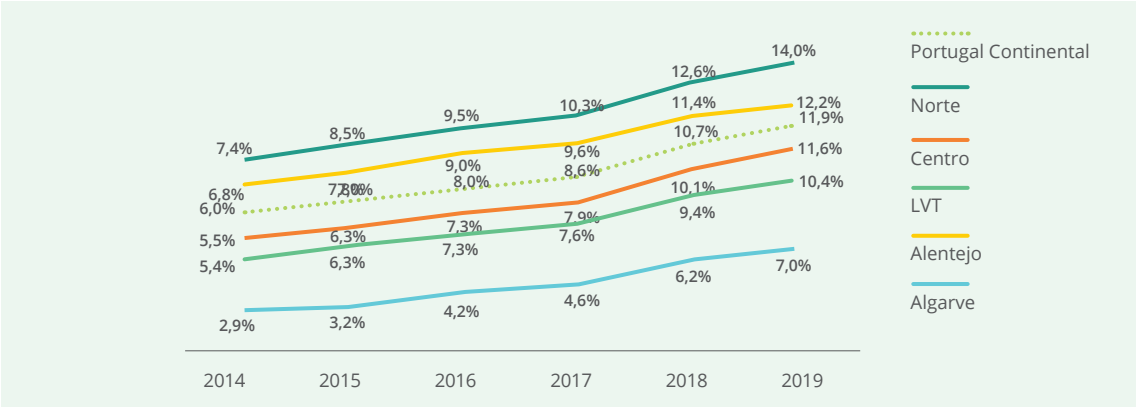
As Figuras 4 e 5 demonstram uma tendência crescente da proporção de utentes com registos de pré-obesidade e obesidade nos Cuidados de Saúde Primários, atingindo os 16,7% e os 11,9% a nível nacional em 2019, respetivamente. Observam-se também diferenças acentuadas no registo entre as diferentes regiões do país.

Figura 5. **Proporção de utentes com registo de pré-obesidade entre o número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, por região de saúde | 2014-2019**



Fonte: SIM@SNS.

Figura 6. **Proporção de utentes com registo de obesidade entre o número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, por região de saúde | 2014-2019**



Fonte: SIM@SNS

3.2.2 Cuidados hospitalares relacionados com o estado nutricional

Desnutrição e condições associadas

A desnutrição hospitalar está associada ao aumento do risco de outras complicações, e ao aumento da necessidade de tratamentos hospitalares e de reinternamentos, ao aumento do tempo de internamento hospitalar, e a uma maior morbilidade e mortalidade. A Tabela 1 caracteriza a produção hospitalar associada à "Desnutrição". Em 2019 o número de doentes saídos é de 8.639, sendo a demora média de 18,28 dias (Tabela 1). Por grupos etários, é no grupo dos idosos (65-79 anos e 80 ou mais anos) que se verifica um maior número de doentes saídos com registo de "Desnutrição". O registo de desnutrição é superior no sexo masculino no grupo etário 65-79 anos e no sexo feminino no grupo etário 80 ou +anos (Tabela 1). Dado que a implementação da avaliação sistemática do risco nutricional a todos os doentes internados nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) se iniciou em 2019 será relevante avaliar a evolução nos próximos anos.

Tabela 1. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desnutrição", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2019**

	Desnutrição			
Grupo etário	**Utentes saídos**	**Dias Int.**	**Demora Média**	**Óbitos**
Total	8.639	157.965	18,28	3.785
		Masculino		
<19 anos	97	1.963	20,24	8
20-39 anos	116	3.868	33,34	22
40-64 anos	1.454	32.786	22,55	586
65-79 anos	1.674	34.007	20,31	803
80 ou +anos	1.698	25.383	14,95	836
		Feminino		
<19 anos	53	1963	37,04	4
20-39 anos	98	2.337	23,85	13
40-64 anos	550	11.950	21,73	223
65-79 anos	863	16.245	18,82	391
80 ou +anos	2.036	26.835	13,18	888

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

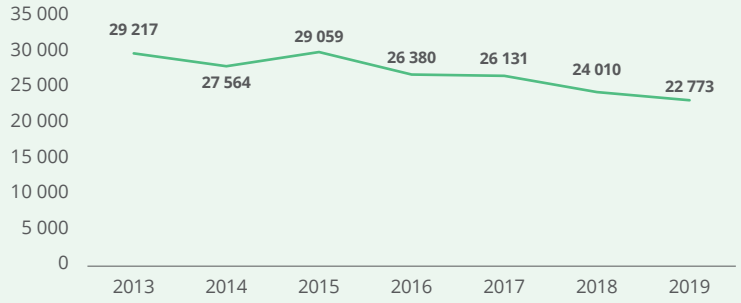
A Tabela 2 caracteriza a produção hospitalar associada à "Desidratação". No período de 2013 a 2017 o número de doentes saídos tem variado entre 22.773 e 29.217, sendo a demora média no ano de 2019 de 5,59 dias (Tabela 2). A figura 7 mostra uma tendência para um menor número de doentes saídos com a codificação de desnutrição durante o período de 2013 e 2019. Por grupos etários, foi no grupo dos idosos (65-79 anos e 80 ou mais anos) que se verificou um maior número de doentes saídos com registo de "Desidratação" (Tabela 3).

Tabela 2. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", Portugal Continental |2013 - 2019**

	Desidratação						
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Utentes Saídos	29.217	27.564	29.059	26.380	26.131	24.010	22.773
Dias de Internamento	140.430	128.029	142.261	136.576	368	135.197	127.399
Demora Média	4,81	4,64	4,90	5,18	0,01	5,63	5,59
Óbitos	333	273	284	264	303	258	224

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

Figura 7. **Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", Portugal Continental |2013 – 2019**



Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

Tabela 3. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019**

	Desidratação							
Grupo etário	**Utentes saídos**		**Dias Int.**		**Demora Média**		**Óbitos**	
	2018	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**
				Masculino				
<19 anos	677	722	1.423	1.086	2,10	1,50	0	0
20-39 anos	197	171	1.471	1.351	7,47	7,90	1	0
40-64 anos	1.544	1.409	15.706	13.386	10,17	9,50	6	5
65-79 anos	3.306	3.009	22.161	22.230	6,70	7,39	36	30
80 ou +anos	5.516	5.245	28.840	25.047	5,23	4,78	68	65
				Feminino				
<19 anos	572	532	1.454	1.043	2,54	1,96	1	0
20-39 anos	166	156	1.735	1.023	10,45	6,56	0	0
40-64 anos	882	823	7.861	8.093	8,91	9,83	1	3
65-79 anos	2.676	2.588	18.608	20.359	6,95	7,87	26	18
80 ou +anos	8.474	8.118	35.938	33.781	4,24	4,16	119	103

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

A sarcopenia é considerada atualmente como um diagnóstico clínico, desde 2016 (CID-10). Apesar da tendência crescente para o número de doentes saídos, entre 2017 e 2019, os dados mostram uma possível notificação desta doença (Tabela 4). O número de utentes saídos com diagnóstico de sarcopenia é superior nos grupos etários 65-79 anos e 80 ou mais anos) (Tabela 5). A demora média para os doentes com diagnóstico clínico, situou-se nos 17,04 dias para o ano de 2019 (Tabela 5).

Tabela 4. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Sarcopenia", Portugal Continental |2013 - 2019**

	Sarcopenia						
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Utentes Saídos	_	_	_	1	188	399	557
Dias de Internamento	_	_	_	7	2.877	6.656	9.490
Demora Média	_	_	_	7	15,30	16,68	17,04
Óbitos	_	_	_	_	_	1	_

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

Tabela 5. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Sarcopenia", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019**

	Sarcopenia							
Grupo etário	**Utentes saídos**		**Dias Int.**		**Demora Média**		**Óbitos**	
	2018	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**
				Masculino				
<19 anos	1	1	27	27	27	27	_	_
20-39 anos	6	5	357	157	59,50	31,40	_	_
40-64 anos	40	88	902	2.123	22,55	24,13	_	_
65-79 anos	60	79	1.056	1.682	17,60	21,29	_	_
80 ou +anos	109	135	1.459	2.104	13,39	15,59	1	_
				Feminino				
<19 anos	0	0	0	0	0	0	_	_
20-39 anos	3	4	148	192	49,33	48	_	_
40-64 anos	14	16	306	358	21,86	22,38	_	_
65-79 anos	34	43	442	979	13,00	22,77	_	_
80 ou +anos	132	186	1.959	1.868	14,84	10,04	_	_

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

A Tabela 6 caracteriza a produção hospitalar associada à "Anorexia". Em 2019 o número de doentes saídos é de 2.234, sendo a demora média de 4,89 dias (Tabela 6). Mais ainda, número de doentes saídos é globalmente superior no sexo masculino nos grupos etários dos 40 aos 64 anos e 65-79 anos e no sexo feminino no grupo etário 80 ou +anos entre 2018 e 2019 (Tabela 7).

Tabela 6. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", Portugal Continental |2013 - 2019**

	Anorexia						
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Utentes Saídos	2.135	2.525	2.741	2106	1.483	1.945	2.234
Dias de Internamento	23.213	24.337	29.351	24.578	15.485	22.627	23.164
Demora Média	10,87	9,64	10,71	11,67	10,44	11,63	10,37
Óbitos	1	_	1	_	1	3	1

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

Tabela 7. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019**

Anorexia								
Grupo etário	**Utentes saídos**		**Dias Int.**		**Demora Média**		**Óbitos**	
	2018	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**
Masculino								
<19 anos	107	149	398	531	3,72	3,56	_	_
20-39 anos	28	30	80	459	2,86	15,30	_	_
40-64 anos	271	320	0	3.928	0	12,28	1	1
65-79 anos	394	464	45	4.311	0,11	9,29	_	_
80 ou +anos	239	236	1	3.014	0	12,77	1	_
Feminino								
<19 anos	42	151	412	528	9,81	3,50	_	_
20-39 anos	31	43	303	446	9,77	10,37	_	_
40-64 anos	176	229	2.605	3.075	14,80	13,43	_	_
65-79 anos	276	327	3.812	3.682	13,81	11,26	1	_
80 ou +anos	289	285	3.376	3.190	11,68	11,19	_	_

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

Excesso de peso e obesidade

No que respeita ao excesso de peso e à obesidade no adulto é notório um aumento do número de doentes saídos com esta notificação entre 2013 e 2019 (Tabela 8 e Figura 8). Para a obesidade, o número de doentes saídos duplicou durante o período em análise e para o excesso de peso quase que triplicou. O número de utentes saídos é mais elevado para os grupos etários 40-64 anos e 64-75 anos. O registo de obesidade é superior no sexo feminino e o de pré-obesidade é superior no sexo masculino (Tabela 9 e 10).

Tabela 8. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Excesso de peso e obesidade no adulto", Portugal Continental |2013 - 2019**

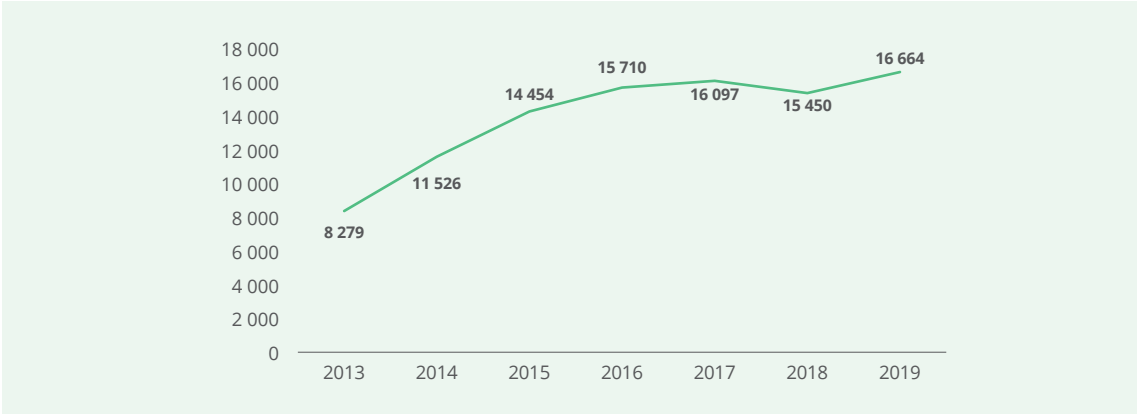
Excesso de peso e obesidade no adulto[A]						
	2013			**2014**		
	Pré-obesidade	**Obesidade**	**Excesso de peso**	**Pré-obesidade**	**Obesidade**	**Excesso de peso**
Utentes Saídos	1.626	8.279	9.905	3.565	11.526	15.091
Dias de Internamento	9.805	35.791	45.596	15.277	44.065	59.342
Demora Média	6,03	4,32	4,60	4,29	3,82	3,93
Óbitos	_	8	8	_	_	_

	2015			**2016**		
	Pré-obesidade	**Obesidade**	**Excesso de peso**	**Pré-obesidade**	**Obesidade**	**Excesso de peso**
Utentes Saídos	7.198	14.454	21.652	11.035	15.710	26.745
Dias de Internamento	28.909	54.707	83.616	37.117	50.120	87.237
Demora Média	4,02	3,78	3,86	3,36	3,19	3,26
Óbitos	_	4	4	_	2	2

	2017			2018			2019		
	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso
Utentes Saídos	11.117	16.097	27.214	11.051	15.450	26.501	12.040	16.664	28.704
Dias de Internamento	33.518	53.003	86.521	39.220	57.039	96.259	46.552	63.165	109.717
Demora Média	3,02	3,29	3,18	3,55	3,69	3,63	3,87	3,79	3,82
Óbitos	_	_	_	_	1	1	_	1	1

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

Figura 8. **Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Obesidade no adulto", Portugal Continental (2013 e 2019)**



Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

Tabela 9. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Pré-obesidade no adulto", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019**

	Pré-obesidade (adulto)							
Grupo etário	Utentes saídos		Dias Int.		Demora Média		Óbitos	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
				Masculino				
<19 anos	_	_	_	_	_	_	_	_
20-39 anos	373	441	760	1.407	2,04	3,19	_	_
40-64 anos	2.222	2.341	6.192	7.248	2,79	3,10	_	_
65-79 anos	2.006	2.384	7.665	9.218	3,82	3,87	_	_
80 ou +anos	868	1053	5.627	5.579	6,48	5,30	_	_
				Feminino				
<19 anos	654	704	1.209	1.662	1,85	2,36	_	_
20-39 anos	1.893	2.042	5.062	5.310	2,67	2,60	_	_
40-64 anos	2.224	2.046	6.061	7.810	2,73	3,82	_	_
65-79 anos	811	1.029	6.644	8.318	8,19	8,08		
80 ou +anos								

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

Tabela 10. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Obesidade no adulto", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019**

Obesidade (adulto)								
Grupo etário	**Utentes saídos**		**Dias Int.**		**Demora Média**		**Óbitos**	
	2018	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**
Masculino								
<19 anos	_	_	_	_	_	_	_	_
20-39 anos	393	422	1.469	1.578	3,74	3,74	_	1
40-64 anos	2.355	2.446	9.671	10.377	4,11	4,24	1	_
65-79 anos	1.828	2.069	8.158	9.202	4,46	4,45	_	_
80 ou +anos	404	418	3.269	3.209	8,09	7,68		
Feminino								
<19 anos	_	_	_	_	_	_	_	_
20-39 anos	2.540	2.243	4.886	3.836	1,92	1,71	_	_
40-64 anos	4.129	4.965	10.392	11.534	2,52	2,32	_	_
65-79 anos	2.892	2.974	11.105	13.926	3,84	4,68	_	_
80 ou +anos	909	1.127	8.089	9.503	8,90	8,43	_	_

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

A Tabela 11 caracteriza a produção hospitalar associada à "Adiposidade localizada". O número de doentes saídos é superior no sexo feminino e no grupo etário dos 40 aos 64 anos (Tabela 12). Esta diminuição durante o período de 2013 a 2019 poderá estar associada a um aumento da notificação de excesso de peso e obesidade.

Tabela 11. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", Portugal Continental |2013 - 2019**

Anorexia							
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Utentes Saídos	2.063	1.361	1.314	1.232	1.626	1.280	874
Dias de Internamento	3.129	2.299	2.793	2.544	1.993	1.180	1.130
Demora Média	1,52	1,69	2,13	2,06	1,23	0,92	1,29
Óbitos	_	_	_	_	_	_	_

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

Tabela 12. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019**

Adiposidade localizada								
Grupo etário	**Utentes saídos**		**Dias Int.**		**Demora Média**		**Óbitos**	
	2018	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**
Masculino								
<19 anos	2	0	5	0	2,50	0	_	_
20-39 anos	24	24	85	65	3,54	2,71	_	_
40-64 anos	31	19	65	66	2,10	3,47	_	_
65-79 anos	6	6	2	9	0,33	1,50	_	_
80 ou +anos	3	0	99	0	33,00	0	_	_

Adiposidade localizada								
Grupo etário	**Utentes saídos**		**Dias Int.**		**Demora Média**		**Óbitos**	
	2018	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**
				Feminino				
<19 anos	9	3	14	5	1,56	1,67	_	_
20-39 anos	371	214	229	271	0,62	1,27	_	_
40-64 anos	793	580	612	635	0,77	1,09	_	_
65-79 anos	41	27	69	79	1,68	2,93	_	_
80 ou +anos	0	1	0	0	0	0		

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

No que respeita ao registo da cirurgia bariátrica é notório um aumento do número de doentes saídos com esta notificação de 2013 para 2019 (Tabela 13). Mais ainda, verifica-se que a prevalência é maior no sexo feminino e no grupo etário dos 40 aos 64 anos (Tabela 14).

Tabela 13. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Cirurgia bariátrica", Portugal Continental |2013 - 2019**

Cirurgia bariátrica							
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Utentes Saídos	1.833	1.939	2.455	2.519	2.454	2.368	2.989
Dias de Internamento	6.219	6.880	7.745	8.231	8.232	7.372	9.099
Demora Média	3,39	3,55	3,15	3,27	3,35	3,11	3,04
Óbitos	_	_	_	_	_	_	_

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

Tabela 14. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Cirurgia bariátrica", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2019**

Cirurgia bariátrica								
Grupo etário	**Utentes saídos**		**Dias Int.**		**Demora Média**		**Óbitos**	
	2018	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**
				Masculino				
<19 anos	0	1	0	4	0	4	_	_
20-39 anos	47	66	248	359	5,28	5,44	_	_
40-64 anos	235	286	1.250	1.705	5,32	5,96	_	_
65-79 anos	69	98	473	523	6,86	5,34	_	_
80 ou +anos	3	0	99	0	33,00	0	_	_
				Feminino				
<19 anos	1	3	4	15	4	5	_	_
20-39 anos	431	486	884	845	2,05	1,74	_	_
40-64 anos	1.397	1.769	3.306	4.046	2,37	2,29	_	_
65-79 anos	173	266	1.036	1.436	5,99	5,40	_	_
80 ou +anos	11	12	131	136	11,91	11,33	_	_

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

Hábitos alimentares inadequados

A Tabela 15 caracteriza a produção hospitalar associada a "Hábitos alimentares inadequados". Os Hábitos alimentares inadequados são considerados como um diagnóstico clínico, desde 2016 (CID-10) e estes dados mostram uma possível notificação desta doença (Tabela 15), refletindo o peso que os hábitos inadequados podem apresentar para a carga total de doença durante este período.

Tabela 15. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Hábitos alimentares inadequados", Portugal Continental |2017 - 2019**

	Hábitos alimentares inadequados						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Utentes Saídos	_	_	_	_	22	19	14
Dias de Internamento	_	_	_	_	169	259	132
Demora Média	_	_	_	_	7,68	13,63	9,43
Óbitos	_	_	_	_	_	_	_

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2020

3.3 REACT-COVID-19

A DGS, em parceria com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, levou a cabo um Inquérito Nacional que permitiu a descrição de comportamentos alimentares e de atividade física, bem como de acesso a informação sobre estas dimensões comportamentais, durante o período de confinamento social, decorrente do estado de Emergência Nacional devido à pandemia da COVID-19. A recolha de dados (entre 9 de abril a 4 de maio), de uma amostra de 5874 indivíduos (com 16 ou mais anos) em contenção social, ponderada por sexo, idade, nível de escolaridade e região (NUTS II), foi feita via questionário online ou inquérito telefónico versando 3 áreas fundamentais: literacia, alimentação e atividade física.

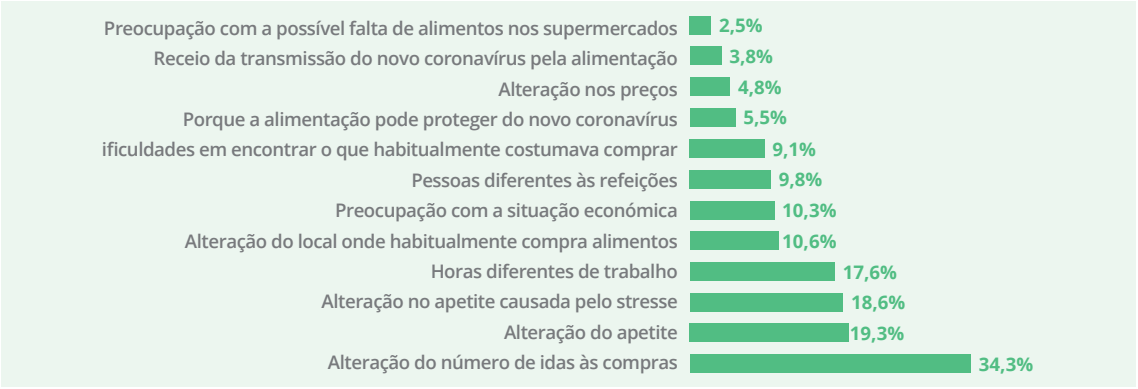
A COVID-19 parece ter contribuído para uma alteração nos hábitos alimentares de uma parte significativa da população nacional inquirida. Quase metade da população inquirida (45,1%) reportou ter mudado os seus hábitos alimentares durante este período e 41,8% tem a perceção de que mudou para pior.

Figura 9. **Alteração dos hábitos alimentares durante o período de contenção social no contexto da COVID-19**

Fonte: DGS, REACT-COVID, 2020.

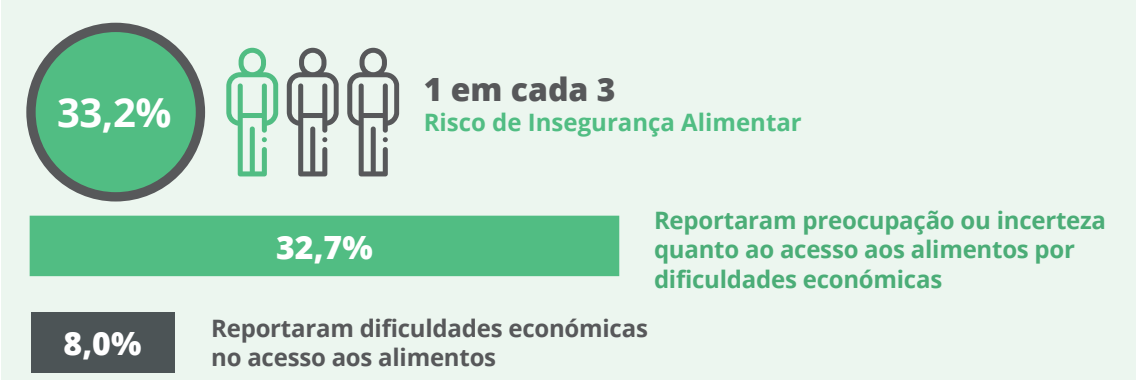
As razões para esta alteração parecem concentrar-se, em torno das medidas impostas pelo confinamento, que obrigaram a alteração no horário de trabalho (17,6%) e no modelo de compras dos alimentos (34,3%). Um segundo conjunto de razões parece associado ao stresse vivido (18,6%) e a mudanças no próprio apetite (19,3%) e, um terceiro eixo de explicação, aparece associado ao receio com a situação económica (10,3%). Um em cada três portugueses (33,2%) manifestou preocupação quanto a uma possível dificuldade no acesso aos alimentos e 8,0% indicou mesmo ter dificuldades económicas no acesso a alimentos. Estes valores são muito elevados e merecem uma análise aprofundada, mas revelam uma enorme preocupação face ao acesso a alimentos num grupo significativo da população.

Figura 10. **Fatores para a alteração dos hábitos alimentares durante o período de contenção social no contexto da COVID-19**



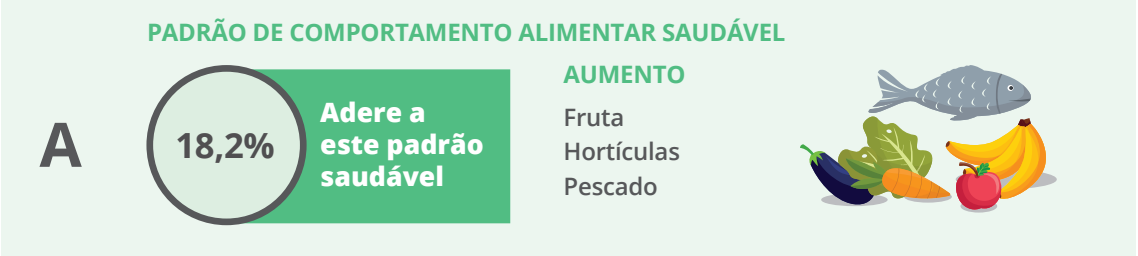
Fonte: DGS, REACT-COVID, 2020.

Figura 11. **Risco de insegurança alimentar durante o período de contenção social no contexto da COVID-19**



Fonte: DGS, REACT-COVID, 2020.

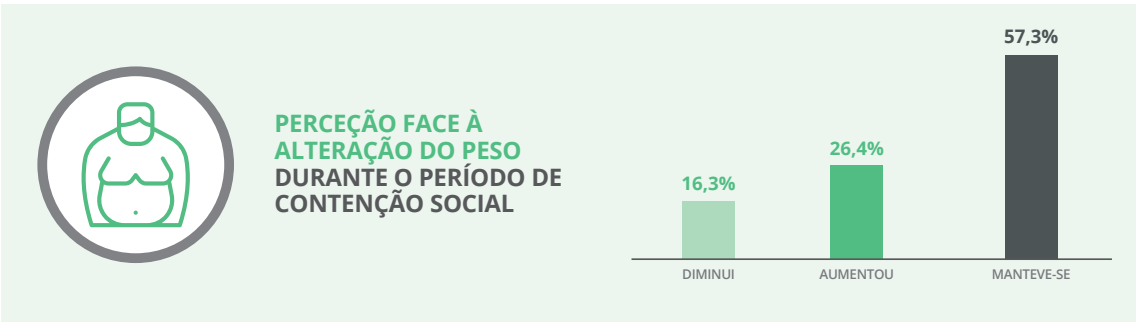
Figura 12. **Padrões de comportamento alimentar durante o período de contenção social no contexto da COVID-19**



Fonte: DGS, REACT-COVID, 2020.

As mudanças no consumo alimentar provocadas pelo confinamento relacionam-se essencialmente com o aumento do número de refeições feitas em casa na fase do confinamento, reduzindo muito a utilização das refeições pré-preparadas (40,7%) ou take-away (43,8%). Apesar de os inquiridos dizerem que consomem mais snacks doces (30,9%) também o aumento do consumo de fruta (29,7%) e hortícolas (21%) é referido frequentemente. A maior parte dos inquiridos refere ter passado a cozinhar mais (56,9%), infelizmente também a petiscar mais (31,4%). Este facto associado ao sedentarismo pode explicar a perceção de peso aumentado durante este período, reportado por 26,4% da população.

Figura 13. **Perceção da alteração do peso corporal durante o período de contenção social no contexto da COVID-19**



Fonte: DGS, REACT-COVID, 2020.

Figura 14. **Acesso e utilidade das orientações produzidas pela DGS na área da alimentação no contexto da COVID-19**

Fonte: DGS, REACT-COVID, 2020

Destaca-se o facto de que quase metade (45,3%) dos inquiridos ter tido acesso às recomendações na área da alimentação produzidas pela DGS no contexto da COVID-19.

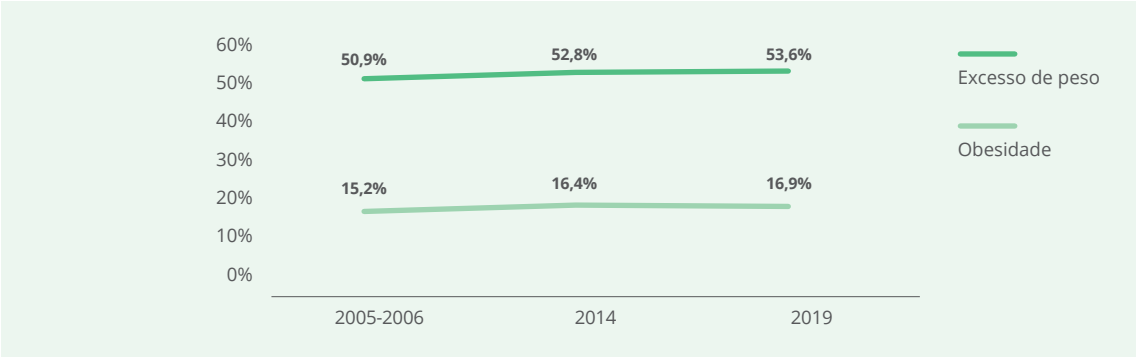
O relatório sumário com os principais resultados deste estudo pode ser encontrado aqui.

3.4 Dados Inquérito Nacional de Saúde 2019

3.4.1 Prevalência de excesso de peso e obesidade

Os dados do último Inquérito Nacional de Saúde (2019), divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística, mostram que no total 53,6% da população adulta portuguesa apresentava excesso de peso (pré-obesidade ou obesidade). A obesidade afetava 1,5 milhões de pessoas (16,9%). Na Figura 15 é possível observar a evolução do excesso de peso e da obesidade em Portugal durante o período de 2005 a 2019, que mantém uma tendência crescente. A pré-obesidade foi mais prevalente nos indivíduos do sexo masculino (42,2% vs 31,9%) e a obesidade nos indivíduos do sexo feminino (17,4 vs 16,4%). Estas diferenças têm-se mostrado consistentes ao longo dos três últimos inquéritos nacionais de saúde (2005/2006, 2014 e 2019) (Tabela 18) (3). Para esta evolução temporal não foram considerados os dados o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) de 2015/2016), uma vez que a metodologia utilizada foi distinta (dados de peso e altura auto-reportados vs medidos).

Figura 15. **Evolução da prevalência do excesso de peso e da obesidade em Portugal | 2005/2006 – 2019**



Fonte: INE, Inquéritos Nacionais de Saúde 2005/2006, 2014 e 2019.

Tabela 16. **Proporção da população com 18 ou mais anos com excesso de peso ou obesidade por sexo, Portugal | 2005/2006, 2014 e 2019**

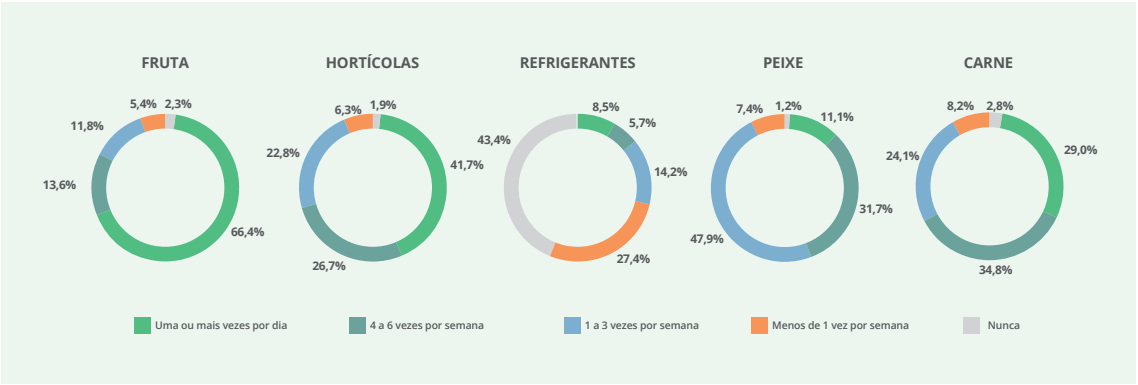
	Excesso de peso (IMC ≥25 e <30 kg/m2)	Obesidade (IMC≥30 kg/m2)
	2019	
Total	53,6	16,9
Homens	58,6	16,4
Mulheres	49,3	17,4
	2014	
Total	36,4	16,4
Homens	42,0	15,1
Mulheres	31,6	17,5
	2005-2006	
Total	35,7	15,2
Homens	40,6	14,3
Mulheres	31,2	16,0

Fonte: INE, Inquéritos Nacionais de Saúde 2005/2006, 2014 e 2019

3.4.2 Dados de consumo alimentar

O Inquérito Nacional de Saúde (2019) recolhe informação relativa ao consumo alimentar de alguns alimentos, nomeadamente a frequência de consumo de fruta, hortícolas, refrigerantes, sumos de fruta naturais, carne, peixe, ovos e produtos lácteos. De acordo com estes resultados, cerca de 66,4% e 41,7% da população com 15 ou mais anos de idade, reportou consumir fruta e hortícolas diariamente, respetivamente. Porém, 13,6% e 26,7% reportaram nunca consumir fruta e hortícolas, respetivamente. Em linha com os resultados de estudos anteriores, a frequência de consumo de carne é superior à de peixe. Para a carne cerca de 29,0% reportou um consumo diário (uma ou mais por dia) e 34,8% um consumo de 4 a 6 vezes por semana, enquanto que para o peixe, uma percentagem relevante dos inquiridos (47,9%) reportou um consumo de 1 a 3 vezes por semana (Figura 16) (3)

Figura 16. **Proporção da população com 15 ou mais anos por frequência de consumo de fruta, hortícolas, refrigerantes, carne e peixe, Portugal |2019**



Fonte: INE, Inquéritos Nacionais de Saúde 2019.

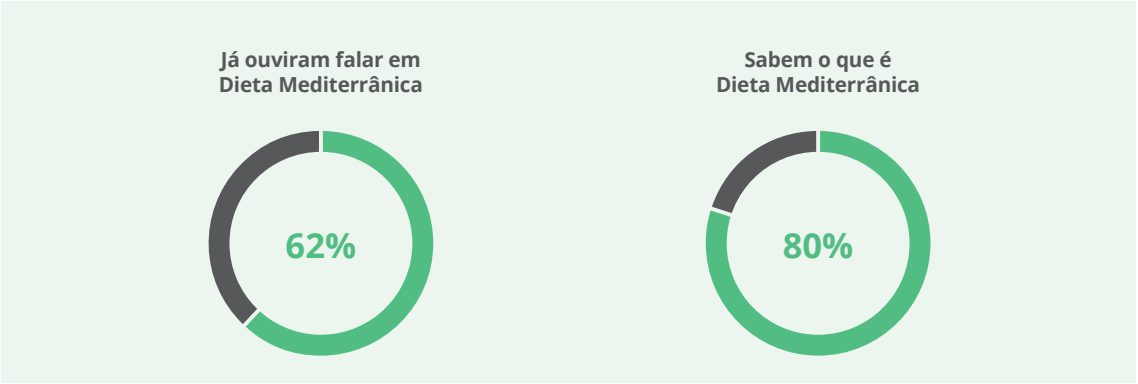
3.5 Adesão à Dieta Mediterrânica

O PNPAS conduziu um estudo, durante o período 1 a 17 de setembro de 2020 com o objetivo de avaliar os conhecimentos da população portuguesa sobre a dieta mediterrânica, bem como a adesão a este padrão alimentar. Foram inquiridos 1000 indivíduos. Para avaliar a adesão à dieta mediterrânica foi aplicado o questionário PREDIMED, validado para a população portuguesa. Este questionário é constituído por 14 questões relacionadas com o consumo/frequência de consumo de alimentos típicos e não típicos do padrão alimentar mediterrânico. Para cada questão foi definido um critério relacionado com as características do padrão alimentar mediterrânico. Para a análise dos dados, são pontuados com "um" as respostas às questões deste índice que cumprem com o critério, sendo o score final obtido através do somatório da pontuação obtida para cada uma das perguntas. A pontuação final pode variar entre entre 0 e 14, sendo a adesão ao padrão alimentar mediterrânico definida em dois níveis: baixa (< 10 pontos) e elevada (≥ 10 pontos).

Notoriedade e nível de conhecimento da Dieta Mediterrânica em Portugal

Relativamente à notoriedade da Dieta Mediterrânica, 62% dos inquiridos dizem já ter ouvido falar em Dieta Mediterrânica e 80% dizem saber o que é a Dieta Mediterrânica (Figura 17). Deste modo, 50% dos inquiridos efetivamente conhecem a Dieta Mediterrânica. Verificou-se assim um aumento 4% da notoriedade da Dieta Mediterrânica desde 2013 (66,0%), aumentando o nível de conhecimento em 6% (50,5% em 2013) (4).

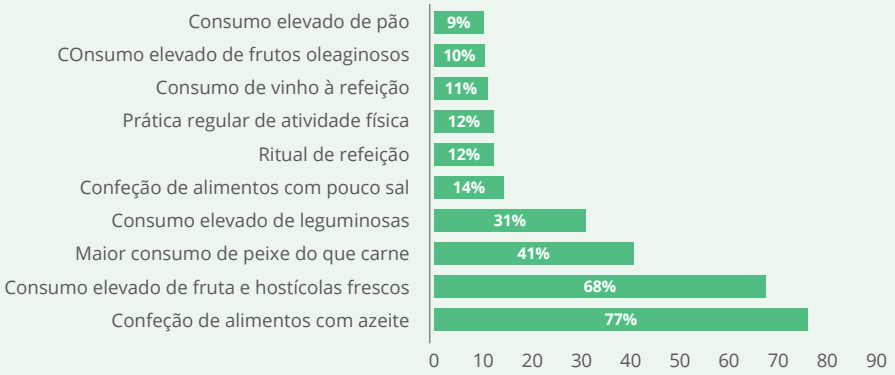
Figura 17. **Notoriedade da Dieta Mediterrânica**



Fonte: DGS, 2020

Quando se questionou acerca das principais características da Dieta Mediterrânica, a "confeção de alimentos com azeite" (77%), o "consumo elevado de fruta e hortícolas frescos" (68%) e um "maior consumo de peixe do que de carne" (41%) foram as características mais frequentemente referidas (Figura 18).

Figura 18. **Principais características da Dieta Mediterrânica reportadas pelos inquiridos**

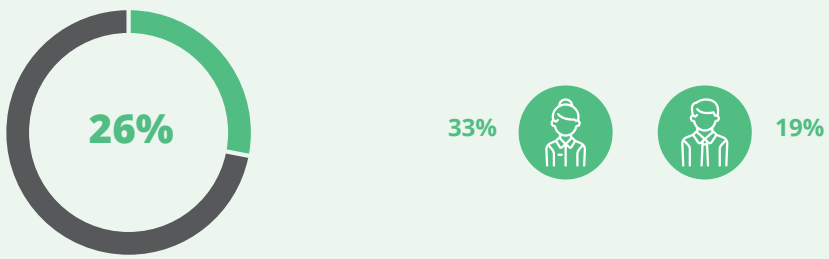


Fonte: DGS, 2020

Adesão à Dieta Mediterrânica em Portugal

A nível nacional a adesão elevada ao padrão alimentar mediterrânico é de 26%, superior no sexo feminino (33%) em comparação com o sexo masculino (19,0%) (Figura 19). A adesão ao padrão alimentar mediterrânico cresceu 17% desde 2016 (5). O relatório com os dados mais detalhados será posteriormente publicado.

Figura 19. **Adesão à Dieta Mediterrânica**

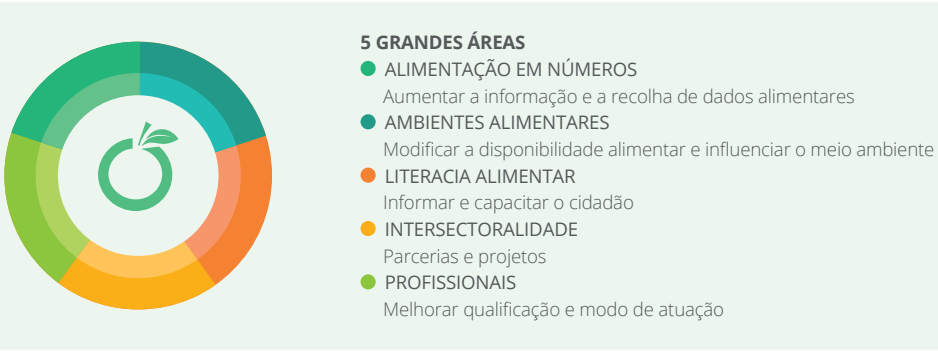


Fonte: DGS, 2020

4. Atividades | 2019-2020

Neste capítulo descrevem-se as principais atividades desenvolvidas pelo PNPAS no âmbito dos desígnios definidos para o segundo semestre do ano de 2019 e primeiros 9 meses de 2020. Ao longo do período em análise, do conjunto de atividades desenvolvidas pelo PNPAS, é notório um forte investimento na avaliação dos resultados das medidas já implementadas (regulação da publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos, imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas, campanha desenvolvida para a promoção da alimentação saudável e da implementação do rastreio nutricional nos cuidados hospitalares). Este período em análise ficou também marcado pela realização da primeira campanha para a promoção da alimentação saudável, intitulada "Comer melhor, uma receita para a vida", enquanto a primeira campanha com uma estratégia de divulgação a 360°. Em paralelo e mais concretamente no que diz respeito ao ano de 2020, o PNPAS centrou grande parte das suas atividades na resposta, do ponto de vista alimentar e nutricional, à COVID-19.

Figura 20. **Adesão à Dieta Mediterrânica**



4.1 Recolha de informação para a tomada de decisão

4.1.1 Estudo REACT-COVID

O início do ano de 2020 foi condicionado pela situação da atual pandemia da COVID-19. Neste âmbito foi desenvolvido um estudo pela DGS que teve como objetivo conhecer os comportamentos alimentares e de atividade física dos portugueses em contexto de contenção social, para combate à pandemia por COVID-19. Os dados apresentados resultam de um desenho de estudo observacional transversal, com uma amostra não probabilística de base nacional de indivíduos com 16 ou mais anos em situação de contenção social no domicílio devido à pandemia da COVID-19 e que foram sumariamente descritos no ponto 3.2 deste relatório. O relatório com os resultados principais pode ser encontrado aqui.

4.1.2 Estudo NUTRI-HIA – *Improving Nutrition Labelling in Portugal, Health Impact Assessment* e estudo de avaliação da aplicabilidade do Nutriscore

A evidência científica mostra que os consumidores têm dificuldade em interpretar a informação nutricional obrigatória que está presente nos rótulos dos produtos alimentares. De acordo com um estudo realizado na população portuguesa, em 2016, foram observadas dificuldades na interpretação desta informação em cerca de 40% dos inquiridos. Para colmatar este problema, diversos países têm vindo a adotar diferentes modelos de rotulagem nutricional simplificados tendo em consideração a evidência científica disponível para cada contexto nacional. A utilização de modelos de rotulagem nutricional simplificativos é considerada como uma das melhores opções para promover escolhas alimentares saudáveis e consequentemente para a prevenção e controlo das doenças crónicas na população. Em Portugal, não existe ainda qualquer recomendação

por parte do Estado no sentido de adotar um modelo específico de rotulagem nutricional simplificada. Contudo, diferentes operadores económicos no mercado nacional têm vindo a adotar e utilizar diferentes sistemas de rotulagem simplificada. Esta proliferação de diferentes sistemas num mesmo espaço geográfico pode dificultar ou até confundir os consumidores no momento da sua escolha. Por outro lado, podem estar a ser adotados sistemas de rotulagem simplificada de menor efetividade na promoção de escolhas alimentares mais saudáveis junto dos consumidores Portugueses. Assim, tornou-se necessário avaliar o impacto de diferentes sistemas de rotulagem nutricional simplificativos (FOP-NL) relativamente ao seu contributo para promover escolhas alimentares mais adequadas e potencialmente para promover hábitos alimentares saudáveis, com o objetivo final de contribuir com evidência científica para uma tomada de decisão mais informada no que diz respeito à recomendação por parte do governo Português para a utilização de um modelo de rotulagem nutricional simplificado. Foi neste sentido que o PNPAS desenvolveu um exercício HIA (Health Impact Assessment), seguindo metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e em conjunto com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa – *Nutri-HIA Improving Nutrition Labelling in Portugal, Health Impacto Assessment – Final Report*, 2019. Os principais resultados deste estudo, nomeadamente no que diz respeito à avaliação dos diferentes modelos de FOP-NL, mostram que a probabilidade de os participantes escolherem um produto alimentar mais saudável é 3 a 5 vezes superior quando os diferentes modelos de rotulagem nutricional estão presentes, por oposição à ausência de sistema. Todos os modelos de rotulagem nutricional simplificada que foram avaliados neste estudo, contribuíram para escolhas alimentares mais saudáveis. Apesar do sistema do semáforo nutricional, que é já utilizado parcialmente em Portugal, ter sido aquele onde se verificou uma maior percentagem de participantes a selecionar a opção correta, não se verificaram diferenças com significado estatístico entre os diferentes sistemas de rotulagem nutricional simplificada. De acordo com os resultados deste estudo parece existir consenso sobre a relevância da utilização dos FOP-NL como uma estratégia de saúde pública, bem como da necessidade da existência de um sistema único/exclusivo de FOP-NL nos géneros alimentícios pré-embalados comercializados em Portugal. São também recomendações deste estudo que a implementação de um sistema FOP-NL contemple um programa de educação alimentar à população, bem como a avaliação da efetividade do sistema FOP-NL adotado nas decisões de compra e no padrão alimentar e de saúde da população, podendo ser realizado um novo exercício deste tipo para avaliar o impacto dessa estratégia de política alimentar após cinco anos da implementação. O relatório completo deste estudo pode ser consultado aqui.

Tendo em conta o contexto europeu que aponta para a possível adoção do Nutriscore como o sistema FOP-NL harmonizado a nível da União Europeia, o PNPAS testou a aplicabilidade do algoritmo do Nutriscore a um total de 872 produtos alimentares disponíveis no mercado português, divididos nas seguintes categorias: cereais de pequeno-almoço, farinhas infantis, iogurtes, bolachas e biscoitos, queijos, óleos e gorduras, doces, chocolates, produtos de charcutaria, refrigerantes, néctares, sumos de fruta e frutos oleaginosos. O relatório com os resultados desta análise encontra-se em fase de publicação.

4.1.3 Estudo adesão ao padrão alimentar mediterrânico

O PNPAS desenvolveu um estudo para avaliar os conhecimentos e adesão à dieta mediterrânica e cujos resultados preliminares se encontram descritos no ponto 3.4 deste relatório.

Foram realizados outros estudos e recolhida mais informação com o objetivo de avaliar algumas das medidas implementadas diretamente ou com o envolvimento do PNPAS, nomeadamente a monitorização da publicidade alimentar dirigida a crianças, a avaliação dos resultados do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas e a avaliação da campanha para a promoção saudável intitulada "Comer melhor, uma receita para a vida", lançada em novembro de 2019. Porém os resultados destes estudos serão descritos posteriormente, dado que as medidas em análise se enquadram no âmbito de outros eixos do PNPAS.

4.2 Alteração da oferta alimentar

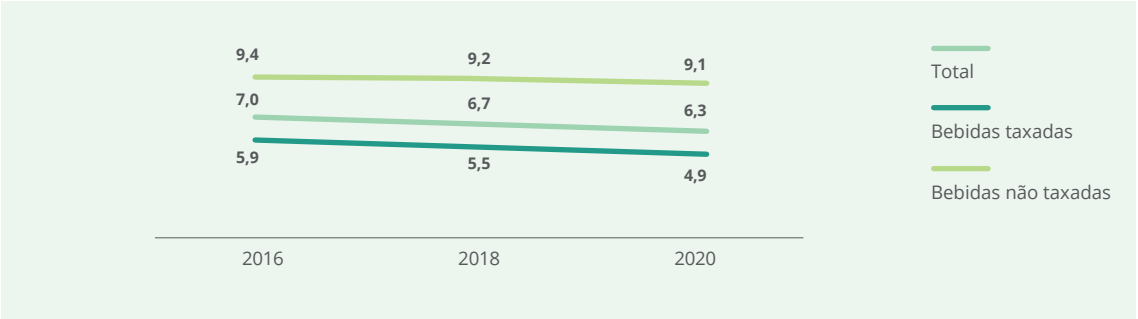
4.2.1 Resultados do imposto especial sobre bebidas açucaradas

A aprovação da Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro (6) criou o "Imposto Especial de Consumo de Bebidas adicionadas de Açúcar ou Edulcorantes", o qual foi revisto pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro (7), com vista à introdução de novos escalões de taxação. Durante o período em análise neste relatório foi feita uma monitorização do imposto especial sobre o consumo de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes em Portugal, nos três primeiros anos de implementação do imposto, procurando essencialmente refletir sobre os resultados da revisão do imposto, introduzida pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro. Os resultados disponíveis neste relatório são provenientes de duas fontes distintas. Por um lado, foi analisada uma base de dados de uma amostra de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes disponíveis no mercado português, que contém dados relativos à composição nutricional e preço destas bebidas, referentes a 3 momentos diferentes de recolha de dados (1. maio/novembro 2016 (período pré-implementação do imposto), 2. março 2018 (um ano após a implementação do imposto) e 3. março/maio 2020 (três anos após a implementação do imposto)). Foi recolhida informação relativa a 190 bebidas em 2016, 163 em 2018 e 299 em 2020. Porém, para esta análise foram apenas consideradas as bebidas que dispunham de informação nos 3 momentos de recolha, perfazendo um total de 136 bebidas. Por outro lado, foram também analisados os dados da Autoridade Tributária e Aduaneira, nomeadamente os dados relativos ao total de vendas por ano (hectolitros) de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, para os primeiros 3 anos de implementação do imposto (2017-2019).

Evolução do teor médio de açúcar

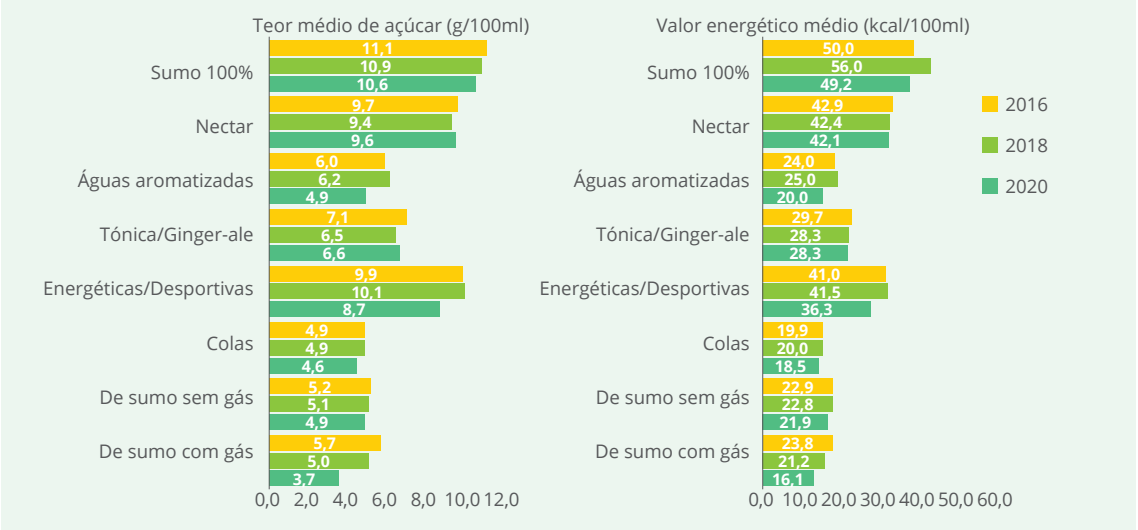
Desde a implementação do imposto sobre as bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, verificou-se uma tendência para a diminuição do teor médio de açúcar em todas as categorias de bebidas analisadas. Esta tendência foi verificada quer para as bebidas abrangidas pelo imposto, quer pelas bebidas não abrangidas, porém o grupo das bebidas abrangidas pelo imposto registou uma diminuição superior (0,9g ± 2,2 por 100ml) ao grupo de bebidas não abrangidas (0,2g ± 2,2 por 100 ml) (Figura 21). De entre as bebidas abrangidas pelo imposto, 46% (n=43) diminuíram o seu teor de açúcar (43% (n=40) no período de 2016 e 2018 e 35% (n=32) durante o período de 2018 e 2020), tendo-se verificado, para o conjunto de bebidas que reduziram o seu teor de açúcar, uma redução média de 2,2g ± 2,7 por 100ml ($p<0,05$). Para a amostra analisada de bebidas abrangidas pelo imposto, ao longo dos 3 anos analisados, o teor médio de açúcar foi reduzido em 17% (redução média de 7% no período de 2016 e 2018 e de 11% no período de 2018 a 2020). A categoria que registou a maior diminuição foi a "sumos com gás" com uma diminuição média de 7,8±13,7 g de açúcar por 100g (Figura 22).

Figura 21. **Evolução do teor médio de açúcar, por 100g, do total de bebidas analisadas (n=136), bebidas taxadas (n=94) e bebidas não taxadas (n=42) | 2016 - 2020**



Fonte: DGS, base de dados bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, 2016, 2018 e 2020.

Figura 22. **Evolução do teor médio de açúcar e do valor energético das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes | 2016 -2020**

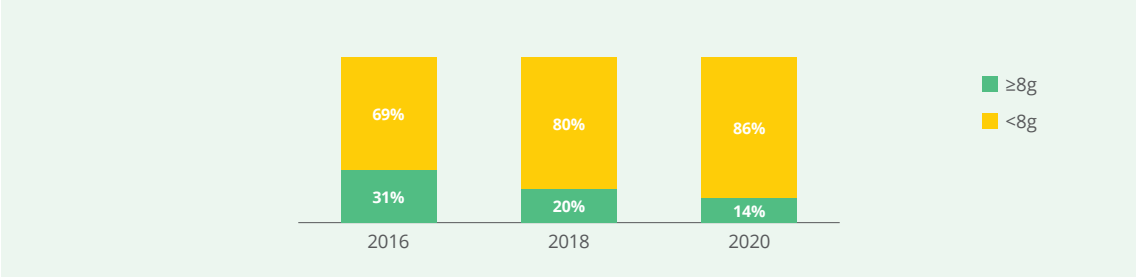


Nota: n=136

Fonte: DGS, base de dados bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, 2016, 2018 e 2020.

A redução do teor de açúcar foi mais expressiva para as bebidas que se enquadram no escalão superior do imposto (teor de açúcar superior a 8g por 100 ml). Entre 2016 e 2018, 48% destas bebidas reduziram o teor de açúcar, com uma diminuição média de 2,6g ± 3,8 ($p<0,05$), por comparação às bebidas com um teor de açúcar inferior a 8g por 100 ml (redução do teor de açúcar verificou-se em 26% das bebidas, com uma diminuição média de 0,3g±0,4 ($p<0,05$)). Mais ainda, 28% das bebidas abrangidas pelo escalão superior, reduziram o teor de açúcar para um valor inferior a 8g por 100ml.

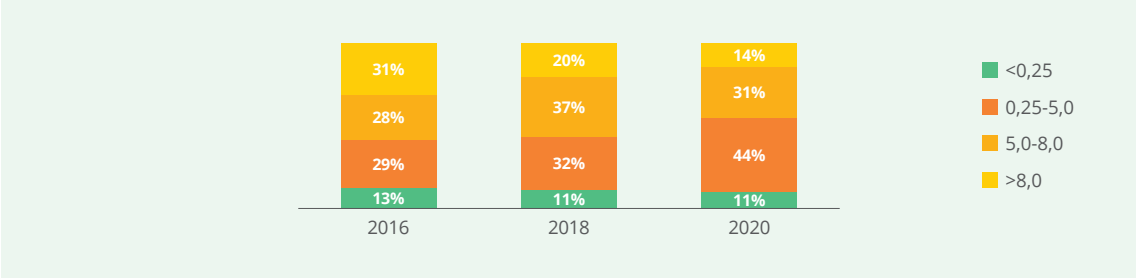
Figura 23. **Distribuição percentual da concentração de açúcar em bebidas açucaradas taxadas, teor de açúcar (gramas por 100 ml), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.o 42/2016, de 28 de dezembro |2016 - 2020**



Fonte: DGS, base de dados bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, 2016, 2018 e 2020.

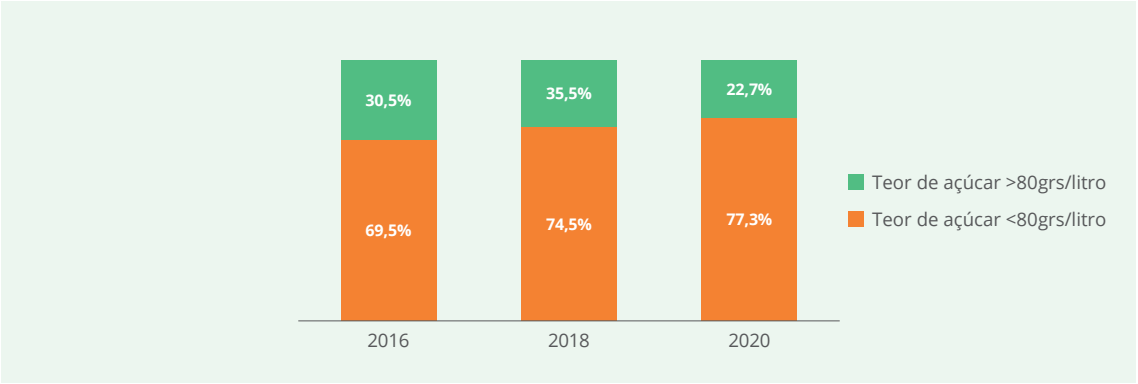
Relativamente à análise segundo os 4 escalões do imposto, após revisão, das bebidas que, em 2018, apresentavam um teor de açúcar igual ou superior a 8g por 100ml, 28% diminuíram-no, com uma diminuição média de 0,7g±1,3 ($p<0,05$). Das bebidas que apresentavam um teor de açúcar igual ou superior a 5g e inferior a 8g, por 100ml, 41% diminuíram-no, com uma diminuição média de 0,6g±1,2 ($p<0,05$). Dentro das bebidas taxadas que diminuíram o teor de açúcar (n=23), 65% reduziram-no o suficiente para transitar para uma categoria inferior ao que estavam inseridas em 2018. Todas as bebidas que transitaram de escalão, encontravam-se, em 2018, num dos dois escalões superiores. A distribuição das bebidas de acordo com os escolões de taxação ao longo dos 3 anos em análise encontra-se descrita nas Figuras 23 e 24, que mostra um aumento progressivo da proporção das bebidas com um menor teor de açúcar. Os dados da Autoridade Tributária confirmam esta tendência (Figura 25 e 26).

Figura 24. **Distribuição percentual da concentração de açúcar em bebidas açucaradas taxadas, teor de açúcar (gramas por 100 ml), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.o 71/2018, de 31 de dezembro | 2016 - 2020**



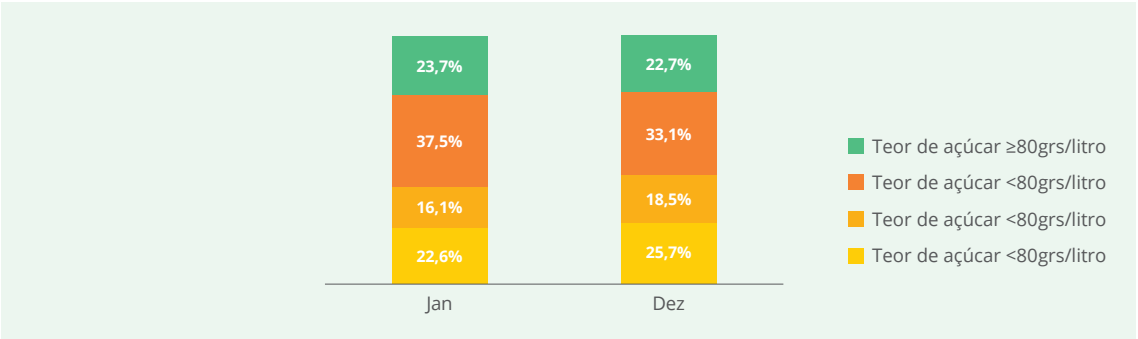
Fonte: DGS, base de dados bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, 2016, 2018 e 2020.

Figura 25. **Distribuição percentual da concentração de açúcar em bebidas açucaradas taxadas, teor de açúcar (gramas por 100 ml), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.o 42/2016, de 28 de dezembro | 2016 - 2020**



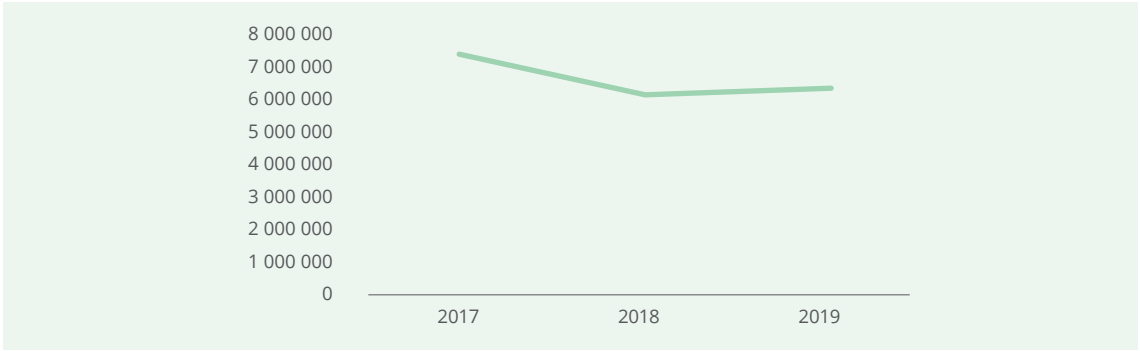
Fonte: AT, 2020.

Figura 26. **Distribuição percentual da concentração de açúcar em bebidas açucaradas taxadas, teor de açúcar (gramas por 100 ml), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas após a revisão do imposto em 2019 (análise janeiro 2019 vs dezembro 2019) |2019**



Fonte: AT, 2020.

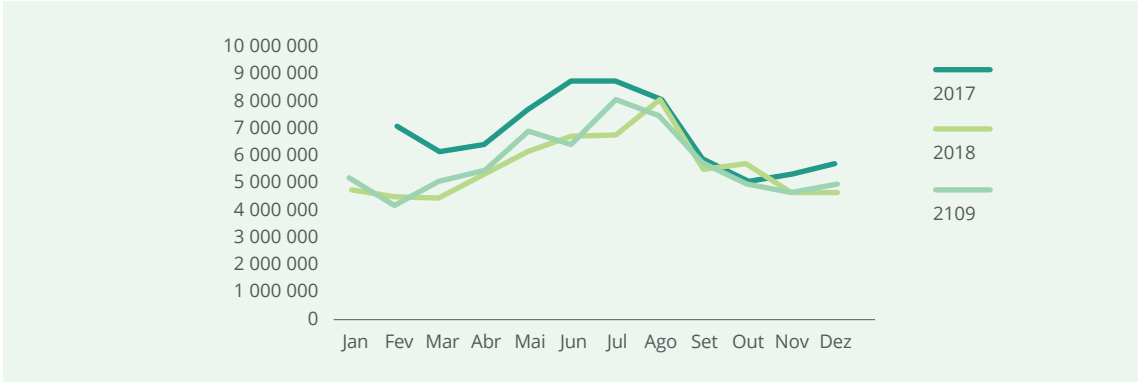
Figura 27. **Evolução no consumo de bebidas açucaradas | 2017-2019**



Fonte: AT, 2020.

Relativamente à evolução do volume de vendas das bebidas açucaradas, de acordo com os dados da Autoridade Tributária, verificou-se uma diminuição de cerca de 15% do total de vendas das bebidas enquadradas no imposto, no período de 2017-2020, sendo que durante o período de 2017-2018 verificou- se uma diminuição no volume de vendas de 15% e durante o período de 2018-2019, um aumento de 2,5% (Figura 27). A variação mensal do volume de vendas das bebidas enquadradas no imposto encontra-se descrita na Figura 28.

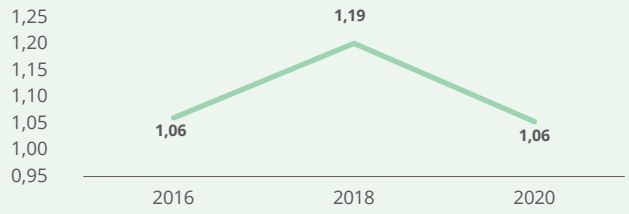
Figura 28. **Evolução no total de vendas de bebidas açucaradas | 2017-2019**



Fonte: AT, 2020.

Relativamente à análise do preço, das 136 bebidas analisadas, apenas 45 bebidas possuíam registos de preço nos três momentos de recolha de informação. Em 2018, verificou-se a alteração de preço de 43 bebidas, face a 2016. Destas, 77% correspondem a um aumento de preço, verificando-se um aumento médio de 0,32€±0,32, para o conjunto de bebidas que aumentaram o preço. Estas alterações aumentaram significativamente o preço médio destas bebidas em 12%, correspondendo a um total de 0,13€ por litro ($p<0,05$). No entanto, se o valor correspondente à tributação de cada bebida for subtraído ao seu preço em 2018, a variação entre o preço de 2016 e o preço de 2018 não é estatisticamente significativa. Portanto, este aumento do preço final, por litro, entre 2016-2018, possivelmente, indica que a introdução do imposto se refletiu no preço final das bebidas ao consumidor. Esta análise também pode ser verificada tendo em conta a correlação positiva, ainda que fraca, entre o preço final, por litro, e o escalão de tributação no qual a bebida se insere, no ano de 2018 e no ano de 2020. Isto é, as bebidas que se enquadram no escalão superior do imposto são, também, as bebidas que apresentam um preço final mais elevado. Posteriormente, em 2020, verificaram-se oscilações de preço em 38 das bebidas taxadas analisadas, face a 2018. Destas, 66% bebidas correspondem a uma diminuição, verificando-se uma redução média de 0,35€±0,34 por litro, para o conjunto de bebidas que diminuíram o preço. Deste modo, o preço médio diminuiu significativamente em 12%, correspondendo a um total de 0,13€ por litro durante o período de 2018 a 2020 ($p<0,05$) (Figura 29).

Figura 29. **Evolução média do preço por litro das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes |2016- 2020**



Fonte: DGS, base de dados bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, 2016, 2018 e 2020.

4.3 Aumento da literacia alimentar e nutricional

4.3.1 Regulação da publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos

Perfil nutricional para as restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos

No seguimento do disposto na Lei no 30/2019, de 23 de abril, a DGS publicou o Despacho n.o 7450-A/2019, de 21 de agosto, que determina o perfil nutricional para efeitos de aplicação da referida Lei (8). Em paralelo, foi publicado o manual "Perfil nutricional – restrições à publicidade alimentar dirigida a crianças" que descreve o racional para a definição do perfil nutricional (9).

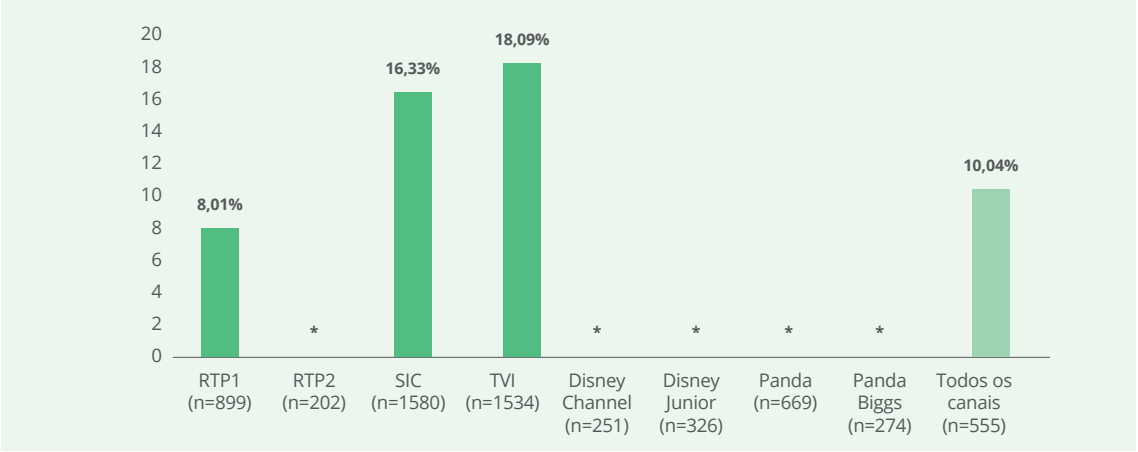
Resultados da monitorização da publicidade alimentar dirigida a crianças

No contexto da entrada em vigor da Lei no 30/2019, de 23 de abril, que introduz restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 2016, importa agora monitorizar o seu cumprimento. Para o efeito, o PNPAS avaliou a publicidade alimentar dirigida a crianças em diferentes meios de comunicação, nomeadamente na televisão e em contexto digital. Para a análise da publicidade a alimentos no contexto televisivo, foram analisados todos os canais portugueses generalistas e de acesso livre (RTP1, RTP2, SIC e TVI) e os canais infantis por cabo/fibra destinados ao público infantil. O período de recolha de dados decorreu de março a maio de 2020 e foram avaliados 5555 anúncios com publicidade alimentar. Para cada canal televisivo foram recolhidos todos os anúncios de 2 dias da semana e 2 dias de fim de semana, entre as 6h e as 22h (32 dias analisados).

Relativamente ao contexto digital, foram analisadas as marcas e submarcas de produtos alimentares que comercializam as categorias de alimentos que são mais frequentemente publicitadas para crianças, nomeadamente chocolates e produtos de confeitaria, bolos, outros produtos de pastelaria e bolachas, aperitivos/snacks, iogurtes, queijos, cereais de pequeno-almoço, gelados e sorvetes, sumos, bebidas refrigerantes, bebidas energéticas e isotónicas, leite e bebidas vegetais. Assim, foram considerados para análise um total de 90 websites portugueses. Foram também analisados os perfis das mesmas marcas nas redes socias (Facebook® e Instagram®), totalizando 70 páginas de Facebook® e 44 páginas de Instagram®.

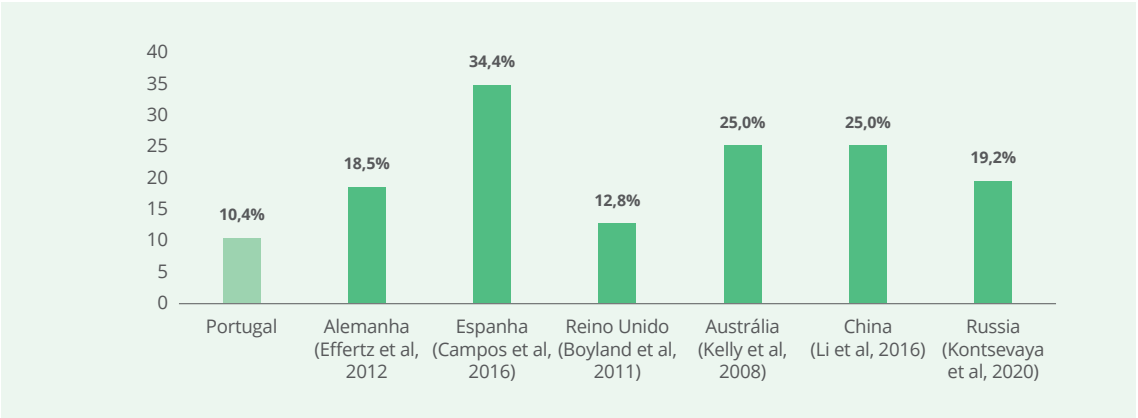
Do total de anúncios analisados, 10,4% promoviam alimentos e bebidas, sendo esta percentagem variável em função do canal televisivo. Não se verificou qualquer publicidade a alimentos nos canais infantis (Figura 30). No geral, a percentagem de anúncios a alimentos encontrada neste estudo foi inferior aos resultados obtidos por outros estudos realizados a nível internacional, que varia entre 12,8% e 34,4% (Figura 31) e aos resultados obtidos por um estudo realizado em Portugal em 2008 (27,1%) (Figura 32).

Figura 30. **Percentagem do total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas, na totalidade, por canal e por dia de semana/fim de semana**



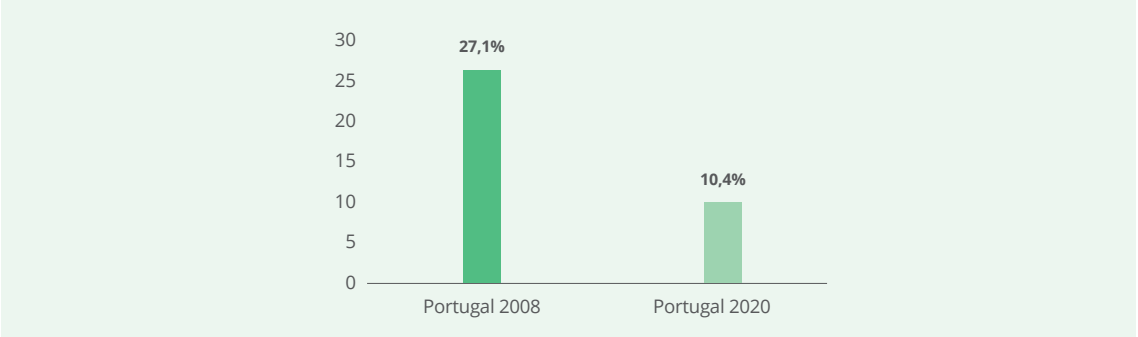
* sem publicidade a alimentos.

Figura 31. **Comparação com outros países da percentagem total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas, na TV**



* sem publicidade a alimentos.

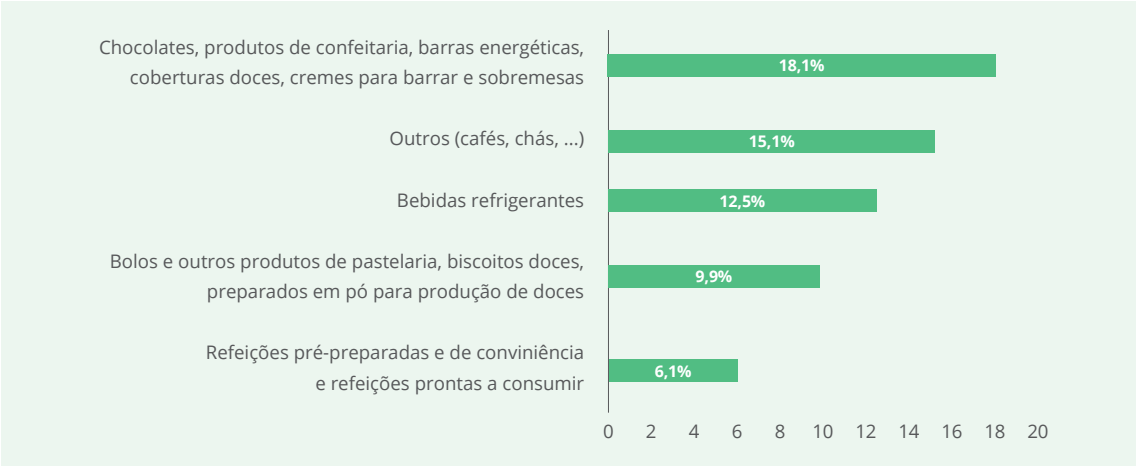
Figura 32. **Percentagem do total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas na TV, em comparação com estudos prévios | 2008 vs. 2020**



Quais as categorias de alimentos e bebidas publicitados?

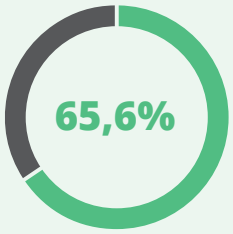
Os alimentos mais publicitados pertenciam às categorias dos chocolates e outros produtos de confeitaria, outros (cafés, chás, ...), bebidas refrigerantes e bolos, bolachas e outros produtos de pastelaria (Figura 33).

Figura 33. **Percentagem do total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas na TV, em comparação com estudos prévios 2008 vs. 2020**



Nota: n=575

Figura 34. **Percentagem de anúncios que não cumpre com o perfil nutricional definido pela DGS**



A maior percentagem de anúncios alimentares não cumpria o perfil nutricional definido pela DGS (65,6%) (Figura 34). A percentagem de anúncios a alimentos e bebidas que não cumpre o perfil nutricional definido pela DGS, de acordo com os diferentes canais televisivos encontra-se descrita na Figura 35.

Figura 35. **Percentagem de anúncios promovidos a alimentos e bebidas, por canal, de acordo com o cumprimento do perfil nutricional definido pela DGS**

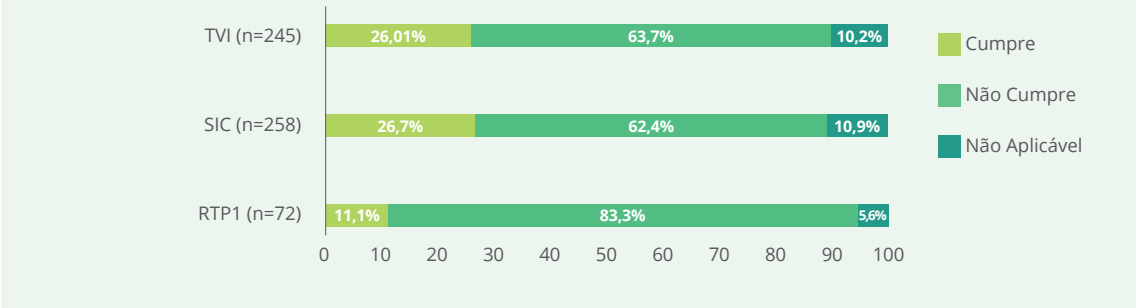


Figura 36. **Percentagem de anúncios promovidos a alimentos e bebidas que não cumprem com o perfil nutricional em vigor, em Portugal e cinco países**

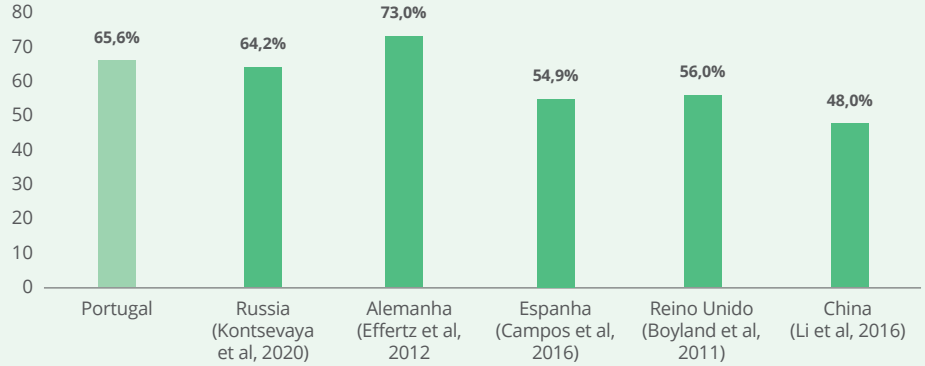


Figura 37. **Percentagem de anúncios de alimentos e bebidas dirigidos a crianças**

Do total de anúncios alimentares analisados, através da análise do seu conteúdo, foi possível verificar que 18,6% dos anúncios alimentares eram dirigidos a crianças (Figura 37). As categorias de alimentos publicitadas nos anúncios dirigidos a crianças estão apresentadas na Figura 40, onde se destacam as categorias dos chocolates e outros produtos de confeitaria e a categoria dos bolos, bolachas e outros produtos de pastelaria (38,3% e 32,7%, respetivamente). No que diz respeito à caracterização dos géneros alimentícios, verificou- se que cerca de 93,5% não cumpria o perfil nutricional definido pela DGS (Figura 39).

Figura 38. **Top 6 alimentos e bebidas publicitados para as crianças**

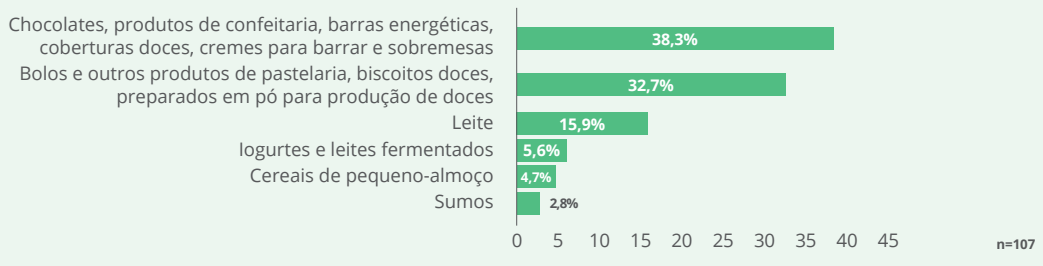


Figura 39. **Percentagem de anúncios de alimentos e bebidas dirigidos a crianças que não cumpre com o perfil nutricional definido pela DGS**

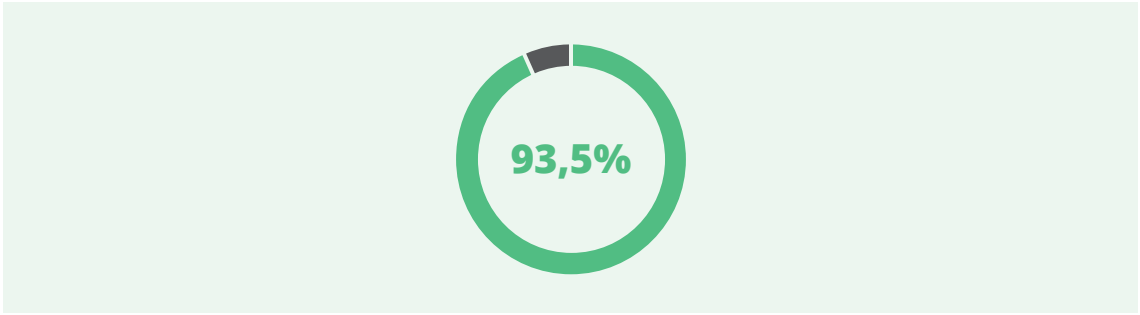


Figura 40. **Percentagem do total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas que não cumpre o perfil nutricional definido pela DGS, por hora**

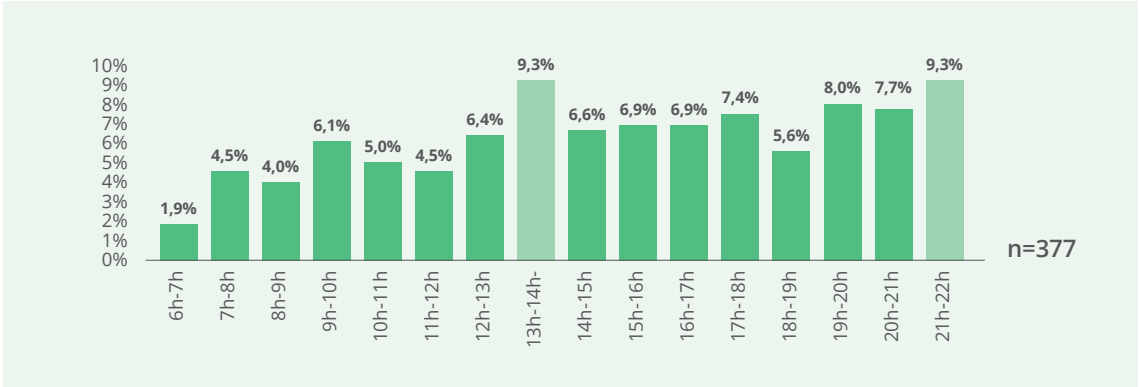
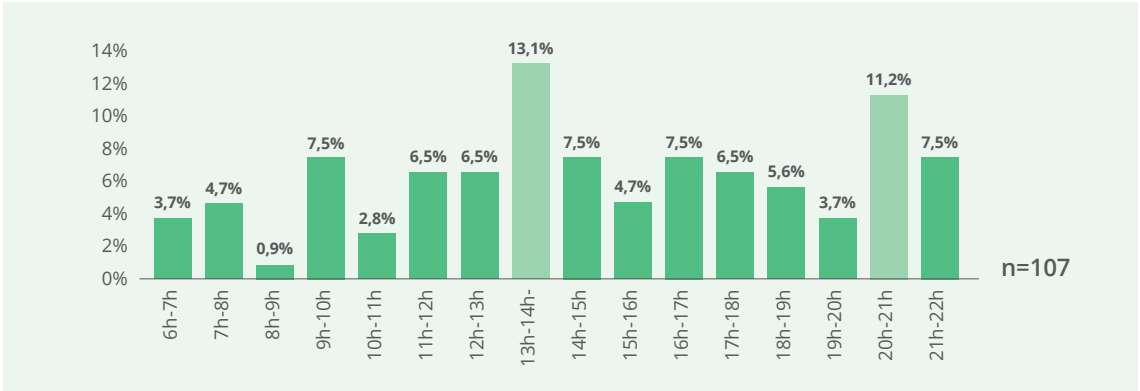
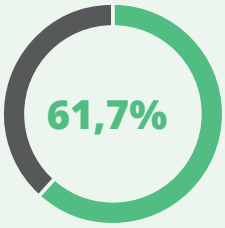


Figura 41. **Percentagem do total de anúncios promovidos a alimentos e bebidas dirigidos a crianças, por hora**



A maior percentagem de anúncios alimentares ocorreu nos dias de semana (61,7%) (Figura 42) e nos horários 13h-14h e 21h-22h (Figura 40). Para os anúncios a alimentos dirigidos especificamente a crianças, verificou- se uma maior frequência nos horários 13h-14h e 20h-21h (Figura 41).

Figura 42. **Percentagem de anúncios promovidos durante os dias de semana**



Monitorização do marketing digital dirigido a crianças

Dos websites analisados concluiu-se que, 21,1% apresentavam conteúdo dirigido a crianças, 17,8% a famílias e 16,7% a adolescentes, sendo que 36,8% dos websites com conteúdo dirigido a crianças requeriam a verificação da idade (< 16 anos) (Figura 43).

Analisando as técnicas de persuasão dirigidas a um público infantil, juvenil e familiar, verificou-se que 67,1% das marcas analisadas no Facebook® e 72,7% das marcas analisadas no Instagram® apresentavam técnicas de persuasão dirigidas a crianças (Figura 44). As categorias de alimentos onde se verificou uma maior proporção deste tipo de técnicas foram: chocolates e outros produtos de confeitaria, bolos, bolachas e outros produtos de pastelaria, sumos e bebidas refrigerantes, em ambas as redes sociais (Figura 45).

Figura 43. **Marketing digital de alimentos dirigido a crianças**

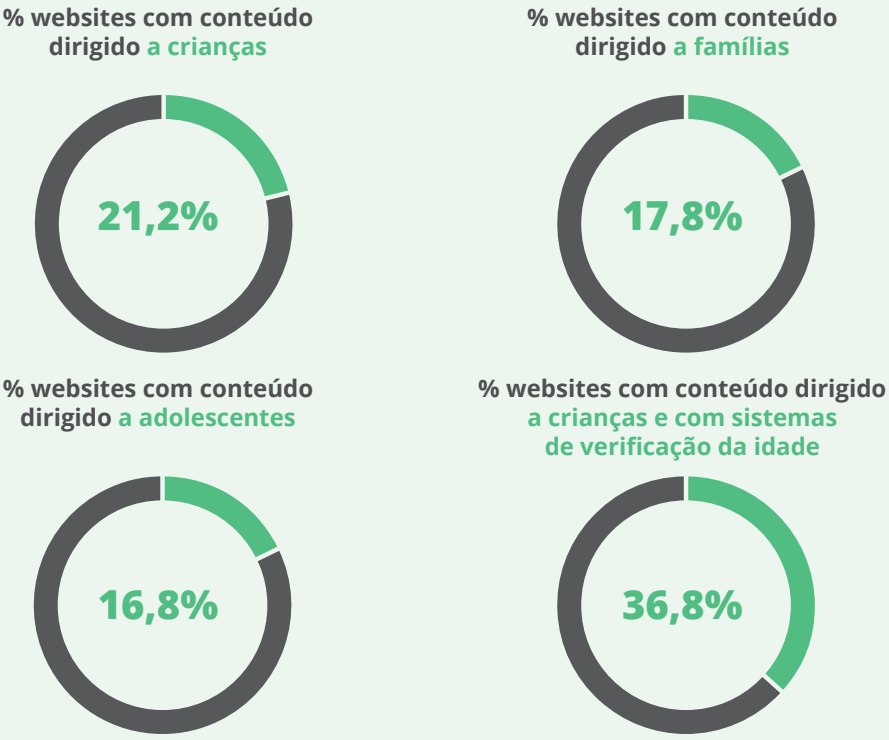
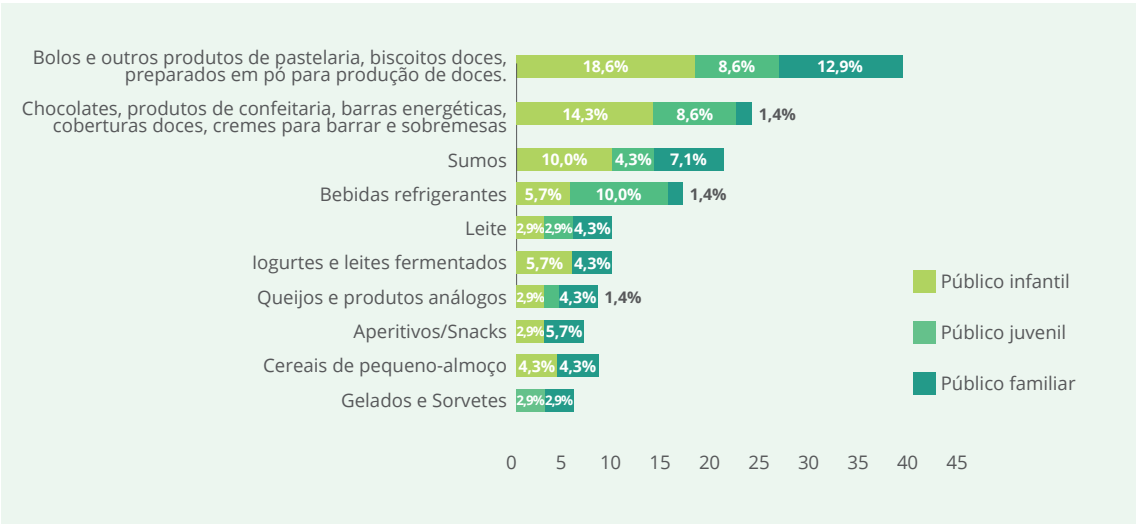


Figura 44. **Percentagem de utilização de técnicas de marketing persuasivas para promover alimentos dirigidos a crianças**

Figura 45. **Percentagem de técnicas de persuasão utilizadas tendo em conta o seu público-alvo, de acordo com as categorias de alimentos das marcas analisadas no Instagram**



4.3.2 Campanha "Comer melhor, uma receita para a vida"

Descrição da campanha

"Comer melhor, uma receita para a vida" (2019) foi o lema da campanha da DGS para a promoção da alimentação saudável que teve como objetivo desafiar os portugueses a, passo a passo, juntarem os "ingredientes" que mais estão em falta na alimentação dos portugueses. Tratou-se de uma campanha pela positiva que pretendeu "acrescentar valor" a alguns alimentos que são ainda pouco valorizados, apreciados e consumidos (fruta, hortícolas, leguminosas e água) pela população portuguesa.

Reconhecendo que a mudança de hábitos alimentares é um processo complexo, difícil e que tem mais possibilidades de ter sucesso quando se propõe um processo de mudança gradual, a campanha "Comer melhor, uma receita para a vida" baseou-se numa abordagem passo a passo, através da qual foram sugeridas pequenas mudanças na alimentação que podem fazer toda a diferença para a saúde.

Deste modo, esta receita para a vida propôs as seguintes mudanças para ajudar os portugueses a comer melhor: 1) beber mais água (mas sem açúcar) 2) aumentar o consumo de leguminosas (feijão, grão, ervilhas, lentilhas...) e 3) aumentar o consumo de fruta e hortícolas. A campanha teve a duração de 3 semanas e em cada uma destas semanas foi lançado um novo desafio.

Qual a relevância desta campanha?

Esta campanha foi sustentada em evidência científica, tendo em consideração os principais fatores de risco alimentares para a carga da doença em Portugal (dados do *Global Burden Disease* 2017), apostando na promoção do consumo dos alimentos que mais estão em falta na alimentação dos portugueses e promovendo o consumo de água que é uma das melhores formas de combater o consumo excessivo de bebidas açucaradas. É determinante intervir na promoção do consumo dos alimentos cujo baixo consumo representa um fator de risco para a saúde (ex.: fruta e hortícolas, leguminosas e cereais integrais). O aumento do consumo destes alimentos pode acrescentar anos de vida saudável aos portugueses.

Os dados do último Inquérito Alimentar Nacional (2015/2016) mostram que mais de metade dos portugueses não cumpre a recomendação de consumo diário de pelo menos 400 g de fruta e hortícolas, sendo este valor superior para os adolescentes (78%) e para as crianças (72%). Também o consumo de leguminosas se encontra abaixo do recomendado, com um consumo médio diário de 18 g, representando apenas 1/4 da recomendação (80g). No que diz respeito à ingestão de água, a população portuguesa bebe em média menos de 1 litro de água por dia, sendo as crianças as que menos água bebem (menos de 500 mL/dia) e em contrapartida as bebidas açucaradas vão ganhando destaque. A percentagem de crianças e adolescentes com um consumo diário de refrigerantes ou néctares (≥220 g/dia) é de 22% e 42%, respetivamente (10).

Objetivos gerais

- **Sensibilizar para a importância** (apresentando os ganhos reais para a saúde de pequenas mudanças na alimentação)
- **Aumentar a motivação** (demonstrando a facilidade de implementar pequenas mudanças na alimentação)
- **Aumentar a competência** (descrevendo como é possível atingir as recomendações).

Público-alvo

População adulta portuguesa dos 18 aos 65 anos, tentando alcançar em particular os grupos mais jovens uma vez que são grupos de risco para o baixo consumo de fruta, hortícolas e leguminosas e para um elevado consumo de bebidas açucaradas.

Meios de divulgação

Tratou-se da primeira campanha para a promoção da alimentação saudável em Portugal que utiliza uma estratégia de divulgação massificada, transversal a diferentes meios e com cobertura nacional. Os meios de divulgação foram os seguintes: televisão (RTP, SIC e TVI), rádio (Rádio Comercial, RFM e Antena 1), outdoor (MUPI (Mobiliário Urbano para Informação) – 540 faces (Grande Lisboa, Porto, Coimbra, Évora e Faro, sendo 60% das faces localizadas na Grande Lisboa e Porto)), transportes públicos (autocarros e metro), redes sociais (Facebook e Instagram) e meios regionais (rádio, imprensa escrita e órgãos de comunicação online)).

Figura 46. **Cartaz da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida" (2019)**

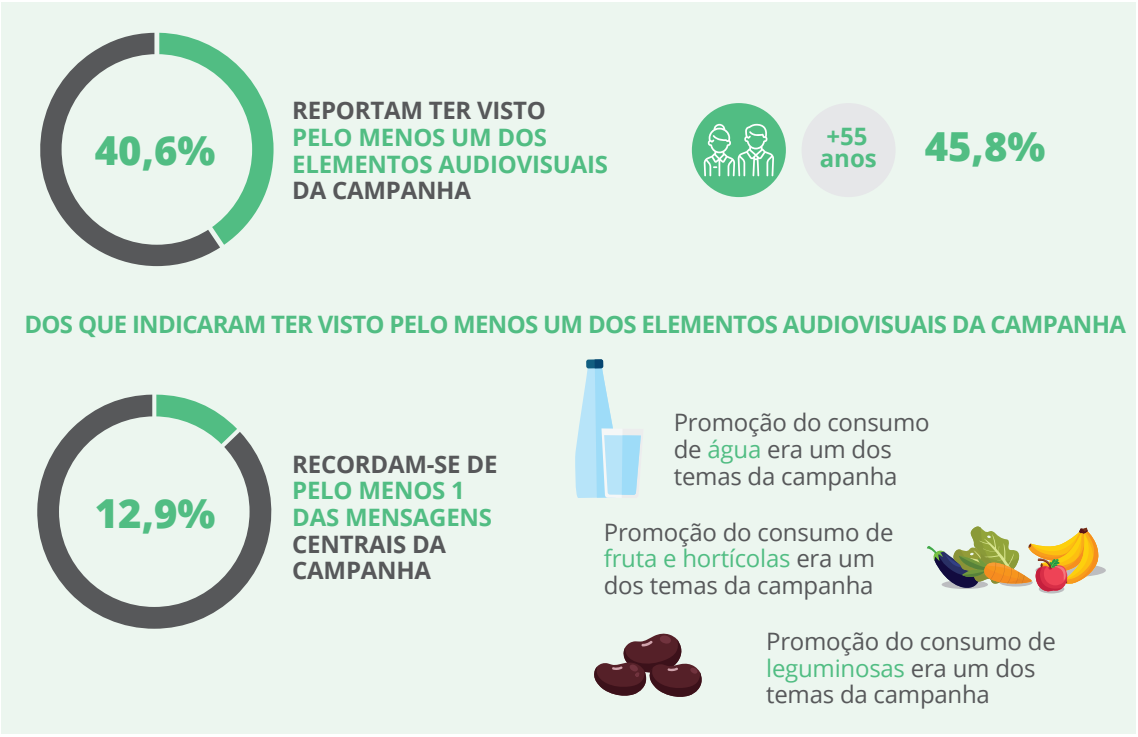
Resultados do estudo de avaliação da campanha

Foi realizado um estudo de avaliação da abrangência/alcance da campanha que englobou três grandes abordagens: um estudo qualitativo (com recolha de dados através de *focus groups*), uma abordagem quantitativa (inquérito *online*), e análise de indicadores de redes sociais digitas utilizadas para disseminação dos conteúdos da campanha.

Os resultados apresentados neste relatório são relativos à componente quantitativa, que correspondeu a um estudo observacional transversal, com recolha de dados através de inquérito online (questionários estruturados autoadministrados), com recolha de dados entre 14 de janeiro e 31 de março de 2020. A amostra é constituída por 1169 indivíduos. O relatório com os resultados completos deste estudo será publicado posteriormente, sendo apresentados neste relatório os resultados preliminares.

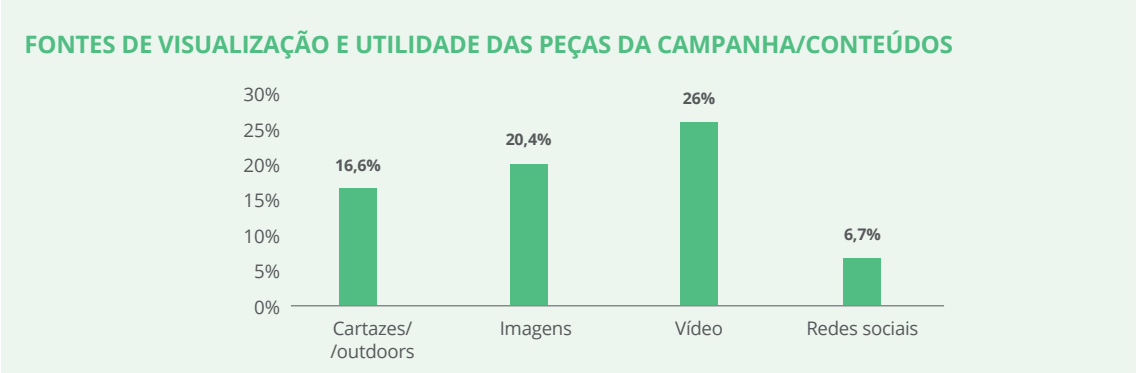
A finalidade principal deste estudo foi a de caracterizar, de forma retrospetiva, diferentes aspetos relativos à campanha "Comer melhor, uma receita para a vida" (que decorreu entre novembro e dezembro de 2019), nomeadamente: (a) indicadores da abrangência (outreach) da campanha (procurando responder à pergunta sobre quantas pessoas foram expostas à campanha e com que características sociodemográficas) (b) identificação das estratégias de distribuição das mensagens da campanha mais efetivas (em função do número de pessoas que reconheceram ter tido contacto com a campanha através dessas vias de distribuição), (c) identificação das mensagens da campanha que chegaram mais facilmente à população (mais fácies de compreender/intuir, que chamaram mais a atenção, que ficaram mais facilmente retidas na memória, pelo menos a dois/três meses, dos cidadãos); (d) perspetivas, por parte de cidadãos, profissionais de saúde (em particular, de médicos, enfermeiros, nutricionistas), e *influencers* digitais, relativamente às mensagens incluídas na campanha bem como à forma como a campanha foi realizada (e.g., estratégias de divulgação), e (e) indicadores de perceção pública da efetividade da campanha, avaliada por perceção do impacto das mensagens em termos de alteração de crenças, atitudes e comportamentos, como resultado do/a contacto com os elementos da campanha (imagens, vídeos, textos).

Figura 47. **Resultados do alcance da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida"**



A campanha "Comer melhor, uma receita para a vida" chegou a 40,6% dos participantes neste estudo, sendo que chegou a mais pessoas com 55 ou mais anos (45,8%). Dos que indicaram ter visto pelo menos um dos elementos audiovisuais da campanha, 12,9% indicaram corretamente pelo menos uma das mensagens centrais da campanha (Figura 47). Deste modo, o valor final de share da população que teve contacto com a campanha é de 5,2%, o que representa aproximadamente meio milhão de portugueses. O vídeo foi o elemento audiovisual da campanha que teve um maior alcance, tendo chegado a 26,0% dos participantes neste estudo (Figura 48).

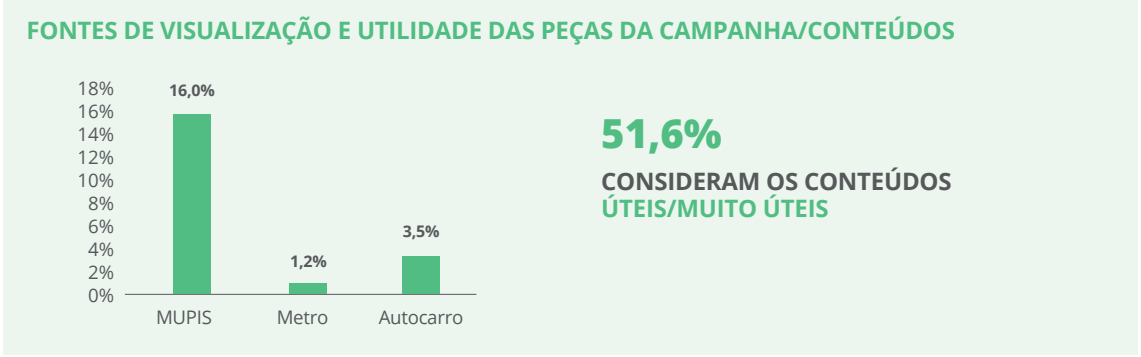
Figura 48. **Percentagem de alcance da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida", em função dos seus diferentes elementos audiovisuais**



1. Cartazes/outdoors

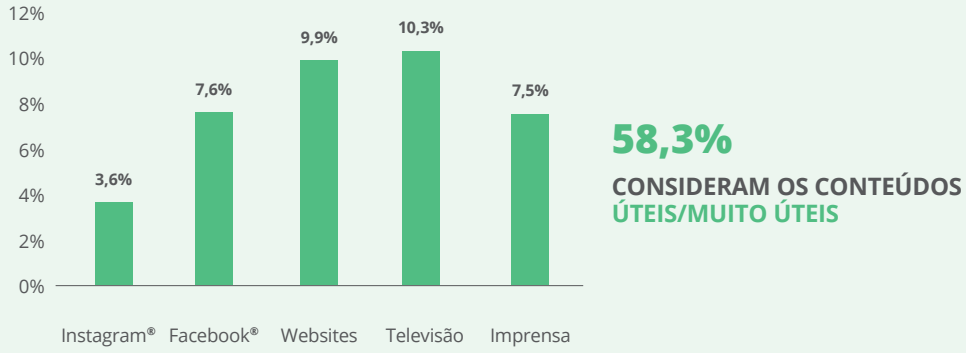
Fontes de visualização

Figura 49. **Fontes de visualização dos cartazes/outdoors da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida"**



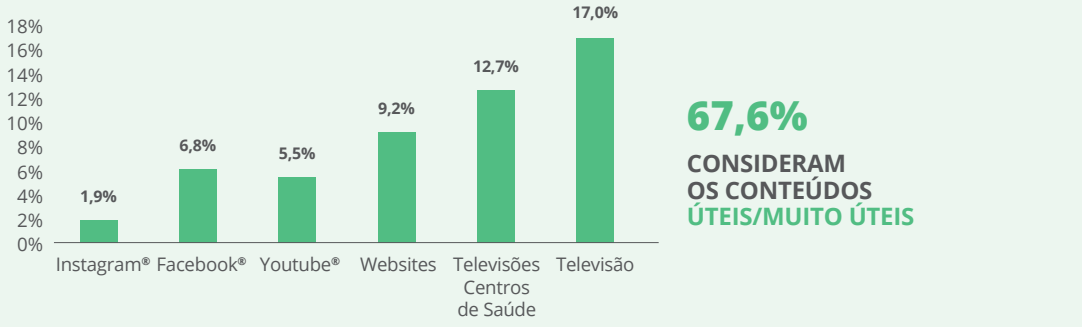
2. Publicações nas redes sociais

Figura 50. **Fontes de visualização das imagens diversas da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida"**



3. Vídeo da campanha

Figura 51. **Fontes de visualização do vídeo da campanha "Comer melhor, uma receita para a vida"**

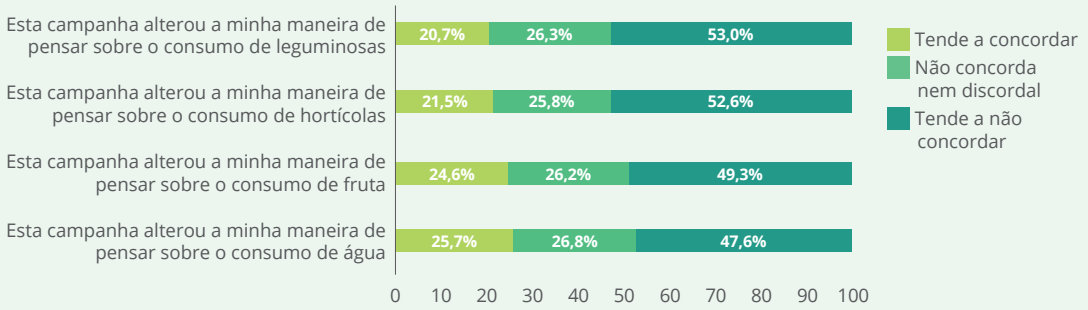


Indicadores de efetividade da campanha

Para avaliar a efetividade da campanha, foram analisados indicadores de perceção pública da efetividade da campanha, relativos à perceção do impacto das mensagens em termos de alteração de crenças, autoeficácia, atitudes e comportamentos, como resultado do contacto com os elementos da campanha (imagens, vídeos, textos). Esta análise foi efetuada para os 40,6% (n=379) que referiam ter estado expostos a pelo menos um dos elementos audiovisuais da campanha.

Alteração de crenças quanto à perceção face ao consumo de hortofrutícolas, fruta, leguminosas ou água

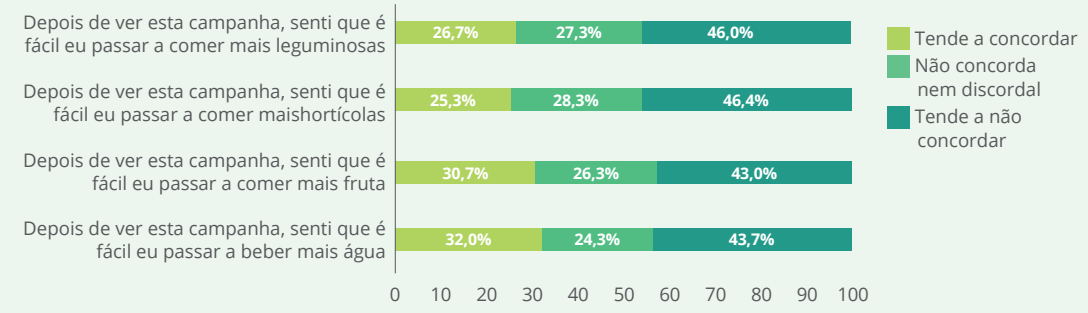
Figura 52. **Autorrelato de alteração de crenças sobre o consumo de alimentos, como resultado da exposição à campanha "Comer melhor, uma receita para a vida**



Cerca de 20% dos inquiridos que foram expostos à campanha referiu que a mesma teve como efeito alterar as suas crenças face ao consumo de fruta, hortícolas, leguminosas ou água (Figura 52).

Alteração de perceção de autoeficácia/perceção face à facilidade de aumentar o consumo de hortofrutícolas, fruta, leguminosas ou água

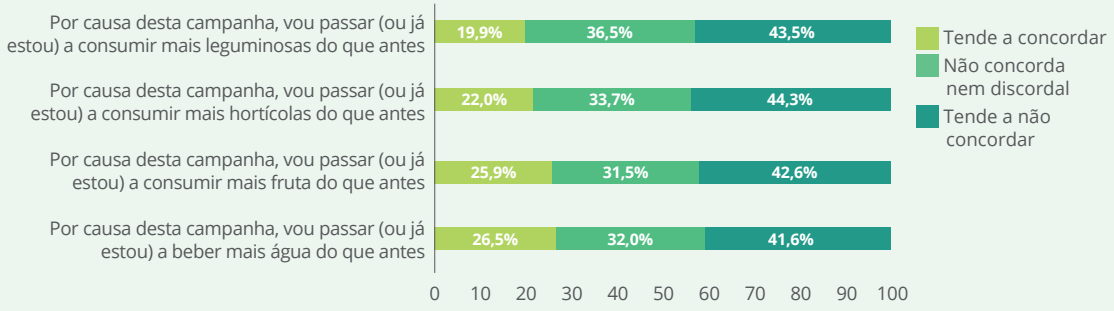
Figura 53. **Autorrelato de alteração da perceção da autoeficácia/perceção face à facilidade para aumentar o consumo de alimentos, como resultado da exposição à campanha "Comer melhor, uma receita para a vida**



Cerca de 1⁄4 dos inquiridos que estiveram expostos à campanha "Comer melhor, uma receita para a vida", referiram que esta campanha alterou a sua perceção face à facilidade de aumentar o consumo de hortofrutícolas, fruta, leguminosas e água (Figura 53).

Alteração de atitudes/comportamentos relativos ao consumo de hortofrutícolas, fruta, leguminosas ou água.

Figura 54. **Autorrelato de alteração de atitudes/comportamentos relativos ao consumo de alimentos, como resultado da exposição à campanha "Comer melhor, uma receita para a vida**



Cerca de 20% dos inquiridos que estiveram expostos à campanha "Comer melhor, uma receita para a vida, reportaram ter modificado as atitudes/comportamentos face ao consumo de fruta, hortícolas, leguminosas e água (Figura 54).

Perceção face ao investimento que é feito a nível nacional para a promoção da alimentação saudável

Cerca de 23% dos participantes neste estudo concordam que o governo Português tem trabalhado para promover a alimentação saudável na população portuguesa, sendo esta percentagem mais elevada entre aqueles com um nível de escolaridade mais elevado (32,6% vs 20,5%). Neste sentido, 77,7% dos participantes concordam que o governo português deve investir mais dinheiro em campanhas de promoção da alimentação saudável, sendo esta uma opinião partilhada por homens (80,5 %) e mulheres (75,4%) de todas as faixas etárias e níveis de escolaridade.

4.3.3 Estratégia de comunicação do PNPAS – publicação novo site e blogue

Desde o início da sua implementação, o PNPAS tem vindo a fazer um forte investimento na melhoria da comunicação na área da alimentação e nutrição.

A estratégia de comunicação do PNPAS baseia-se essencialmente na utilização dos meios digitais, nomeadamente do seu blogue Nutrimento e do seu sítio web, estando também presente nas redes sociais como o Twitterâ, Instagram e Youtubeâ. No Instagramâ o PNPAS já conta com um total de 7851 utilizadores e no Youtubeâ com um total de 1350 subscritores.

O enorme alcance deste modelo de comunicação é uma das suas mais-valias. Em janeiro de 2020 foi lançada uma nova versão do site e blogue, reestruturada do ponto de vista gráfico e da sua organização de forma a facilitar a consulta por parte dos utilizadores, dos quais se destaca uma biblioteca virtual que compila todos os materiais e documentos produzidos pelo PNPAS (Figura 55).

As Figuras 56 a 59, relativas à evolução do número de visualizações e número de utilizadores desde as datas de lançamento do sítio web do PNPAS (alimentacaosaudavel.dgs.pt) e do blogue Nutrimento (nutrimento.pt), sugerem um decréscimo neste último ano, apesar da forte presença da DGS e do PNPAS nas redes sociais e como plataforma de referência na área. Estes resultados poderão refletir o período em que o website esteve em reestruturação.

Figura 55. **Novo sítio web do PNPAS (alimentacaosaudavel.dgs.pt)**

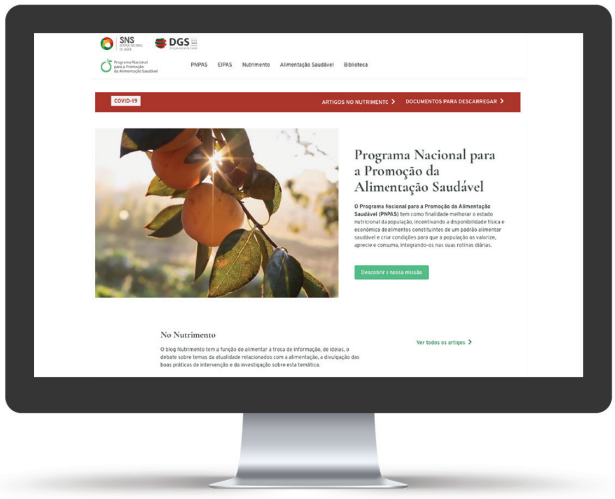


Figura 56. **Evolução do número anual de visualizações do blogue Nutrimento | 2014 - 2019**

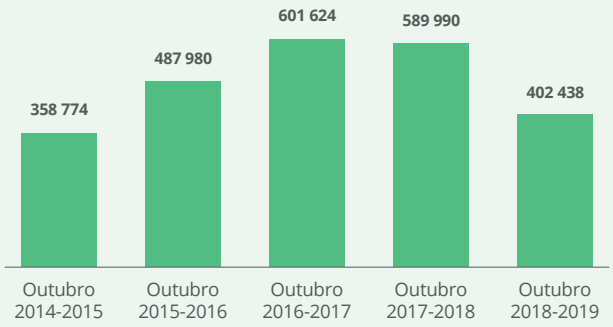


Figura 57. **Evolução do número anual de visualizações do sítio Web do PNPAS | 2015 -2019**

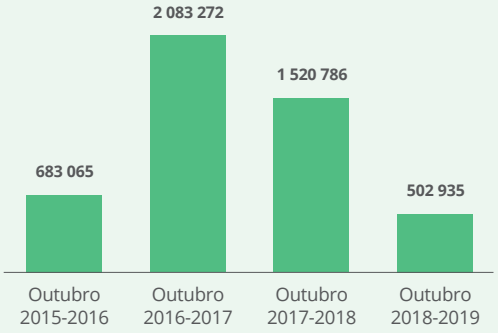


Figura 58. **Evolução anual do número de utilizadores do blogue Nutrimento | 2014 -2019**

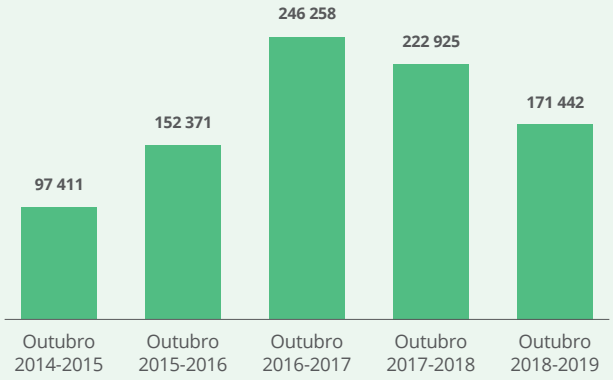
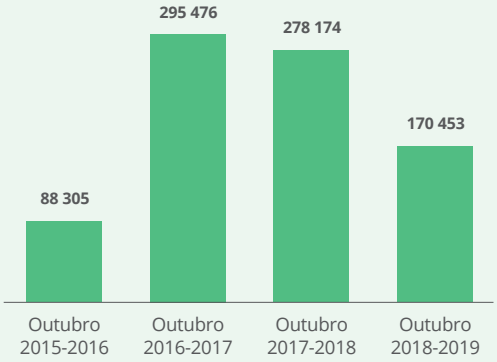


Figura 59. **Evolução anual do número de utilizadores do sítio Web do PNPAS | 2015 -2019**

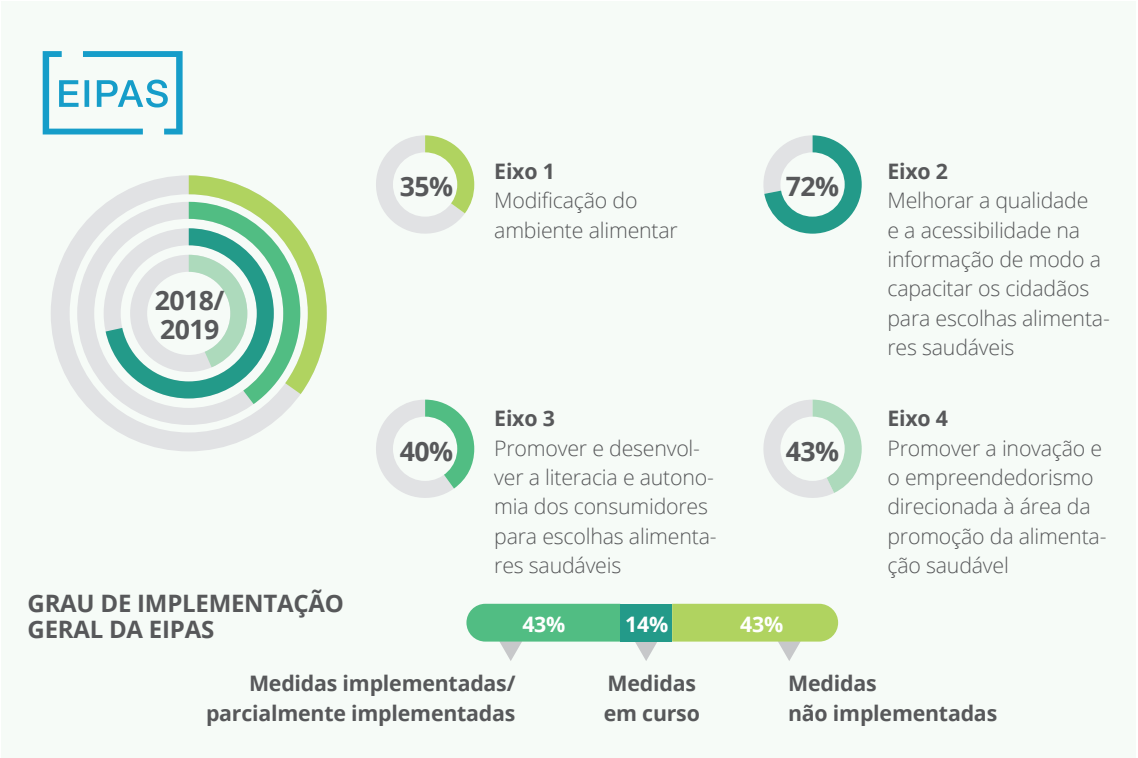


4.4 Ações intersectoriais

4.4.1 Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS)

O PNPAS coordena a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) desde dezembro de 2017. A sua implementação tem sido monitorizada, apresentando-se na Figura 60 o grau de implementação desta estratégia durantes nos anos de 2018 e 2019. Mais de 50% das medidas da EIPAS já se encontram implementadas/ parcialmente implementas ou em curso.

Figura 60. **Grau de implementação da EIPAS**



4.5 Capacitação dos profissionais de saúde

4.5.1 Publicação do manual "Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos"

Considerando a importância da alimentação nos primeiros dias de vida, quer no processo de crescimento e desenvolvimento, quer na expressão do binómio saúde/doença ao longo da vida, o PNPAS publicou em outubro de 2019 um manual com linhas de orientação para a alimentação dos 0 aos 6 anos de idade. Os primeiros meses/anos de vida são determinantes não apenas para a aquisição de hábitos alimentos saudáveis, mas também para a programação metabólica que muito condicionará a sua carga da doença ao longo da sua vida. A importância da promoção da alimentação saudável nos primeiros dias vida torna-se ainda mais importante no contexto atual em que se verifica uma elevada prevalência de excesso de peso e obesidade infantil. O manual pode ser consultado aqui.

4.5.2 Implementação da identificação sistemática do risco nutricional

As ferramentas de identificação do risco nutricional e respetivas funcionalidades tecnológicas que permitem auxiliar a sua implementação a todos os doentes admitidos nas unidades hospitalares do SNS, tal como determina o Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, estão atualmente ativadas na plataforma informática do Sistema Clínico Hospitalar (SClinico Hospitalar), permitindo assim a implementação generalizada da identificação do risco nutricional a todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

A implementação da identificação sistemática do risco nutricional iniciou-se no em maio de 2019, em duas unidades piloto, na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) e Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), tendo sido ativadas as novas funcionalidades do SClinico Hospitalar de forma generalizada a todas as unidades hospitalares do SNS no dia 2 agosto de 2019. Todo este processo de implementação da identificação sistemática do risco nutricional foi acompanhado pelo Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 6691/2019, de 26 de julho, coordenado pelo PNPAS.

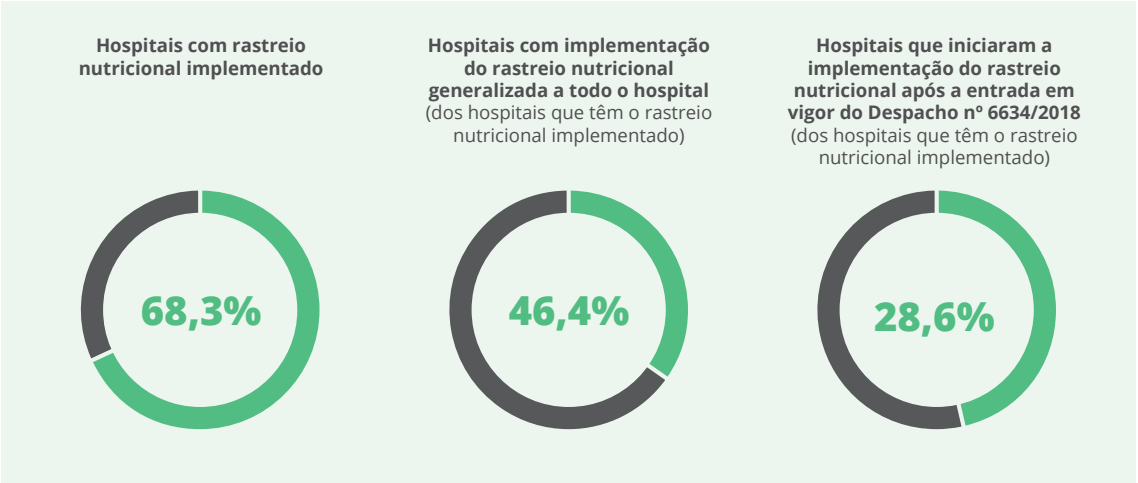
Tendo por base as experiências piloto acima referidas, o grupo de trabalho supracitado elaborou o manual "Rastreio Nutricional – Documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional" e o Manual de utilizador da SPM relativo ao risco nutricional, que descreve o processo de implementação da identificação sistemática do risco nutricional, bem como a adaptação das funcionalidades do SClinico, desenvolvidas por parte dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) para a sua implementação.

A identificação do risco nutricional é um passo essencial para a implementação de uma estratégia de combate à desnutrição hospitalar, uma condição que se estima que possa estar presente em 20% a 50% dos doentes internados (11). A identificação precoce dos doentes com desnutrição ou em risco nutricional é essencial para promover o suporte nutricional adequado à sua recuperação.

Neste relatório faz-se uma primeira avaliação do grau de implementação da identificação do risco nutricional nas unidades hospitalares do SNS. Os resultados presentes neste capítulo provêm de duas fontes distintas: 1) indicadores de desempenho do rastreio nutricional (definidos de acordo com o Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho) recolhidos pelo BI hospitalar de internamento da SPMS, que recolhe dados das unidades hospitalares que utilizam o SClinico como o software de registo clínico e 2) os resultados de um questionário aplicado pela DGS em junho de 2020 a todas as unidades hospitalares do SNS (Centro Hospitalares, Unidades Hospitalares, Hospitais Especializados, Institutos e Unidades Locais de Saúde). O questionário foi respondido por 41 unidades hospitalares (taxa de resposta de 84%). Os indicadores de desempenho provenientes do BI Hospitalar - Internamento são referentes a 34 unidades hospitalares e são relativos ao período de janeiro de 2019 a agosto de 2020, com exportação dos dados no dia 14 de setembro de 2020. Na análise dos indicadores de desempenho recolhidos pelo BI hospitalar deverá ser acautelada a possível subestimação dos resultados, uma vez que o registo poderá ser efetuado por outros softwares que não o SClinico e cujo modelo de registo poderá não estar a permitir a correta recolha dos indicadores de desempenho.

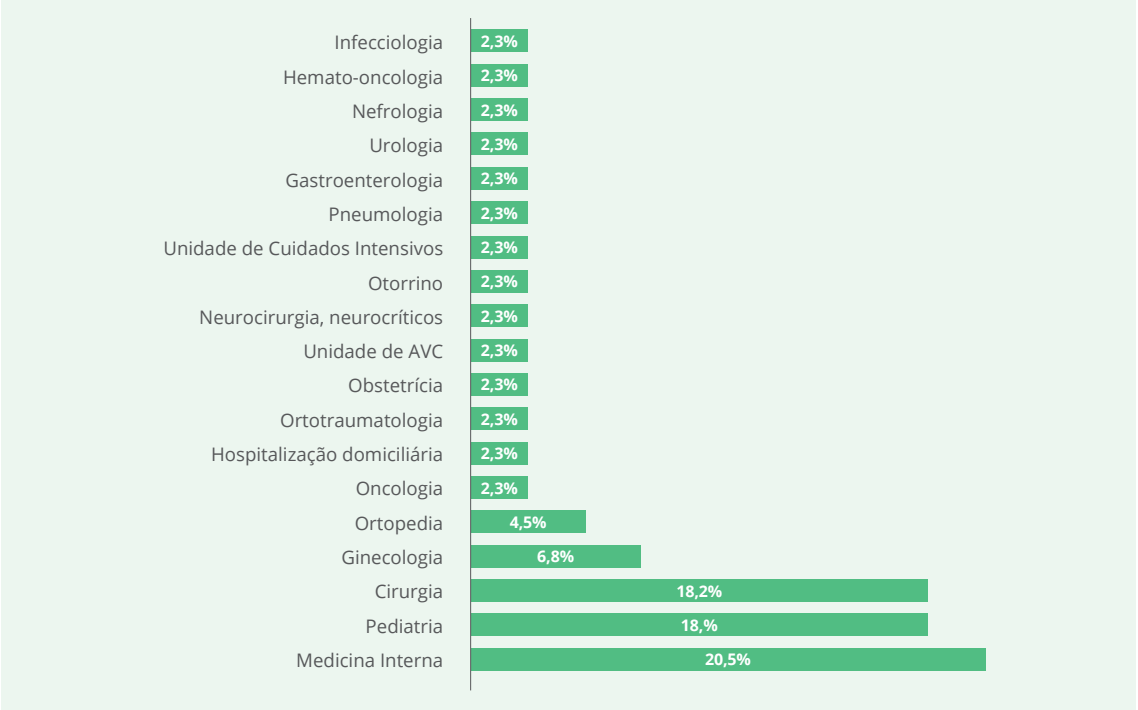
De acordo com os resultados do questionário aplicado pela DGS em junho de 2020, 68,3% (n=28) das unidades hospitalares que responderam ao questionário reportaram já ter implementado o rastreio nutricional. Das unidades hospitalares que já implementaram o rastreio nutricional, 46,4% (n=13) têm o rastreio nutricional implementado de forma generalizada a todo o hospital. Do total de unidades hospitalares que apresentam o rastreio nutricional implementado, 28,6% iniciaram este processo após a entrada em vigor do Despacho nº 6634/2018, de 6 de julho (Figura 61). Nas unidades hospitalares onde a implementação do rastreio nutricional não é generalizada a toda a instituição, a aplicação do rastreio centra-se essencialmente nas unidades/serviços de medicina, cirurgia e pediatria (Figura 62). Em mais de metade das unidades hospitalares (46,1%), o rastreio nutricional é realizado pela equipa de enfermagem (Figura 63).

Figura 61. **Nível de implementação do rastreio nutricional nas unidades hospitalares do SNS**



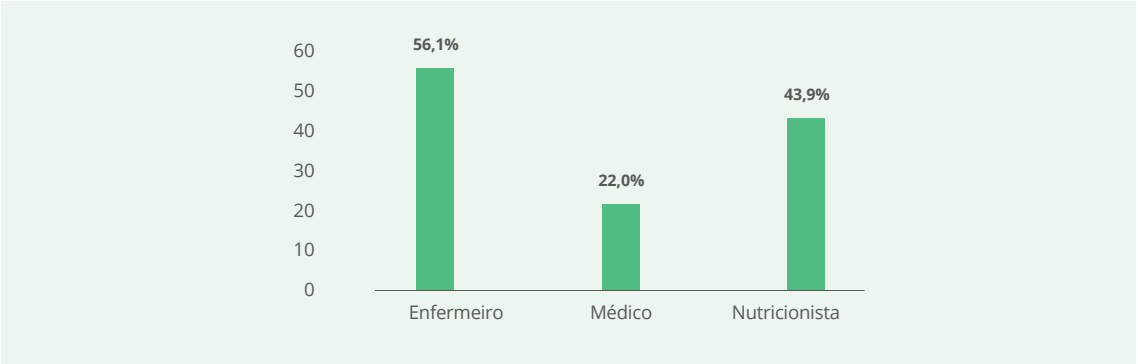
Fonte: Inquérito online realizado pela DGS às unidades hospitalares do SNS. Dados recolhidos em junho 2020.

Figura 62. **Serviços/unidades hospitalares onde a implementação do rastreio nutricional é mais frequente**



Fonte: Inquérito online realizado pela DGS às unidades hospitalares do SNS. Dados recolhidos em junho 2020.

Figura 63. **Profissionais responsáveis pela aplicação do rastreio nutricional**

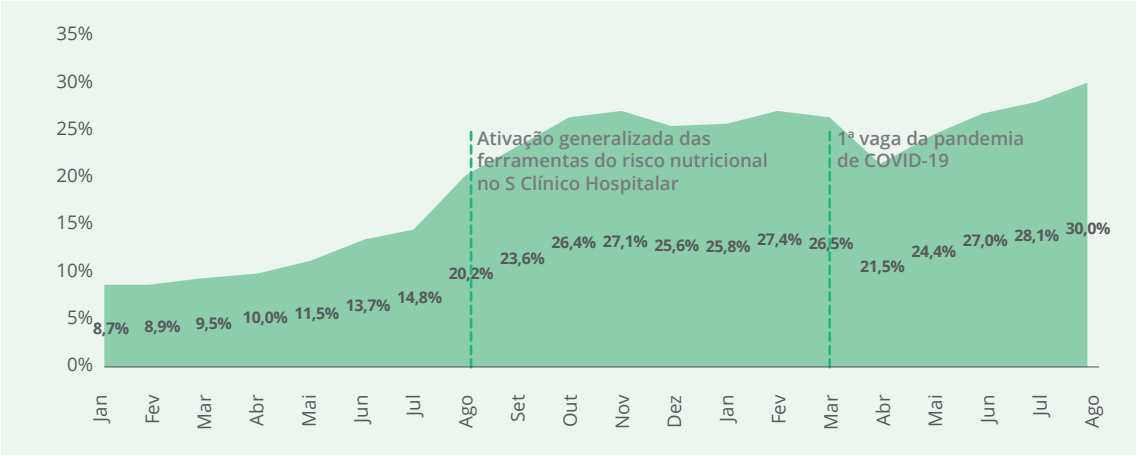


*Enfermeiro (n=23); Médico (n=9); Nutricionista (n=18).

Fonte: Inquérito online realizado pela DGS às unidades hospitalares do SNS. Dados recolhidos em junho 2020.

A evolução da percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão hospitalar encontra-se representada na Figura 64, sendo que a média nacional para a último mês em análise (agosto 2020) já atinge os 30%. Se se assumir que percentagens < 1% correspondem à não implementação do rastreio nutricional, a média da proporção de doentes submetidos a rastreio nutricional até às primeiras 48h após a admissão sobe para 38,4% (média nacional para agosto 2020). A evolução tem sido positiva, sendo que a pandemia da COVID-19 não parece ter comprometido a realização do rastreio nutricional, verificando-se apenas uma pequena quebra durante o mês de abril de 2019.

Figura 64. **Percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão hospitalar.**



Fonte: BI hospitalar, internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 14 set. 2020.

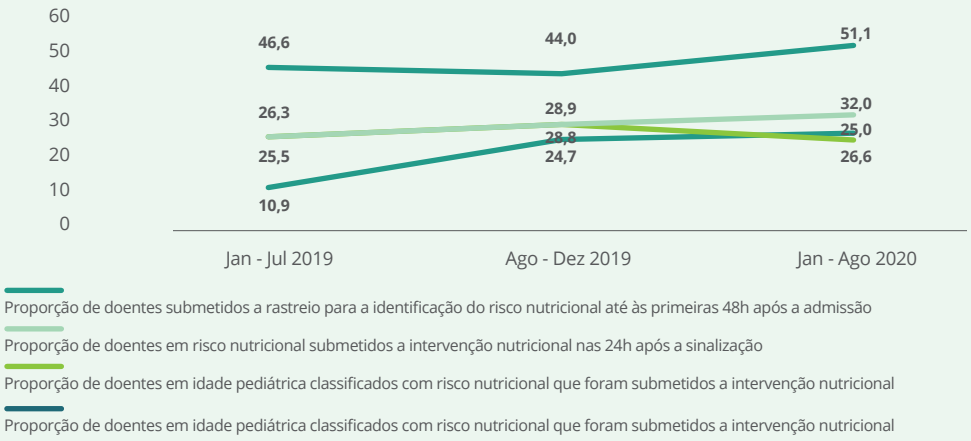
A média nacional para os diferentes indicadores de desempenho do rastreio nutricional foi analisada para 3 períodos distintos: 1. janeiro a julho de 2019 (período anterior à entrada em vigor do Despacho no 6634/2018, de 6 de julho), 2. agosto a dezembro 2019 (período pós entrada em vigor do Despacho n.o 6634/2018, de 6 de julho) e 3. janeiro a agosto 2020. Para a grande generalidade dos indicadores, a evolução temporal tem sido positiva (Tabela 17 e Figura 65). Dos doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h após a admissão hospitalar, no período de agosto de 2019 a agosto de 2020, 26,7% encontravam-se em risco nutricional.

Tabela 17. **Indicadores de desempenho dos hospitais relativos à implementação das ferramentas de identificação do risco nutricional previstos no Despacho n.o 6634/2018, de 6 de julho, para o período de janeiro a julho de 2019 (período pré-implementação das ferramentas de avaliação do risco nutricional no SClinico Hospitalar; período pós-implementação das ferramentas de avaliação do risco nutricional no SClinico Hospitalar (agosto-dezembro de 2019 e janeiro a agosto de 2020)**

Indicadores de desempenho	Janeiro-Julho 2019	Agosto-Dezembro 2019	Janeiro-Agosto 2020
% Doentes submetidos a rastreio para a identificação do risco nutricional na admissão até às primeiras 48h após a admissão	**10,95%** (29449 doentes rastreados de 268852 doentes admitidos)	**24,73%** (47867 doentes rastreados de 193534 doente	**26,53%** (74062 doentes rastreados de 279213 doentes admitidos)
% Doentes em risco nutricional submetidos a intervenção nutricional nas 24 h após a sinalização	**26,36%** (592 doentes com intervenção nutricional às 24 h após sinalização de 2246 doentes com risco nutricional)	**28,83%** (3799 doentes com intervenção nutricional às 24 h após sinalização de 13178 doentes com risco nutricional)	**32,09%** (6209 doentes com intervenção nutricional às 24 h após sinalização de 19351 doentes com risco nutricional)
% Doentes em idade pediátrica classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional	**25,49%** (182 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 714 doentes em risco nutricional)	**28,92%** (544 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 1881 doentes em risco nutricional)	**25,00%** (546 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 2184 doentes em risco nutricional)
% Doentes em idade adulta classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional	**46,61%** (714 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 1532 doentes em	**44,06%** (4978 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 11298 doentes em risco nutricional)	**51,11%** (8774 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 17167 doentes em risco nutricional)

Fonte: BI hospitalar, internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 14 set. 2020.

Figura 65. **Evolução temporal dos indicadores de desempenho associados à identificação do risco nutricional**



Fonte: BI hospitalar, internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 14 set. 2020.

De acordo com a literatura científica, poderá ser considerado o sucesso da implementação do rastreio nutricional, quando a proporção de doentes submetidos a rastreio para a identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão for igual ou superior a 50%. Tendo em conta este ponto de corte, de acordo com os dados do BI hospitalar, 24,3% das unidades hospitalares em análise já se encontram neste nível. Para os hospitais que se encontram neste grupo, a média para este indicador é de 67% (Figura 66). A Figura 69 descreve o grau de implementação do rastreio nutricional em contexto hospitalar, por região de saúde.

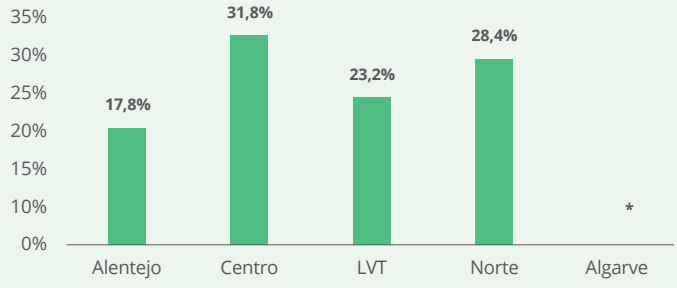
Figura 66. **Grau de implementação do rastreio nutricional nas diferentes unidades hospitalares do SNS**

Grau de implementação do rastreio Nutricional nas diferentes unidades hospitalares do SNS	
Doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h após a admissão hospitalar	**Unidades hospitalares (%)**
>=50%	24,3% (n=9)
>=20% - <50%	24,3% (n=9)
>10% - <20%	13,5% (n=5)
<10%	37,8% (n=14)

*Dados relativos a agosto de 2020.

Fonte: BI hospitalar, internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 14 set 2020.

Figura 67. **Grau de implementação do rastreio nutricional por região de saúde**



*Algarve – sem informação. **Dados relativos a agosto de 2020.
Nota: Alentejo (n=3); Centro (n=10); LVT (n=10); Norte (n=13); Fonte: BI hospitalar, internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 14 set. 2020.

4.5.3 Manual de Dietas Hospitalares

Os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) são unidades especializadas na recuperação do estado de saúde dos seus doentes. No contexto da sua missão, a qualidade da alimentação fornecida por estas unidades de saúde tem um papel fulcral na manutenção/ recuperação ou prevenção da deterioração do estado nutricional do doente, nomeadamente da desnutrição, enquanto uma condição muito prevalente em contexto hospitalar. Assim, o fornecimento de uma alimentação adequada será determinante para a recuperação do doente, contribuindo diretamente para o seu bem-estar e qualidade de vida, e podendo ainda ter impacto em outros *outcomes* de saúde, nomeadamente na redução do tempo de internamento e das complicações associadas. Neste contexto o PNPAS, coordenou o Grupo de trabalho criado pelo Despacho nº 5479/2017, de 23 de junho que elaborou o Manual de Dietas Hospitalares do SNS (12).

4.5.4 Modelo de intervenção alimentar e nutricional no contexto da COVID-19

A alimentação adequada e a necessidade de um adequado estado nutricional têm vindo a ganhar importância à medida que o conhecimento científico avança no contexto da pandemia da COVID-19. A alimentação e a nutrição vão-se assumindo como determinantes importantes na prevenção da doença e também como uma das áreas de intervenção prioritária para minimizar as consequências desta infeção viral.

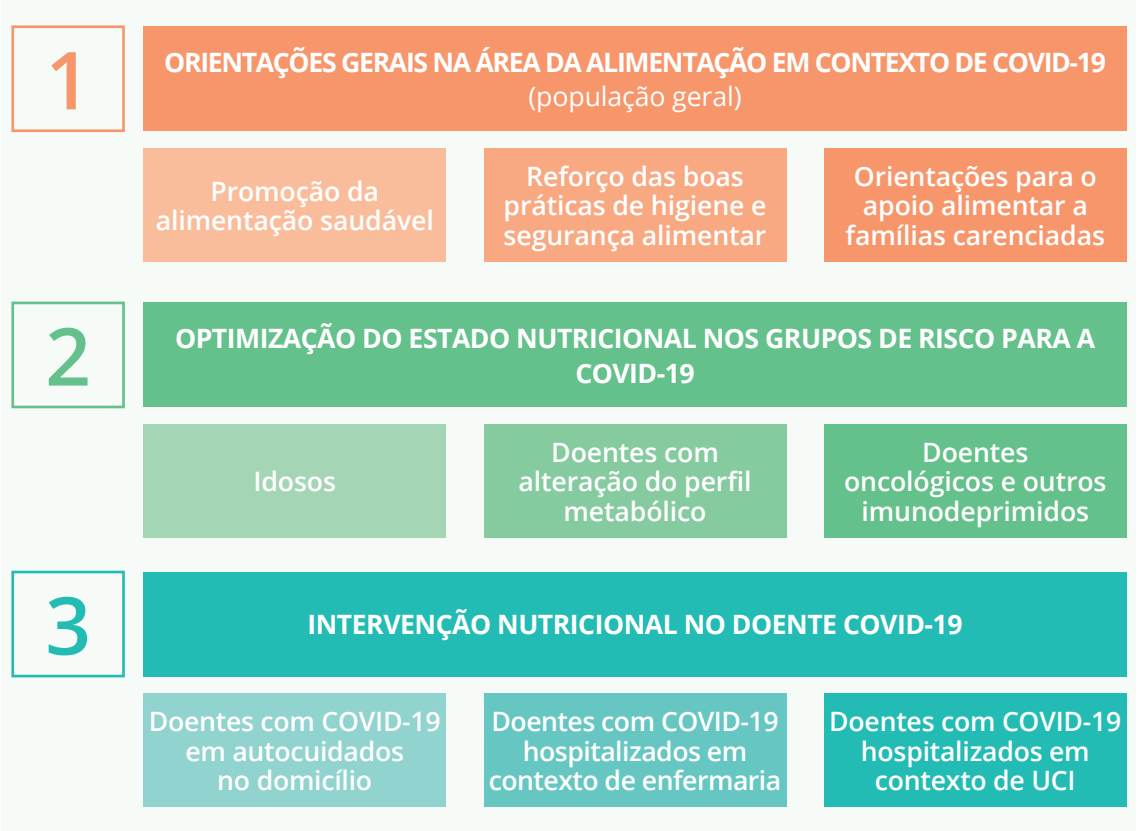
Uma ingestão alimentar adequada permite a manutenção do sistema imunitário em boas condições, a redução dos processos inflamatórios e o controlo metabólico, que são condições importantes, a nível populacional, para se enfrentar a doença.

Embora toda a população seja geralmente suscetível ao SARS-CoV-2, a maioria das pessoas infetadas que necessitam de internamento hospitalar são idosos ou indivíduos com doenças crónicas (obesidade, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares) (13). Sabemos também que os fatores que se têm vindo a associar a um risco aumentado de doença grave por COVID-19 e consequentemente a um pior prognóstico, como a hipoalbuminemia, linfopenia, sarcopenia/fragilidade, índice de massa corporal (IMC) elevado e a obesidade, têm relação com um pior estado nutricional (14). Estes dados apontam para a importância da promoção da alimentação saudável e da otimização do estado nutricional, em particular nos grupos da população com doenças crónicas, uma vez que são um grupo de risco e que representam uma larga percentagem da população adulta portuguesa.

Em paralelo, a abordagem terapêutica dos doentes com COVID-19 integra cada vez mais a componente nutricional. Apesar da evidência científica ser ainda limitada, a evidência mais recente vem confirmando a relevância do suporte nutricional nos vários estádios da doença, quer no doente crítico, quer no não crítico, podendo reduzir o risco de complicações.

Neste contexto, o PNPAS desenvolveu um modelo organizacional para a resposta nutricional no contexto da COVID-19, que se encontra organizado em grandes níveis de intervenção. Estes, refletem as prioridades identificadas até ao momento nesta área, sendo que a intervenção nutricional proposta se enquadra quer no âmbito da prevenção e redução do risco (níveis 1 e 2), quer no âmbito do tratamento da COVID-19 (3º e último nível).

Figura 68. **Intervenção alimentar e nutricional no contexto da COVID-19**



O primeiro nível de intervenção propõe-se que seja de âmbito populacional e de adequação universal, já que consiste na capacitação da população para escolhas alimentares mais informadas, desde o planeamento e compra até à necessidade de reforçar os princípios para uma alimentação saudável e as boas práticas de higiene e segurança alimentar. As medidas de contenção e de distanciamento social, implementadas para evitar a expansão da COVID-19, têm implicações diretas ou indiretas na alimentação, o que poderá justificar a necessidade de adequar hábitos de compra/planeamento da alimentação e consequentemente alguns comportamentos alimentares. Mais ainda, as medidas gerais de promoção da alimentação saudável no seio da população e no contexto de uma epidemia necessitam de respeitar a equidade no acesso aos alimentos e a capacidade de identificar e trabalhar com grupos alargados da população que nestes períodos migram para a zona de risco de insegurança alimentar. Daí, esta proposta dá uma atenção especial à insegurança alimentar e aos melhores formatos de intervenção na comunidade para identificar e minimizar os efeitos desta situação.

Num segundo nível de intervenção (nível 2), pretende-se, especificamente, contribuir para a otimização do estado nutricional dos grupos de risco para a COVID-19. Como grupos de risco que podem ser afetados mais severamente pela doença, identificam-se os idosos, os indivíduos com alteração do perfil metabólico e com comorbilidades muitas vezes associadas à obesidade como a diabetes a hipertensão, e ainda os indivíduos que apresentam uma situação clínica que cursa com algum nível de imunossupressão, como por exemplo os doentes com doença oncológica.

Por último, a intervenção alimentar e nutricional especializada emerge como uma mais-valia durante a abordagem terapêutica dos doentes com COVID-19, seja o doente que está no seu domicílio em autocuidados, seja o doente internado nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), sendo este considerado o terceiro nível de intervenção descrito neste manual (nível 3).

Para todos os níveis identificados e propostos neste modelo organizacional, o PNPAS desenvolveu diversos documentos, nomeadamente manuais, materiais de divulgação e orientações para a intervenção nutricional no contexto da COVID-19, que podem ser consultados aqui. O manual completo da intervenção alimentar e nutricional na COVID-19 pode ser consultado aqui (15).

5. Monitorização das Metas a 2020

Neste capítulo apresenta-se a monitorização das Metas 2020 do PNPAS.

Figura 69. **Metas de saúde a 2020 do PNPAS**

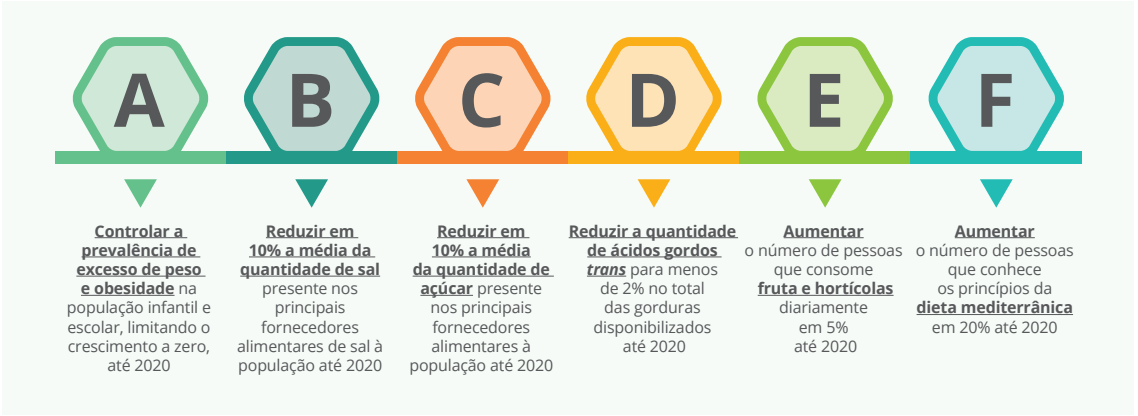


Tabela 18. **Metas de saúde a 2020 do PNPAS, respetivos indicadores e valores base**

Metas 2020	Indicador	Valor Base	Fonte / Obs
A	Ind.1.% de obesidade em crianças em idade escolar (7 anos)	13,9%	COSI, 2013
	Ind.2.% de pré obesidade em crianças em idade escolar (7 anos)	17,7% (dados obtidos indiretamente)	COSI, 2013
B	Ind.3.% Média de sal disponibilizada nos principais grupos de alimentos fornecedores de sal	ND	Grupo de trabalho para a monotorização de gorduras, sal e açúcar
C	Ind.4.% Média de açúcar disponibilizada nos principais grupos de alimentos fornecedores de açúcar	ND	
D	Ind.5.% Média de gorduras *trans* disponibilizada nos principais grupos de alimentos fornecedores de gordura	ND	
E	Ind.6.% Da população que consome fruta e hortícolas diariamente	70,8% para o consumo diário de fruta 55,1% para o consumo diário de legumes e saladas	Método de avaliação anual Inquérito Nacional de Saúde (INE, 2015)
F	Ind.7.% Da população que conhce os princípios da dieta mediterrânica	51%	Método de avaliação anual GFK, 2012

5.1 Principais medidas implementadas para o alcance das metas a 2020 e resultados obtidos

A. Controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2020.

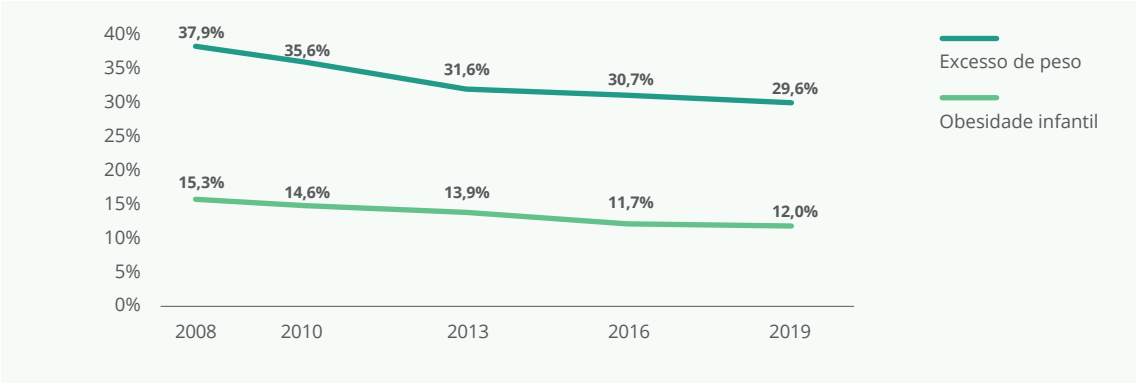
A Tabela 21 descreve as principais iniciativas implementadas no âmbito do PNPAS com o objetivo de prevenir e controlar o excesso de peso e a obesidade infantil.

Tabela 19. **Principais iniciativas implementadas que contribuem para o controlo da prevalência do excesso de peso e obesidade infantil.**

Recolha de informação	Modificação da oferta	Capacitação dos profissionais	Melhoria da informação ao consumidor
> Estudo Childhood Obesity Surveillance System	> Imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes > Orientações para a alimentação escolar > Plano para a reformulação dos produtos alimentares > Regime Escolar	> Referencial de educação para a saúde > Manual "Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos"	> Regulação da publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos > Campanhas para a promoção da alimentação saudável

Resultados Obtidos:

Figura 70. **Prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade infantil (6-8 anos) em Portugal | 2008 - 2019**



Fonte: *Childhood Obesity Surveillance Initiative*, 2019

Entre 2008 e 2019, Portugal tem vindo a apresentar consistentemente um decréscimo da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil (Figura 70). De 2008 para 2019, verificou-se uma redução de 22% tanto na prevalência de excesso peso infantil (37,9% para 29,6%), como na obesidade infantil (15,3% para 12,0%) (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*: COSI Portugal – 2019) (16).

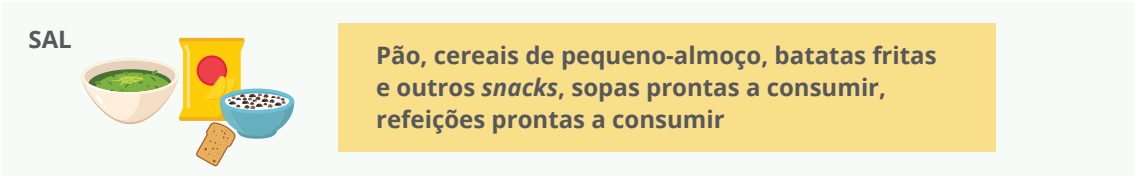
B. REDUZIR EM 10% A MÉDIA DA QUANTIDADE DE SAL PRESENTE NOS PRINCIPAIS FORNECEDORES ALIMENTARES DE SAL À POPULAÇÃO ATÉ 2020

A Tabela 20 descreve as principais iniciativas implementadas no âmbito do PNPAS com o objetivo de incentivar a redução do teor de sal dos produtos alimentares. A abordagem de intervenção para promover a redução do teor de sal tem-se centrado em iniciativas de autorregulação/corregulação com o envolvimento dos setores da indústria alimentar, distribuição e restauração. As metas estabelecidas através dos compromissos celebrados com os setores da indústria alimentar e distribuição para a redução do teor de sal nas diferentes categorias de alimentos ultrapassam os 10% definidos nesta meta de saúde a 2020. Porém o prazo para o cumprimento destas metas foi alargado até ao ano de 2022.

Tabela 20. **Principais iniciativas implementadas que contribuem para a redução da quantidade média de sal presente nos principais fornecedores de sal**

Recolha de informação	Modificação da oferta	Capacitação dos profissionais	Melhoria da informação ao consumidor
> Protocolo para a monitorização dos compromissos celebrados com os setores da indústria alimentar e distribuição (Nielsen e INSA)	> Plano para a reformulação dos produtos alimentares (pão, cereais de pequeno-almoço, batatas fritas e outros snacks, sopas e refeições prontas a consumir) > Proposta de Estratégia para a redução do consumo de sal na população portuguesa através da modificação da disponibilidade da oferta > Orientações para a alimentação escolar > Projeto Selo de Excelência "Pão com menos sal, mesmo sabor" > Projeto Selo de Excelência "Alimentação saudável no ensino superior"		> Regulação da publicidade alimentar > Campanhas para a promoção da alimentação saudável

Figura 71. **Metas estabelecidas para a redução do teor de sal em diferentes categorias de produtos alimentares**



Categoria de produtos	Meta do teor de sal para 2022
Pão (APED)	1 g por 100 g de pão (2021)
Refeições prontas a consumir	0,9 g por 100 g de refeição (2023)
Sopas prontas a consumir	0,3 g por 100 g (2023)
Pizzas	10%
Cereais de pequeno-almoço	10% 1 g de sal por 100 g (na média ponderada) Máximo de 1 g por 100 g (cereais infantis)
Batatas fritas e outros snacks	12%
Guarnições/acompanhamentos (restauração)	0,2 g de sal por 100 g

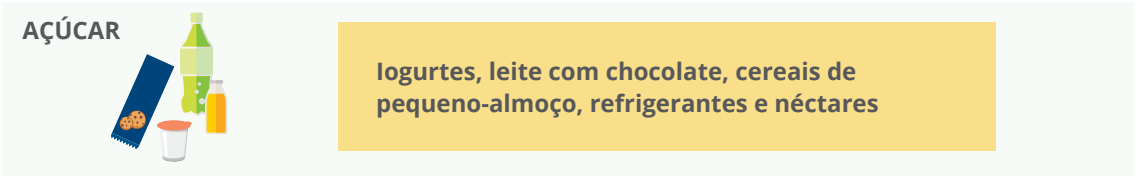
C. REDUZIR EM 10% A MÉDIA DA QUANTIDADE DE AÇÚCAR PRESENTE NOS PRINCIPAIS FORNECEDORES ALIMENTARES À POPULAÇÃO ATÉ 2020

A Tabela 21 descreve as principais iniciativas implementadas no âmbito do PNPAS com o objetivo de incentivar a redução do teor de açúcar dos produtos alimentares.

Tabela 21. **Principais iniciativas implementadas que contribuem para a redução da quantidade média de açúcar presente nos principais fornecedores de açúcar**

Recolha de informação	Modificação da oferta	Capacitação dos profissionais	Melhoria da informação ao consumidor
> Protocolo para a monitorização dos compromissos celebrados com os setores da indústria alimentar e distribuição (Nielsen e INSA) > Estudos de avaliação do impacto do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes	> Imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes > Plano para a reformulação dos produtos alimentares (refrigerantes, néctares, leite com chocolate, iogurtes e leites fermentados, cereais de pequeno-almoço) > Protocolo para a redução da gramagem dos pacotes de açúcar > Orientações para a alimentação escolar > Projeto Selo de Excelência "Alimentação saudável no ensino superior"		> Regulação da publicidade alimentar > Campanha "Açúcar escondido nos alimentos"

Figura 72. **Metas estabelecidas para a redução do teor de açúcar em diferentes categorias de produtos alimentares**



Categoria de produtos	Meta do teor do açúcar para 2022
Leite achocolatado	10%
Iogurtes e leites fermentados	10%
Cereais de pequeno-almoço	10%
Néctares	7% (2023)
Refrigerantes	10%
Pacotes individuais de açúcar	5/6g (2019) e 4g (2020)

Resultados obtidos:

Relativamente às bebidas açucaradas, de acordo com os dados da avaliação do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, estima-se que entre 2016 e 2020 o teor de açúcar destas bebidas tenha sofrido uma diminuição de 17%. No que diz respeito à gramagem dos pacotes individuais de açúcar, entre 2016 e 2020, verificou-se uma redução do seu peso líquido de açúcar em quase 50%. Para as restantes categorias de produtos alimentares, as metas definidas no âmbito dos compromissos celebrados com os setores da indústria alimentar e distribuição situam-se nos 10% (com exceção dos néctares), porém o prazo para o cumprimento destas metas foi alargado até ao ano de 2022.

D. REDUZIR A QUANTIDADE DE ÁCIDOS GORDOS TRANS PARA MENOS DE 2% NO TOTAL DAS GORDURAS DISPONIBILIZADOS ATÉ 2020

A Tabela 22 descreve as principais iniciativas implementadas no âmbito do PNPAS com o objetivo de incentivar a redução do teor de ácidos gordos *trans* dos produtos alimentares.

Tabela 22. **Principais iniciativas implementadas que contribuem para a redução da quantidade média de ácidos gordos trans presente nos principais fornecedores de ácidos gordos *trans***

Recolha de informação	Modificação da oferta	Capacitação dos profissionais	Melhoria da informação ao consumidor
> Estudo de avaliação do teor de ácidos gordos trans em produtos alimentares disponíveis no mercado português	> Plano para a reformulação dos produtos alimentares (gorduras industriais para o fabrico de produtos alimentares) > Acordo para a reformulação do teor de ácidos gordos trans nos produtos de pastelaria > Regulamento (UE) 2019/646 da Comissão de 24 de abril que altera o anexo III do Regulamento (CE) n.º 1925/2006 do Parlamento Europeu e do Conselho no que se refere aos ácidos gordos trans, com exceção dos ácidos gordos trans naturalmente presentes em lípidos de origem animal		> Regulação da publicidade alimentar

Figura 73. **Metas estabelecidas para a redução do teor de ácidos gordos trans em diferentes categorias de produtos alimentares**

Categoria de produtos	Meta do teor de ácidos gordos trans para 2019
Gorduras industriais para o fabrico de produtos alimentares	< 2 g por 100 g de gordura
Produtos de pastelaria	< 2 g por 100 g de gordura (2019) < 1 g por 100 g de gordura (2020)

Resultados obtidos:

De acordo com um estudo realizado em 2016 com o apoio da OMS, que teve como objetivo traçar o perfil do teor de ácidos gordos *trans* em alimentos comercializados no mercado português, foi possível verificar que em termos percentuais, o conteúdo em gordura *trans* presente na gordura total é de, em média, 1,9%. Apesar disso, verificou-se que alguns produtos alimentares disponíveis para consumo em Portugal, nomeadamente os do grupo dos produtos de pastelaria, particularmente os produzidos localmente, e os do grupo das bolachas e biscoitos, especialmente as importadas de mercados não europeus, apresentam teores de ácidos gordos *trans* superiores a 2% em relação ao seu teor total de gordura (17).

Em Portugal, de acordo com os dados do último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, os ácidos gordos *trans* não parecem ser um problema com elevada expressão. A prevalência de inadequação de ácidos gordos *trans* (>1% do VET), na população total, é de apenas 0,4%. As prevalências de inadequação para os ácidos gordos *trans* são superiores nas crianças e adolescentes, ainda que sejam relativamente baixas (1,6% e 1,4%, respetivamente). Acrescenta-se que, em média, as principais fontes alimentares de ácidos gordos *trans* são os lácteos e carnes bovinas (10).

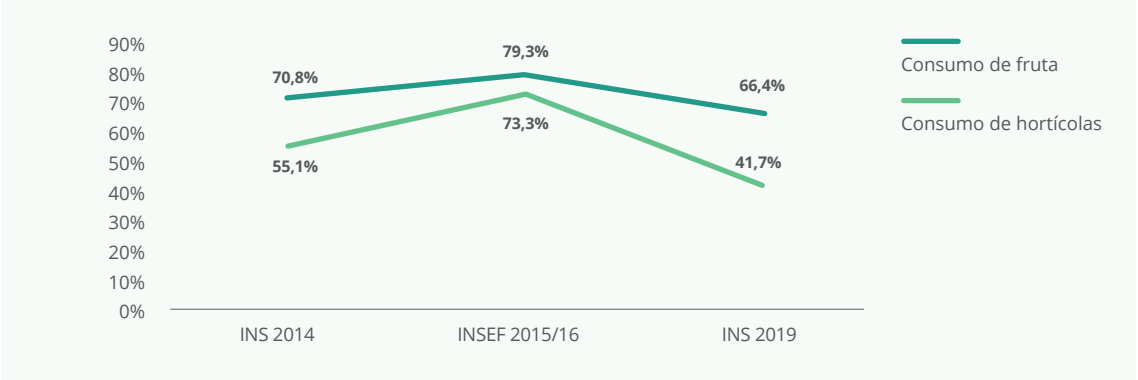
E. AUMENTAR O NÚMERO DE PESSOAS QUE CONSOME FRUTA E HORTÍCOLAS DIARIAMENTE EM 5% ATÉ 2020

A Tabela 23 descreve as principais iniciativas implementadas no âmbito do PNPAS com o objetivo de promover o consumo de hortofrutícolas.

Tabela 23. **Principais iniciativas implementadas que contribuem para a redução da quantidade média de ácidos gordos trans presente nos principais fornecedores de ácidos gordos *trans***

Recolha de informação	Modificação da oferta	Capacitação dos profissionais	Melhoria da informação ao consumidor
	> Cabazes de alimentos para as pessoas mais carenciadas com distribuição de hortícolas – Programa POAPMC > Regime Escolar (distribuição de fruta e hortícolas nas escolas) > Orientações para a oferta alimentar nas escolas e nas instituições do SNS > Projeto Selo de Excelência "Alimentação saudável no ensino superior"		> Campanha "Comer melhor, uma receita para a vida" > Produção de vídeos "Como preparar uma sopa", receitas de lanches saudáveis, e outros conteúdos/materiais

Figura 74. **Percentagem da população adulta portuguesa que consome fruta e hortícolas diariamente | 2014 - 2019**



Nota: Os dados relativos à frequência de consumo de fruta e hortícolas entre os três inquéritos nacionais de saúde não são diretamente comparáveis. Em 2014, o consumo de fruta abrangia os sumos naturais de fruta fresca ou congelada e o consumo de hortícolas englobava as sopas e sumos naturais, o que não se verificou no INS 2019. Relativamente aos dados do INSEF 2015/2016, o consumo de fruta exclui os sumos e o consumo de hortícolas inclui a sopa.

Fonte: INE, Inquéritos Nacionais de Saúde 2014 e 2019 e INSA, INSEF 2015/2016.

F. AUMENTAR O NÚMERO DE PESSOAS QUE CONHECE OS PRINCÍPIOS DA DIETA MEDITERRÂNICA EM 20% ATÉ 2020

A Tabela 24 descreve as principais iniciativas implementadas no âmbito do PNPAS com o objetivo de promover a Dieta Mediterrânica.

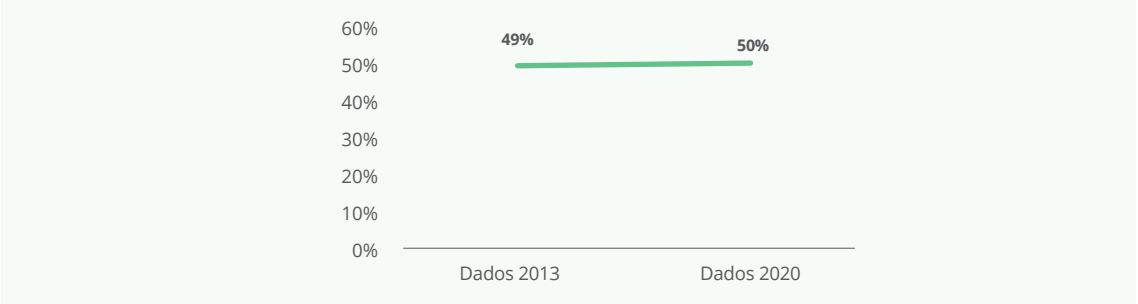
Tabela 24. **Principais iniciativas implementadas que contribuem para o aumento do número de pessoas que conhece os princípios da Dieta Mediterrânica**

Recolha de informação	Modificação da oferta	Capacitação dos profissionais	Melhoria da informação ao consumidor
> Estudo da dieta mediterrânica (2020)	> Cabazes de alimentos para as pessoas mais carenciadas com distribuição de hortícolas – Programa POAPMC > Regime Escolar > Orientações para a oferta alimentar nas escolas – "Ementas mediterrânicas"		> Roda da Alimentação Mediterrânica (interativa) > Campanha "Comer melhor, uma receita para a vida" > Referencial de Educação para a Saúde > Manuais da Dieta Mediterrânica e outros conteúdos/materiais

Resultados obtidos:

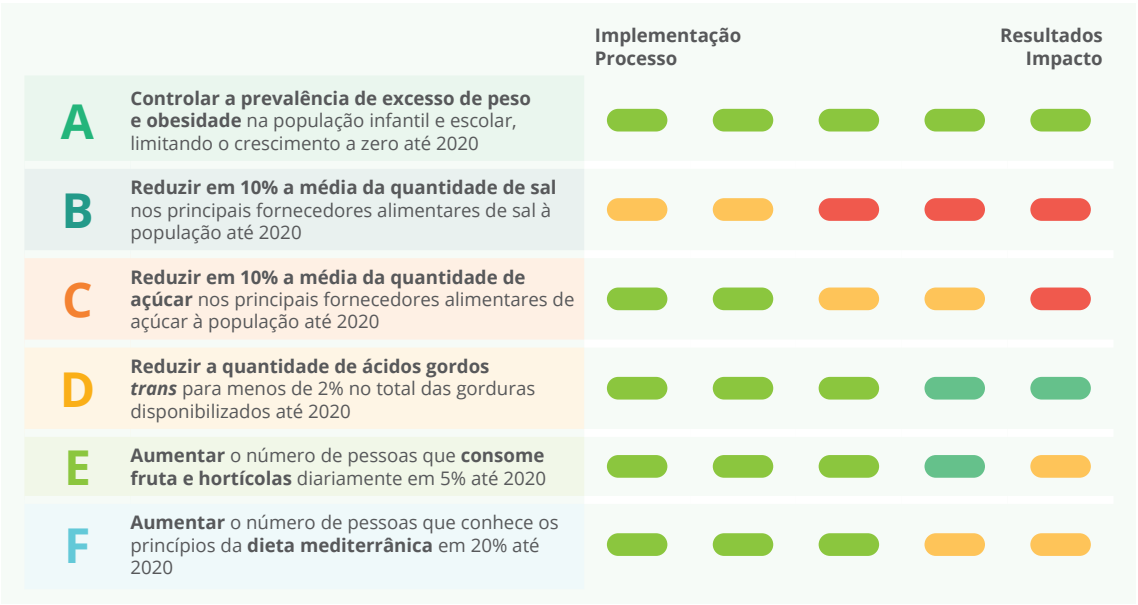
Entre 2013 e 2020 verificou-se um ligeiro decréscimo da percentagem de pessoas que conhece a Dieta Mediterrânica, tendo diminuido o nível de conhecimento em 1% (Figura 75).

Figura 75. **Percentagem da população adulta portuguesa que conhece a Dieta Mediterrânica | 2013 - 2020**



Fonte: DGS, 2020.

Figura 76. **Monitorização das metas do PNPAS a 2020**



6. Notas finais

Ao longo dos últimos anos, o PNPAS implementou um conjunto alargado de medidas para melhorar os hábitos alimentares da população portuguesa, tendo por base as recomendações de boas práticas da OMS e da Comissão Europeia e também tendo em consideração a avaliação do estado nutricional da população portuguesa. Nesse sentido e fruto de um trabalho consistente nos últimos 8 anos, o PNPAS desenvolveu e implementou uma estratégia nacional, apresentando bons indicadores quando se avalia o grau de implementação das "best-buys" propostas pela OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas.

Para além da avaliação do grau de implementação destas medidas, tem sido importante também avaliar os resultados alcançados. Foi neste sentido que, no ano de 2020, o PNPAS fez um forte investimento na recolha de informação com o objetivo de avaliar os resultados das diferentes medidas em curso. Foi assim possível avaliar os resultados produzidos pelo imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, monitorizar a publicidade alimentar dirigida a crianças, avaliar o impacto da campanha para a promoção da alimentação saudável "Comer melhor, uma receita para a vida" e ainda avaliar o grau de implementação da identificação sistemática do risco nutricional nas unidades hospitalares do SNS. A existência de sistemas de informação na área da saúde que permitam a avaliação regular e sistemática das medidas implementadas é uma das áreas fundamentais na implementação de políticas públicas.

Neste relatório faz-se também uma monitorização das metas de saúde estabelecidas para 2020, no âmbito do PNPAS. Alguns dos resultados apresentados para os diferentes indicadores ainda carecem de consolidação, porém faz-se neste relatório uma primeira avaliação dos resultados alcançados ao longo da última década. Estes resultados preliminares mostram que o PNPAS foi capaz de implementar um conjunto concertado de medidas, transversais aos seus 5 eixos de atuação, nas diferentes áreas definidas como metas a 2020. Os resultados obtidos ao nível da modificação dos ambientes onde os cidadãos nacionais compram e consomem e ao nível da modificação dos comportamentos alimentares, sugerem que as medidas implementadas de forma consistente e concertada nos últimos anos permitiram alcançar várias das metas definidas. O acumular de informação permitiu ainda refletir sobre as relações de custo-benefício de algumas medidas, as principais barreiras e as razões para o sucesso dos diferentes projetos, fornecendo ao poder político a capacidade de tomar decisões com mais qualidade e às partes envolvidas a perceção do que fazer para atingir objetivos.

Uma das principais conclusões foi a necessidade da promoção de hábitos alimentares num determinado ecossistema exigir, cada vez mais, um trabalho concertado com outros setores, que se concretizou através da Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) e que tem a ambição de modificar o meio alimentar que nos rodeia. A implementação de medidas que procurem facilitar escolhas alimentares saudáveis a todos, continuará a ser uma prioridade para o PNPAS.

Por fim, "melhorar a organização dos serviços de saúde" para que sejam capazes de se preparar para lidar de forma integrada com outros setores da sociedade e para que possam melhorar a prestação de cuidados nutricionais, em ambientes cada vez mais incertos, como é o caso da atual situação pandémica ou das alterações climáticas e seus impactos associados na cadeia alimentar e saúde humana, continuará a ser um desígnio do PNPAS.

7. Referências Bibliográficas

1. Despacho n.º 6401/2016, Determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de programas de saúde prioritários nas áreas de Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Alimentação Saudável, Promoção da Atividade Física, Diabetes, Doenças Cérebro-cardiovasculares, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias, Hepatites Virais, Infeção VIH/Sida e Tuberculose, Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos e Saúde Mental. Revoga os Despachos n.º 404/2012, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 10, de 13 de janeiro, e n.º 2902/2013, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 38, de 22 de fevereiro.

2. Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde, Programas de Saúde Prioritários, Equipas Técnicas de Apoio aos Programas de Saúde Prioritários. Modelo de Governação a 2020 do PNS e Programas de Saúde Prioritários. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.

3. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde (2019). 2020.

4. Gonçalves J. Dieta Mediterrrânica — das origens à actualidade. Revista Factores de Risco 2014;31:56-65.

5. Graça P, Camolas J, Gregório MJ, Sousa S. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.

6. Lei n.º 42/2016, Orçamento do Estado para 2017. Diário da República nº 248/2016, Série I de 2016-12-28. 2016.

7. Lei n.º 71/2018, Orçamento do Estado para 2019. Diário da República nº 251/2018, Série I de 2018-12-31. 2018.

8. Despacho n.º 7450-A/2019, Determina que os valores a ter em conta na identificação de elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos trans são os que constam do anexo I ao presente despacho. Diário da República nº 159/2019, 1º Suplemento, Série II de 2019-08-21. 2019.

9. Gregório MJ, Guedes Ls, Milhazes F, Sousa R, Graça P. Perfil Nutricional – Restrições à publicidade alimentar dirigida a crianças. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019.

10. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. . Universidade do Porto; 2017.

11. Joosten KF, Hulst JM. Nutritional screening tools for hospitalized children: methodological considerations. Clin Nutr. 2014;33(1):1-5.

12. Despacho n.º 5479/2017, que Constitui um grupo de trabalho com o objetivo de garantir o fornecimento de uma alimentação nutricionalmente adequada, contribuindo para a qualidade dos cuidados de saúde prestados, nas entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República n.º 120/2017, Série II de 2017-06-23.

13. Xu X-W, Wu X-X, Jiang X-G, Xu K-J, Ying L-J, Ma C-L, et al. Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: retrospective case series. BMJ. 2020;368:m606.

14. Laviano A, Koverech A, Zanetti M. Nutrition support in the time of SARS-CoV-2 (COVID-19). Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif). 2020:110834-.

15. Gregório MJ, Irving S, Teixeira D, Sousa SM, Ferreira B, Figueira Is, et al. Manual de intervenção alimentar e nutricional | COVID-19. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020.

16. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. *Childhood Obesity Surveillance Initiative COSI* Portugal - 2019. 2019.

17. Casal S, Cruz R, Costa N, Graça P, Breda J. *Trans-fatty acids in Portuguese food products. Copenhagen: World Health Organization;* 2016.

8. Anexos

Anexo 1. Nota metodológica referente aos dados de morbilidade e mortalidade hospitalar no Serviço Nacional de Saúde

Os dados referentes à morbilidade e mortalidade hospitalar no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os agrupamentos foram obtidos a partir das bases de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), que são anualmente postas à disposição da Direção-Geral da Saúde pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Para a análise dos dados disponíveis neste relatório devem ser consideradas as seguintes definições:

Utentes Saídos no Ano – utentes que deixaram de permanecer nos serviços de internamento do estabelecimento, devido a alta, num determinado ano (inclui tanto casos de internamento como casos de ambulatório).

Dias de Internamento – total anual de dias consumidos por todos os doentes internados nos diversos serviços do estabelecimento.

Demora Média de Internamento no Ano – média anual de dias de internamento por doente saído do estabelecimento. Calcula-se pelo quociente entre o total de dias de internamento dos utentes saídos e o número total de utentes saídos no ano.

Tabela 1. **Lista de doenças e sintomas associados ao PNPAS, analisados neste relatório e, respetivos códigos CID9 e CID10.**

Códigos Diagnósticos e Procedimentos		Descrição
CID 9	CID 10	
260	E40	Kwashiorkor
261	E41	Marasmo nutricional
262	E42	Kwashiorkor marasmático
263	E43	Desnutrição proteico-calórica grave não especificada
2630	E44	Desnutrição proteico-calórica de graus moderado e leve
2631	E440	Desnutrição de grau moderado
-	E441	Desnutrição de grau médio
2632	E45	Atraso no desenvolvimento devido à desnutrição proteico-calórica
2638	E46	Má nutrição proteico-calórica sem outra especificação
2639	-	Má nutrição proteico-calórica NCOP
2781	E65	Adiposidade localizada
-	M6284	Sarcopenia
27651	E860	Desidratação
V4586	Z9884	Estado pós-cirurgia bariátrica
-	Z724	Hábitos alimentares e alimentação inadequada
V8521-V825, V8530-V8545	Z6824-29, Z6830-45	Índice de massa corporal (IMC) > 25,0 no adulto
V8552	Z6853	Índice de massa corporal (IMC), pediátrico, entre os percentis 85 e 95 para a idade
V8553	Z6826	Índice de massa corporal (IMC), pediátrico, igual ou acima do percentil 95 para a idade
7830	R630	Anorexia
7994	R64	Caquexia
966	966	Infusão enteral de substâncias nutricionais concentradas
9915	9915	Perfusão parentérica de substâncias nutricionais concentradas

*O diagnóstico de mal nutrição foi considerado quando se verificou a presença de pelo menos um dos seguintes códigos: CID-9 - 260, 261, 262, 263, 263.0, 263.1, 263.2, 263.8, 263.9 e 799.4 e CID-10 - E40, E41, E42, E43, E44, E440, E441, E45, E46 e R64

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa | Portugal
Tel.: +351 218 430 500 | Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde