

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

2024



Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

2024

FICHA TÉCNICA

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

PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL 2024

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, (2025).

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, Inês Castela, Diana Lopes, Inês Figueira, Carla Almeida, Marta Figueira, Joana Carriço, Madalena Direito

Com a colaboração de Pedro Graça (Consultor da DGS para o PNPAS)

Com a colaboração da Direção de Serviços de Informação e Análise (Pedro Pinto Leite, Ana Lisette Oliveira e Soraia Silva)

Lisboa, setembro, 2025

Índice

Resumo em Linguagem Clara.....	10
Summary in Plain Language	12
Sumário Executivo	13
Nota da Diretora-Geral da Saúde	18
1. Introdução	19
2. Diagnóstico da situação	20
2.1. Carga da doença associada aos hábitos alimentares inadequados (dados do GBD 2021).....	20
2.2. Previsões e cenários da carga da doença associada à alimentação inadequada em Portugal (dados da Lancet 2024 e Lancet 2025).....	22
2.3. Morbilidade e mortalidade associada à alimentação	25
2.4. Evolução da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil em crianças em idade escolar (6-9 anos): comparação entre as rondas 5 (2018-2020) e 6 (2022-2024) do Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI).....	37
2.5. Insegurança alimentar em Portugal.....	40
3. Medidas para a modificação dos ambientes alimentares	42
3.1. Resultados do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas	42
3.2. Análise do teor de sal e de açúcar de produtos alimentares disponíveis no mercado Português e Europeu	44
3.3. Avaliação do impacto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril que introduziu restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos.....	53
4. Comunicação.....	54
4.1. Plataformas digitais do PNPAS	54
4.2. Guia para Influenciadores Digitais e Anunciantes sobre boas práticas de comunicação comercial de substitutos do leite materno e de alimentos para bebés ...	56
4.3. Guia de "10 (+1) Recomendações para uma alimentação saudável no regresso às aulas"	57
5. Prestação de cuidados de saúde	59
5.1. Dados da implementação da identificação sistemática do risco nutricional.....	59
5.2. Dashboard da Consulta de Nutrição dos Cuidados de Saúde Primários	68
6. Conclusões e Roteiro de Ação para 2025-2027	72
Referências.....	74
Anexos	75

Índice de figuras

Figura 1. Percentagem do total de DALYs por fator de risco e doença associada, 2021.....	20
Figura 2. Percentagem do total de DALYs por fator de risco alimentar e doença associada, 2021.....	21
Figura 3. Percentagem do total de mortes por fator de risco e doença associada, 2021.	21
Figura 4. Percentagem do total de mortes por fator de risco alimentar e doença associada, 2021.....	22
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 2014–2023.....	25
Figura 6. Proporção de utentes com registo de obesidade entre o número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, por região de saúde 2014–2023.....	26
Figura 7. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Desnutrição”, Portugal Continental 2017 – 2023.....	27
Figura 8. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Desidratação”, Portugal Continental 2017 – 2023.....	28
Figura 9. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Obesidade no adulto”, Portugal Continental 2017 – 2023.....	34
Figura 10. Alterações na prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) nos rapazes entre os 6-9 anos nas ronda 5 (2018-2022) e ronda 6 (2022-2024) do COSI.	38
Figura 11. Alterações na prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) nas raparigas entre os 6-9 anos nas ronda 5 (2018-2022) e ronda 6 (2022-2024) do COSI.	39
Figura 12. Alterações na prevalência de obesidade nos rapazes entre os 6-9 anos nas ronda 5 (2018-2022) e ronda 6 (2022-2024) do COSI.....	39
Figura 13. Alterações na prevalência de obesidade nas raparigas entre os 6-9 anos nas ronda 5 (2018-2022) e ronda 6 (2022-2024) do COSI.....	40
Figura 14. Evolução da prevalência anual da insegurança alimentar moderada ou severa em Portugal 2019 – 2024.....	41
Figura 15. Distribuição percentual da concentração de açúcar em bebidas açucaradas taxadas, teor de açúcar (gramas por 100 mL), segundo os escalões do imposto especial de consumo (IEC) sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro 2017 – 2024.....	42
Figura 16. 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 2019 – 2024.	43
Figura 17. Evolução no total de vendas de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes 2017-2024.....	44
Figura 18. Estudo de avaliação de impacto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril, que introduziu restrições à publicidade de alimentos não saudáveis a menores de 16 anos.....	53
Figura 19. Evolução do número anual de visualizações do blogue Nutrimento 2014-2024.....	54
Figura 20. Evolução do número anual de visualizações do sítio web do PNPAS 2015-2024.....	55

Figura 21. Evolução do número anual de utilizadores do blogue Nutrimento 2014-2024.....	55
Figura 22. Evolução do número anual de utilizadores do sítio web do PNPAS 2015-2024. ..	56
Figura 23. Guia para influenciadores digitais e anunciantes – Informação sobre as regras de boas práticas na comunicação comercial de substitutos do leite materno e alimentos para bebés e crianças pequenas no meio digital.....	57
Figura 24. Guia de "10 (+1) Recomendações para uma alimentação saudável no regresso às aulas"	58
Figura 25. Unidades de Saúde do SNS com monitorização dos indicadores relativos à identificação sistemática do risco nutricional (n=40).....	59
Figura 26. Evolução temporal dos indicadores de desempenho associados à identificação do risco nutricional.....	61
Figura 27. Evolução temporal do grau de implementação do rastreio nutricional nas diferentes unidades hospitalares do SNS 2020 – 2024.....	63
Figura 28. Grau de implementação do rastreio nutricional por região de saúde.....	64
Figura 29. Grau de implementação do rastreio nutricional por região de saúde, incluindo valores médios ajustados com exclusão dos níveis de implementação do rastreio nutricional inferiores a 5% e a 1% (não implementação).....	64
Figura 30. Percentagem de doentes em risco nutricional submetidos a intervenção nutricional nas primeiras 24h após sinalização do risco nutricional, por região de saúde, nas unidades hospitalares em que a percentagem de doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h após admissão hospitalar superior a 30%.....	65
Figura 31. Percentagem de doentes submetidos a rastreio até às primeiras 48h após a admissão hospitalar, por grupo etário.....	65
Figura 32. Percentagem de doentes com risco nutricional submetidos a intervenção nutricional nas primeiras 24h após sinalização do risco nutricional, por grupo etário, nas unidades hospitalares em que a percentagem de doentes submetidos a rastreio nutricional nas 48h após admissão hospitalar era superior a 30%.....	66
Figura 33. Percentagem de doentes em idade adulta com risco nutricional e intervenção nutricional, por região de saúde, nas unidades hospitalares em que a percentagem de doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h após admissão hospitalar era superior a 30%.....	66
Figura 34. Percentagem de doentes em risco nutricional, 2024.....	67
Figura 35. Rastreio nutricional em números, 2020-2024.....	67
Figura 36. Evolução temporal do número de consultas de nutrição e do número de utentes inscritos na consulta de nutrição nas unidades de saúde dos Cuidados de Saúde Primários 2022-2024.....	68
Figura 37. Evolução temporal do número de consultas de nutrição realizadas, por região de saúde, nas unidades de saúde dos Cuidados de Saúde Primários 2022-2024.....	69
Figura 38. Caracterização dos utentes inscritos nas consultas de nutrição por sexo e por grupo etário 2024.....	71
Figura 39. Número de nutricionistas a exercer nos Cuidados de Saúde Primários.....	71

Índice de tabelas

Tabela 1. Estimativa de esperança de vida e esperança de vida saudável em 2022, 2030 e 2050 (cenário de referência) para ambos os sexos.	23
Tabela 2. Estimativa da redução percentual nas contagens de DALYs por cenário, em comparação com o cenário de referência em 2050.....	23
Tabela 3. Estimativa padronizada para a idade da prevalência de excesso de peso e variações percentuais na população adulta com 25 ou mais anos, por sexo, em 1990, 2021 e 2050.....	24
Tabela 4. Estimativa padronizada para a idade da prevalência de obesidade e variações percentuais na população adulta com 25 ou mais anos, por sexo, em 1990, 2021 e 2050.....	24
Tabela 5. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desnutrição", Portugal Continental 2017–2023.....	26
Tabela 6. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desnutrição", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2017 – 2019.	27
Tabela 7. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desnutrição", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2020 – 2023.	27
Tabela 8. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", Portugal Continental 2017 – 2023.....	28
Tabela 9. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2017 – 2019.	29
Tabela 10. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2020 – 2023.	29
Tabela 11. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Sarcopenia", Portugal Continental 2017 – 2023.	30
Tabela 12. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade de morbilidade, relativos a "Sarcopenia", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental 2017– 2019.....	30
Tabela 13. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade de morbilidade, relativos a "Sarcopenia", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2020 – 2023.....	30
Tabela 14. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", Portugal Continental 2017 – 2023.	31
Tabela 15. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2017 – 2019.	32
Tabela 16. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", por sexo e grupo etário Portugal Continental 2020 – 2023.....	32
Tabela 17. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Excesso de peso no adulto", Portugal Continental 2017 – 2019.	33
Tabela 18. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Excesso de peso no adulto", Portugal Continental 2020 – 2023.....	33
Tabela 19. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Pré-obesidade no adulto", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2017 – 2019.	34

Tabela 20. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Pré-obesidade no adulto", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2020 – 2023	34
Tabela 21. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Obesidade no adulto", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2017 – 2019	35
Tabela 22. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Obesidade no adulto", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2020 – 2023	35
Tabela 23. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", Portugal Continental 2017 – 2023	36
Tabela 24. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2017 – 2019	36
Tabela 25. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", por sexo e grupo etário, Portugal Continental 2020 – 2023	37
Tabela 26. Teor médio de sal (g/100 g de produto) em produtos de padaria	45
Tabela 27. Teor médio de sal (g/100 g de produto) nos cereais de pequeno-almoço	45
Tabela 28. Teor médio de sal (g/100 g de produto) nas carnes de charcutaria e similares (*).	46
Tabela 29. Teor médio de sal (g/100 g de produto) nos produtos processados à base de batata	46
Tabela 30. Teor médio de sal (g/100 g de produto) nas refeições pré-preparadas enlatadas.	47
Tabela 31. Teor médio de sal (g/100 g de produto) nas refeições pré-preparadas frescas. .	47
Tabela 32. Teor médio de sal (g/100 g de produto) dos queijos.	48
Tabela 33. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de cereais de pequeno-almoço.	49
Tabela 34. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de iogurtes e leites fermentados com adoçantes artificiais.	50
Tabela 35. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de iogurtes e leites fermentados clássicos.....	50
Tabela 36. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de iogurtes e leites fermentados clássicos sem açúcar adicionado.	50
Tabela 37. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de iogurtes e leites fermentados <i>gourmet</i>	51
Tabela 38. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de iogurtes e leites fermentados <i>gourmet</i> sem açúcar adicionado.	51
Tabela 39. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) dos refrigerantes (*).	52
Tabela 40. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de bolos e bolachas doces.....	52

Tabela 41. 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, 2020 – 2024.....	60
Tabela 42. Grau de implementação do rastreio nutricional nas diferentes unidades hospitalares do SNS 2024.....	62
Tabela 43. Unidades hospitalares que apresentam uma percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48 horas após a admissão hospitalar superior a 60%.....	63
Tabela 44. Evolução temporal do número de pedidos de consultas de nutrição e da percentagem de consultas realizadas nos Cuidados de Saúde Primários 2022-2024.....	69
Tabela 45. Evolução temporal do número médio de dias desde a referenciação até à marcação da consulta de nutrição e do número médio de dias desde a referenciação até à efetivação da consulta de nutrição nos Cuidados de Saúde Primários 2022-2024.....	70
Tabela 46. Roteiro de ação PNPAS 2025-2027.....	73

Siglas e acrónimos

ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
COSI	<i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DALYs	<i>Disability-adjusted life year</i> – Anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade
DGAV	Direção-Geral de Alimentação e Veterinária
DGC	Direção-Geral do Consumidor
DGE	Direção-Geral da Educação
DGS	Direção-Geral da Saúde
EUREMO	<i>EU REformulation MONitoring Feasibility study for a monitoring system on reformulation initiatives for salt, sugars and fat</i>
FABLE	<i>Food and Beverages Labels Explorer</i>
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
GBD	<i>Global Burden of Disease Study</i>
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
IHME	<i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
INSEF	Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPAS	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNS	Plano Nacional de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Resumo em Linguagem Clara

O que é este documento?

Trata-se do relatório, do ano de 2024, do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), um dos Programas de Saúde Prioritários da Direção-Geral da Saúde (DGS).

O que consta do documento?

Este documento apresenta a informação epidemiológica nacional mais recente relativa à área da alimentação e nutrição, dados relativos à monitorização das principais medidas implementadas no âmbito do PNPAS em 2024, bem como ao acesso a cuidados nutricionais. No final do documento e em formato de anexo apresenta-se também uma breve descrição das atividades realizadas pelo PNPAS durante o período em análise (ano de 2024).

Quais são as principais conclusões?

- Os hábitos alimentares inadequados dos portugueses foram, em 2021, o quinto fator de risco (5,8% do total de DALYs) que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável;
- O baixo consumo de cereais integrais, o elevado consumo de carne vermelha e o elevado consumo de carne processada, destacam-se como os três principais fatores que contribuem para a perda de anos de vida saudável e para a mortalidade;
- Em 2024 verificou-se uma diminuição da prevalência de insegurança alimentar moderada ou severa em Portugal (-0,7 p.p.), igualando os 4,1%;
- Os dados mais recentes (2024) relativos ao imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas, reforçam o impacto significativo desta medida no incentivo à reformulação do teor de açúcar destas bebidas, tendo-se verificado uma diminuição de 39% da proporção de bebidas com 8g de açúcar por 100mL, entre 2017 e 2024;
- Os dados de monitorização do teor de sal e açúcar nos alimentos, mostram que Portugal encontra-se no conjunto de países europeus onde se verifica um menor teor médio de sal para as categorias de produtos de padaria, produtos processados à base de batata, refeições pré-preparadas enlatadas, refeições pré-preparadas frescas, e queijos e um menor teor médio de açúcar para as categorias dos refrigerantes e dos bolos e bolachas doces;
- Para o ano de 2024, a percentagem média de doentes submetidos à identificação do risco nutricional nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) monitorizadas pelo BI do risco nutricional foi de 36,7%;
- Durante o ano de 2024, foram realizadas 136.921 consultas de nutrição nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A evolução temporal tem sido positiva desde 2022, traduzindo-se num aumento de praticamente 30% no número de consultas de nutrição relativamente a 2022;
- Em 2024, o tempo decorrido entre a referência e a efetivação da consulta de nutrição foi de 94 dias totais.

O que se quer atingir em 2025-2027?

- Melhorar o conhecimento sobre o consumo alimentar e estado nutricional da população portuguesa.

- Promover a melhoria do acesso e da qualidade a cuidados nutricionais, em todos os níveis de cuidados de saúde.
- Melhorar os ambientes alimentares, através de medidas que reduzam a exposição e os estímulos ao consumo de alimentos não saudáveis e, em contrapartida, promovam a exposição a alimentos saudáveis.
- Melhorar a comunicação na área da alimentação saudável dirigida para a população geral.

Summary in Plain Language

What is this document?

This is the report of 2024 of the National Program for the Promotion of Healthy Eating (PNPAS), one of the Priority Health Programs of the Directorate-General of Health (DGS).

What can I find in this document?

This document presents the most recent national epidemiological information on food and nutrition, data on the monitoring of the main actions implemented under the PNPAS in 2024, as well as information on access to nutrition care. At the end of the document, in annex format, a brief description of the activities carried out by the PNPAS during the reporting period (the year 2024) is also provided.

What are the main conclusions?

- In 2021, dietary risks among the Portuguese population were the fifth leading risk factor (accounting for 5.8% of total DALYs) contributing to the loss of healthy life years;
- Low intake of whole grains, high consumption of red meat, and high consumption of processed meat stand out as the three main dietary risks contributing to the loss of healthy life years and mortality;
- In 2024, there was a decrease in the prevalence of moderate or severe food insecurity in Portugal (-0.7 percentage points), reaching 4.1%;
- The most recent data (2024) regarding the tax on sugar-sweetened beverages reinforce the significant impact of this measure in encouraging the reformulation of sugar content in these drinks, with a 39% reduction in the proportion of beverages containing 8g of sugar per 100mL, between 2017 and 2024;
- Monitoring data on salt and sugar content in foods show that Portugal is among the European countries with the lowest average salt content in categories such as bakery products, processed potato-based products, canned ready meals, fresh ready meals, and cheeses, and the lowest average sugar content in soft drinks and sweet cakes and biscuits;
- In 2024, the average percentage of patients screened for nutritional risk in National Health Service (SNS) hospitals monitored through the Nutritional Risk BI was 36.7%;
- During 2024, a total of 136,921 nutrition consultations were conducted in primary healthcare (CSP). The trend since 2022 has been positive, with an increase of nearly 30% in the number of consultations compared to 2022;
- In 2024, the time between referral and the completion of the nutrition consultation was a total of 94 days.

What do we aim for 2025-2027?

- Improve knowledge about the food consumption and nutritional status of the Portuguese population.
- Promote improved access to and quality of nutritional care across all levels of healthcare.
- Improve food environments through measures that reduce exposure and incentives to unhealthy food consumption while promoting exposure to healthy foods.
- Enhance communication on healthy eating targeted at the general population.

Sumário Executivo

Este documento apresenta a informação epidemiológica nacional mais recente relativa à área da alimentação e nutrição, bem como dados relativos à monitorização das principais medidas implementadas no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2024 e os resultados de estudos que permitem sustentar e apoiar a tomada de decisão de futuras medidas para a promoção da alimentação saudável. No final do documento e em formato de anexo apresenta-se também uma breve descrição das atividades realizadas pelo PNPAS durante o período em análise (ano de 2024).

Contexto epidemiológico relativo à área da alimentação e nutrição

- Em 2021, os **hábitos alimentares inadequados** dos portugueses foram o **quinto fator de risco** (5,8% do total de DALYs) que mais **contribuiu para a perda de anos de vida saudável**, de acordo com o estudo *Global Burden of Disease* (GBD).
- O **baixo consumo de cereais integrais** (62.238,56 DALYs; 1,72% do total), o **elevado consumo de carne vermelha** (44.060,02 DALYs; 1,21% do total), e o **elevado consumo de carne processada** (32.130,30 DALYs; 0,90% do total), destacam-se como os **três principais fatores que contribuem para a perda de anos de vida saudável e para a mortalidade**.
- Os dados do GBD mostram ainda que o **elevado consumo de bebidas açucaradas** (+37,13%), o **elevado consumo de carne vermelha** (+22,53%), o **elevado consumo de carne processada** (+21,59%) e o **baixo consumo de hortícolas** (+21,51%), foram os **fatores de risco onde se verificou um maior aumento nos DALYs entre 2000 e 2021**.
- De acordo com um estudo da revista *The Lancet* (2024), Portugal teria aproximadamente menos 13% de DALYs do que o esperado em 2050 se fossem eliminados, até essa data, fatores de risco como o IMC elevado dos adultos, a pressão arterial sistólica elevada, o colesterol LDL elevado, a glicose plasmática em jejum elevada, o tabagismo e a exposição aos fatores de risco alimentares.
- Segundo um outro estudo da mesma revista (2025), estima-se que em Portugal, até 2050, a prevalência de excesso de peso aumente 29,2% nas mulheres e 32,5% nos homens e a prevalência de obesidade aumente 52,3% nas mulheres e 77,8% nos homens face a 2021.
- Os dados mais recentes da **6ª ronda do COSI (2022-2024)**, mostram que em Portugal houve um **aumento da prevalência de obesidade nos rapazes** (+1,1 p.p) e **nas raparigas** (+2,1 p.p), comparativamente à 5ª ronda (2018-2020). Contudo, estas diferenças não foram estatisticamente significativas.
- Em 2024 verificou-se uma descida da **insegurança alimentar moderada ou severa** em Portugal (-0,7 p.p.), igualando os 4,1% verificados em 2022, o segundo valor mais baixo desde 2019.

Medidas para a modificação dos ambientes alimentares

- Os dados mais recentes (2024) relativos ao **imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas**, reforçam que o impacto mais significativo desta medida se relaciona com o incentivo à reformulação do teor de açúcar destas bebidas. Entre 2017 e 2024 verificou-se uma diminuição de 39% da proporção de bebidas enquadradas no escalão mais elevado do imposto (teor de açúcar igual ou superior a 8g/100mL). As alterações no consumo destas bebidas verificaram-se nos primeiros anos de

implementação do imposto, porém, no ano de 2024, o volume de vendas destas bebidas já se encontrava em níveis superiores aos de 2017 (+8%).

- A monitorização da composição nutricional dos produtos alimentares é uma das ações relevantes no contexto da ação do PNPAS. Apresenta-se neste relatório os resultados de uma **análise comparativa entre 14 países europeus do teor de sal e de açúcar de alimentos disponíveis para venda no mercado português**. Para a **análise do teor de sal**, foram analisados produtos de **8 categorias (produtos de padaria, cereais de pequeno-almoço, produtos de charcutaria e similares, produtos processados à base de batata, refeições pré-preparadas enlatadas, refeições pré-preparadas frescas, e queijos)**. Para a **análise do teor de açúcar**, foram analisados produtos de **4 categorias (cereais de pequeno-almoço, iogurtes e leites fermentados, refrigerantes, bolos e bolachas doces)**.
- Nesta análise foram utilizados os dados da *EU Joint Action Best-ReMaP (2022)* para as categorias de produtos de padaria, cereais de pequeno-almoço, produtos de charcutaria, iogurtes e leites fermentados, e refrigerantes. Para as restantes, foram utilizados dados do *EU REformulation MOnitoring (EUREMO) Feasibility study for a monitoring system on reformulation initiatives for salt, sugars and fat (2020)*.
- Para o teor de sal, das categorias monitorizadas por estes sistemas de informação da União Europeia, Portugal encontra-se no conjunto de países onde se verifica um teor médio de sal inferior para as categorias de produtos de padaria, produtos processados à base de batata, refeições pré-preparadas enlatadas, refeições pré-preparadas frescas, e queijos. Em contrapartida, o desempenho de Portugal nesta área é menos positivo para as categorias dos

cereais de pequeno-almoço e para os produtos de charcutaria.

- Relativamente ao teor médio de açúcar, das categorias monitorizadas, Portugal surge como um dos países com menor teor médio de açúcar para as categorias dos refrigerantes e dos bolos e bolachas doces. Já para as categorias dos cereais de pequeno-almoço e dos iogurtes e leites fermentados, o teor médio de açúcar é superior ao valor médio para os países europeus incluídos nesta análise.

Prestação de cuidados de saúde – monitorização da implementação da identificação sistemática do risco nutricional

- Durante o ano de 2024, 206.339 doentes hospitalizados foram submetidos ao rastreio nutricional, sendo que 25,7% (n=52.989) encontravam-se em risco nutricional.
- Para o ano de 2024, a percentagem média de doentes submetidos à identificação do risco nutricional foi de 36,7%. A evolução temporal deste indicador tem sido positiva desde 2020, sugerindo que os hospitais do SNS têm progressivamente melhorado a capacidade de implementar a identificação do risco nutricional. Em 2023, cerca de 43,1% dos doentes em risco nutricional foram submetidos a intervenção nutricional nas primeiras 24h após a sinalização e 65,7% dos doentes adultos em risco nutricional foram submetidos a intervenção nutricional.

Prestação de cuidados de saúde – monitorização dos dados de produção da consulta de nutrição nos Cuidados de Saúde Primários

- Durante o ano de 2024, foram realizadas 136.921 consultas de nutrição. A evolução temporal tem sido positiva desde 2022, traduzindo-se num aumento de praticamente 30% no

número de consultas de nutrição relativamente a 2022.

- Em 2024, o número médio de dias desde a referência até à marcação da consulta foi de 60 dias (dias totais, incluindo dias não úteis) e o número médio de dias desde a referência até à efetivação da consulta de nutrição foi de 94 dias.
- As consultas de nutrição foram maioritariamente realizadas a mulheres com idades entre os 45 e os 59 anos, em 2024.

Principais atividades realizadas pelo PNPAS no ano 2024

- Abertura do concurso público para a realização de um projeto na área da alimentação para migrantes;
- Realização e publicação do estudo de avaliação de impacto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril que introduziu restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos;
- Apoio técnico à elaboração da nova Portaria n.º 37/2024, de 1 fevereiro referente ao Regime Escolar;
- Publicação do guia para influenciadores digitais e anunciantes sobre boas práticas de comunicação comercial de substitutos do leite materno e de alimentação para bebés;
- Publicação do guia de "10 (+1) Recomendações para uma alimentação saudável no regresso às aulas".

Executive Summary

This document presents the most recent national epidemiological information on food and nutrition, as well as data relating to the monitoring of the main policy measures implemented within the scope

of the National Programme for the Promotion of Healthy Eating (PNPAS) of the Directorate-General of Health in 2024 and the results of studies that sustain and support decision-making on future policy measures to promote healthy eating. At the end of the document, and in the form of an appendix, there is also a brief description of the activities carried out by the PNPAS during the period under review (2024).

Epidemiologic context related to food and nutrition

- In 2021, **unhealthy eating habits were the fifth leading risk factor** (5.8% of total DALYs) **for loss of healthy life years** in Portugal, according to the Global Burden of Disease (GBD) study.
- **Low consumption of whole grains** (62,238.56 DALYs; 1.72%), **high consumption of red meat** (44,060.02 DALYs; 1.21%), and **high consumption of processed meat** (32,130.30 DALYs; 0.90%) were the **three main dietary factors contributing to DALYs and mortality**.
- GBD data also show that **high consumption of sugary drinks** (+37.13%), **high consumption of red meat** (+22.53%), **high consumption of processed meat** (+21.59%) and **low consumption of vegetables** (+21.51%) were the **risk factors with the greatest increase in DALYs between 2000 and 2021**.
- The **6th round of COSI** (2022–2024) showed a **rise in obesity prevalence among Portuguese boys** (+1.1 p.p.) and **girls** (+2.1 p.p.) compared to the 5th round (2018–2020), though the differences were not statistically significant.
- In 2024, **moderate or severe food insecurity** in Portugal decreased by 0.7 p.p., returning to 4.1%, the second-lowest rate since 2019.

Measures to modify food environments

- The most recent data (2024) regarding the **excise tax on sugary drinks reinforce** that the most significant impact of this measure is related to encouraging the reformulation of the sugar content of these drinks. Between 2017 and 2024, there was a 39% reduction in the proportion of beverages falling within the highest tax bracket (sugar content greater than or equal to 8g/100mL). Changes in the consumption of these beverages occurred in the first years of implementation of the tax, however, in 2024, the sales volume of these drinks was already higher than in 2017 (+3%).
- Monitoring the nutritional composition of food products is one of the relevant actions in the context of the PNPAS. This report presents the results of a **comparative analysis between 14 European countries of the salt and sugar content of foods available for sale on the Portuguese market**. For the analysis of **salt content**, products from **eight categories were analysed (bakery products, breakfast cereals, charcuterie and similar products, processed potato products, canned ready meals, fresh ready meals, and cheeses)**. For the analysis of **sugar content**, products from **four categories** were analysed (**breakfast cereals, yoghurts and fermented milks, soft drinks, cakes and sweet biscuits**).
- This analysis used data from the EU Joint Action Best-ReMaP (2022) for the categories of bakery products, breakfast cereals, charcuterie products, yoghurts and fermented milks, and soft drinks. For the remaining categories, data were sourced from the EU REformulation MONitoring (EUREMO) Feasibility Study for a Monitoring System on Reformulation Initiatives for Salt, Sugars, and Fat (2020).
- Regarding salt content, among the categories monitored by these EU

information systems, Portugal is among the countries with a lower average salt content in bakery products, processed potato products, canned ready meals, fresh ready meals, and cheeses. However, Portugal's performance is less positive for breakfast cereals and charcuterie products, which have higher average salt content.

- Regarding average sugar content, Portugal ranks among the countries with the lowest average sugar levels in soft drinks and cakes and sweet biscuits. In contrast, for breakfast cereals and yoghurts and fermented milks, Portugal's average sugar content is higher than the European average for the countries included in this analysis.

Healthcare delivery – Monitoring the implementation of systematic identification of nutritional risk

- During 2024, 206,339 hospitalised patients underwent nutritional screening, of which 25.7% (n=52,989) were found to be at nutritional risk.
- In 2024, the average percentage of patients undergoing nutritional risk identification was 36.7%. The temporal evolution of this indicator has been positive since 2020, suggesting that NHS hospitals have progressively improved their capacity to implement nutritional risk identification. In 2023, approximately 43.1% of patients at nutritional risk underwent nutritional intervention within the first 24 hours after identification, and 65.7% of adult patients at nutritional risk underwent nutritional intervention.

Healthcare delivery – Monitoring of nutrition consultation data in Primary Healthcare

- During 2024, 136,921 nutrition consultations were carried out, a nearly 30% increase from 2022.
- In 2024, the average number of days from referral to appointment scheduling was 60 days (total days,

including non-working days), and the average number of days from referral to the effective nutrition consultation was 94 days.

- Most nutrition consultations were with women aged 45 to 59.

Main activities of PNPAS in 2023

- Launched a public tender for a project in the area of food support for migrants;
- Conducted and published an impact assessment study of Law No. 30/2019 of 23 April, which introduced restrictions on food advertising aimed at children under 16;
- Provided technical support for drafting the Order No. 37/2024 of 1 February, related to the School Scheme;
- Publication of a guide for digital influencers and advertisers on good commercial communication practices for breast milk substitutes and baby food;
- Publication of the manual "10 (+1) Recommendations for healthy eating when returning to school".

Nota da Diretora-Geral da Saúde

O presente relatório reúne a informação mais recente sobre a alimentação e a nutrição em Portugal, bem como os principais resultados das políticas e medidas implementadas pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Os dados aqui reunidos evidenciam que Portugal tem vindo a consolidar uma trajetória positiva no domínio da melhoria dos ambientes alimentares e na resposta dos serviços de saúde na área da nutrição. O impacto sustentado de medidas estruturais, como o imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas, é um exemplo concreto de como as políticas públicas podem induzir mudanças significativas na reformulação dos produtos alimentares e, conseqüentemente, na saúde da população.

O relatório destaca ainda que Portugal se encontra entre os países europeus com menor teor médio de sal e açúcar em diversas categorias de alimentos, refletindo o sucesso das políticas de reformulação e o compromisso dos diferentes setores na promoção de uma oferta alimentar mais saudável.

Ao nível do Serviço Nacional de Saúde, assinala-se também o reforço da resposta dos cuidados de saúde primários na área da nutrição, com um aumento de quase 30% no número de consultas de nutrição face a 2022. Os dados do registo do excesso de peso e da obesidade nos cuidados de saúde primários mantêm uma evolução positiva, o que poderá representar uma melhoria do desempenho do SNS na identificação de pessoas com pré-obesidade e obesidade, bem como do seu registo como diagnóstico clínico.

Estes avanços representam passos concretos no sentido de uma maior integração da nutrição nos cuidados de saúde e na prevenção das doenças crónicas.

Apesar dos progressos alcançados, os desafios para os próximos anos continuam a ser exigentes. As projeções internacionais apontam para um aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade até 2050, o que reforça a necessidade de continuar a investir em políticas intersectoriais que favoreçam escolhas alimentares mais saudáveis.

Promover uma alimentação saudável é uma responsabilidade partilhada, pelo que concretização deste objetivo exige o envolvimento contínuo de todos, incluindo instituições públicas, sociedade civil, setor privado e cidadãos.

Outubro de 2025

Rita Sá Machado, Diretora Geral da Saúde

1. Introdução

O presente relatório tem como objetivo divulgar a informação epidemiológica nacional mais recente relativa à área da alimentação e da nutrição, bem como dados relativos à monitorização das principais medidas implementadas no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2024 e os resultados de estudos que permitem sustentar e apoiar a tomada de decisão de futuras medidas para a promoção da alimentação saudável. No final do documento e, em formato de anexo, apresenta-se também uma breve descrição das atividades realizadas pelo PNPAS durante o período em análise.

O PNPAS é um dos 12 Programas Nacionais de Saúde Prioritários, que se desenvolve no âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS), tendo em vista promover o estado de saúde da população portuguesa, atuando num dos seus principais determinantes: a alimentação. Este programa procura, assim, prevenir e controlar todas as formas de malnutrição - onde se incluem a alimentação inadequada, a desnutrição, a ingestão inadequada de vitaminas e minerais, a pré-obesidade e a obesidade - através de um conjunto concertado e integrado de ações assentes numa intervenção ao nível dos ambientes alimentares, a nível individual e ao nível dos cuidados de saúde ¹

Este relatório encontra-se organizado em 4 grandes capítulos. Um inicial, relacionado com o diagnóstico e a vigilância epidemiológica, que agrega a informação mais atual no contexto da morbilidade e da mortalidade associadas à alimentação, quer no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), quer no contexto dos Cuidados de Saúde Hospitalares. Este capítulo inicial descreve ainda os dados mais recentes do *Global Burden of Disease Study* (GBD), um estudo de um consórcio internacional, que tem como objetivo fornecer estimativas sobre as causas da carga global da doença, bem como a carga da doença atribuída a diferentes fatores de risco (88 fatores de risco) em 204 países (2). O presente relatório apresenta também os dados mais recentes relativos à prevalência de obesidade infantil, bem como da insegurança alimentar em Portugal.

No segundo capítulo apresentam-se dados relativos à monitorização de algumas das medidas implementadas no âmbito do PNPAS, nomeadamente o imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas. Apresentam-se também os resultados de estudos que permitem sustentar e apoiar a tomada de decisão de futuras medidas para a promoção da alimentação saudável, em particular as relacionadas com a reformulação dos produtos alimentares.

No terceiro capítulo apresentam-se os dados relativos às estratégias de comunicação e de divulgação de informação no âmbito do PNPAS e o quarto capítulo é dedicado ao desempenho do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área dos cuidados nutricionais, nomeadamente no que diz respeito à implementação da identificação sistemática do risco nutricional nas unidades hospitalares do SNS e aos dados de produção da Consulta de Nutrição realizada nos CSP. Na secção das conclusões apresenta-se ainda o Roteiro de Ação do PNPAS para o período 2025-2027.

Por último, nos anexos deste relatório é possível encontrar uma breve descrição das atividades desenvolvidas durante o ano de 2024. Esta prestação de contas sobre os resultados alcançados e sobre as ações desenvolvidas é fundamental para que toda a população tenha acesso a esta informação.

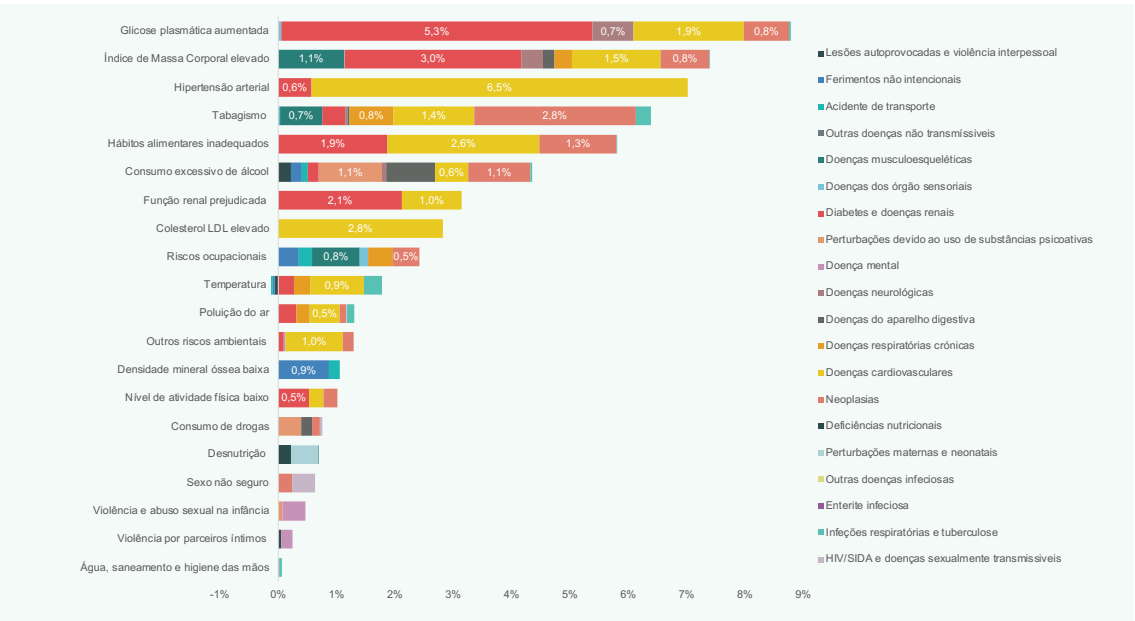
2. Diagnóstico da situação

Neste capítulo agregam-se os dados de vigilância epidemiológica com respeito à área da alimentação e ao estado nutricional, durante o período de análise deste relatório.

2.1. Carga da doença associada aos hábitos alimentares inadequados (dados do GBD 2021)

Os dados mais recentes do *Global Burden of Disease*, de 2021 (2), mostram que, em Portugal, os hábitos alimentares inadequados foram o quinto fator de risco que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável e a mortalidade, contribuindo para 5,8% dos anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade (DALYs) e para 8,3% da mortalidade, no ano de 2021. Este fator de risco modificável contribuiu para a perda de anos de vida saudável dos portugueses porque contribui para a carga da doença associada a doenças cardiovasculares (94.250,57 DALYs; 2,6% do total), a diabetes e doenças renais (67.717,94 DALYs; 1,9% do total), bem como neoplasias (47.720,89 DALYs; 1,3% do total) (Figura 1). Outros fatores de risco relacionados com os hábitos alimentares, nomeadamente a glicose plasmática elevada (8,7% do total de DALYs), o índice de massa corporal (IMC) elevado (7,4% do total de DALYs) e a hipertensão arterial (7,0% do total de DALYs) estão entre os três fatores que mais contribuíram para a perda de anos de vida saudável em 2021 (2).

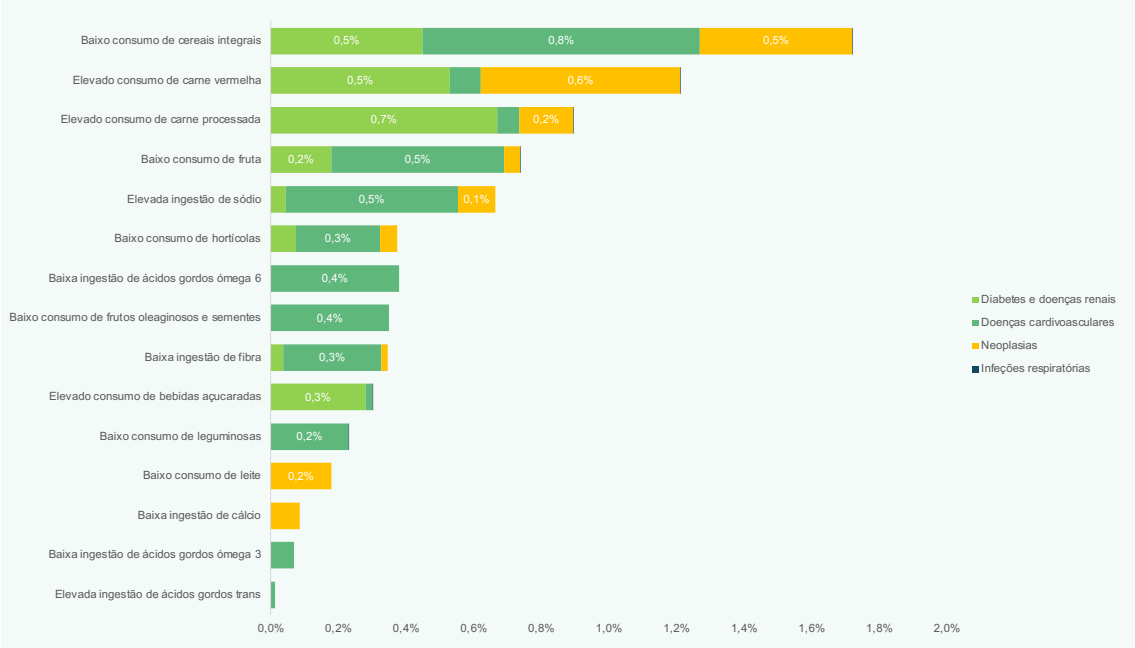
Figura 1. Percentagem do total de DALYs por fator de risco e doença associada, 2021.



Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

Relativamente aos hábitos alimentares, o baixo consumo de cereais integrais (62.238,56 DALYs; 1,72% do total), o elevado consumo de carne vermelha (44.060,02 DALYs; 1,21% do total), e o elevado consumo de carne processada (32.130,30 DALYs; 0,90% do total), destacam-se como os três principais fatores que contribuem para a perda de anos de vida saudável (Figura 2). Estes três fatores de risco alimentar são responsáveis por cerca de 138.428,88 DALYs (2).

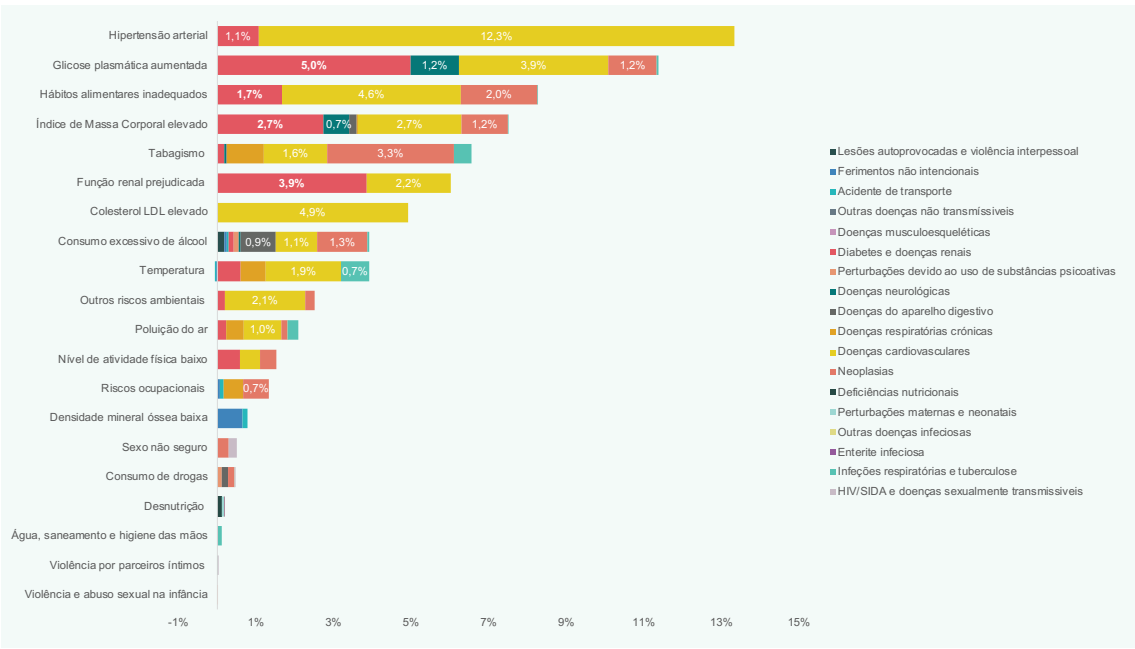
Figura 2. Percentagem do total de DALYs por fator de risco alimentar e doença associada, 2021.



Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

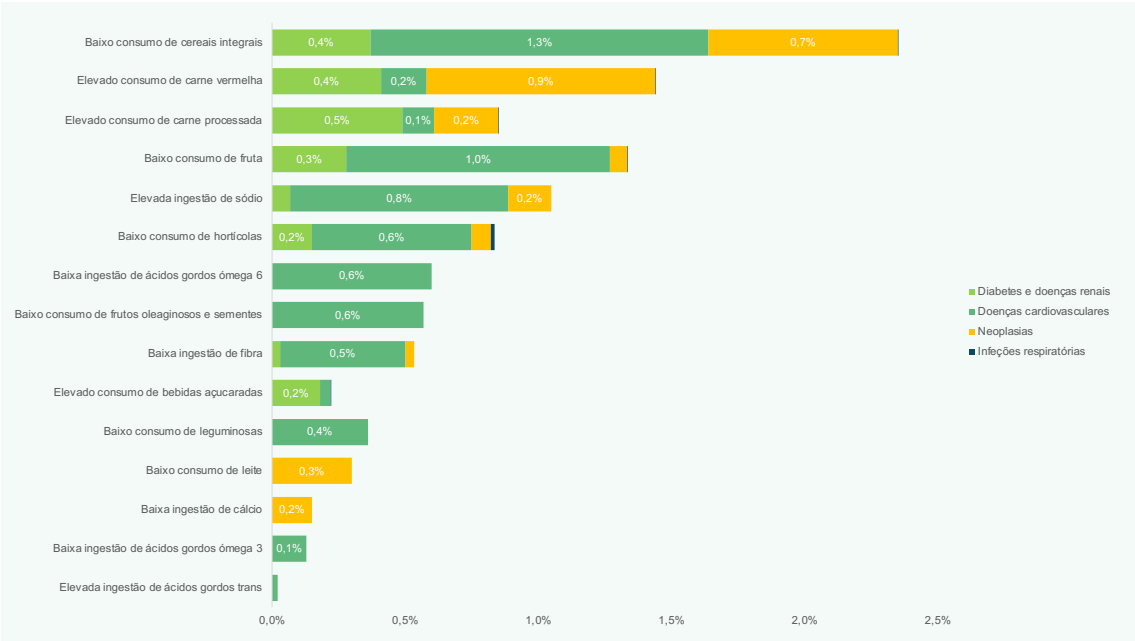
No que diz respeito à mortalidade, os hábitos alimentares inadequados foram o terceiro fator de risco que mais contribuiu para o total de mortes em Portugal em 2021 (8,3%) (Figura 3). Os fatores de risco que mais contribuem para o total de mortes por doenças cardiovasculares, diabetes e doenças renais e neoplasias são semelhantes aos verificados para a perda de anos de vida saudável, estando o baixo consumo de cereais integrais, o elevado consumo de carne vermelha, o baixo consumo de fruta e a elevada ingestão de sódio e o elevado consumo de carne processada entre os cinco primeiros fatores de risco alimentar (Figura 4) (2).

Figura 3. Percentagem do total de mortes por fator de risco e doença associada, 2021.



Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

Figura 4. Percentagem do total de mortes por fator de risco alimentar e doença associada, 2021.



Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

2.2. Previsões e cenários da carga da doença associada à alimentação inadequada em Portugal (dados da *Lancet* 2024 e *Lancet* 2025)

No âmbito da publicação do estudo GBD de 2021, foi publicada uma edição especial na revista *The Lancet* dedicada à divulgação dos dados mais recentes da carga da doença em 204 países. Nesta edição foi possível conhecer previsões da evolução da carga da doença e respetivos fatores de risco associados no período de 2022 a 2050 (3). Neste âmbito, foi desenvolvido o cenário de referência (trajetórias de referência para os fatores de risco em análise) e cenários futuros alternativos, com trajetórias hipotéticas de eliminação gradual da exposição aos fatores de risco desde os níveis atuais até 2050.

Os cenários foram desenvolvidos com base em diferentes grupos de fatores de risco: riscos ambientais (cenário “Ambiente Mais Seguro”), riscos associados a doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais (cenário “Melhoria da Nutrição Infantil e Vacinação”), riscos associados a doenças não transmissíveis (cenário “Melhoria dos Riscos Comportamentais e Metabólicos”), bem como um cenário adicional que considera os efeitos combinados dos três cenários anteriores. Cada um destes cenários ilustra os potenciais ganhos para a saúde que poderiam ser alcançados mediante a implementação de ações concertadas, com o objetivo de reduzir substancialmente ou eliminar a exposição a diferentes tipos de fatores de risco ao longo dos próximos anos.

No cenário de referência, a nível nacional, prevê-se que a esperança de vida e a esperança de vida saudável aumentem 1,8 e 1,7 anos, respetivamente, em 2030 e 1,2 e 0,9 anos, respetivamente, em 2050 (

Tabela 1). Apesar desta previsão de um aumento contínuo na esperança média de vida, a taxa de crescimento é mais lenta do que a observada nas últimas três décadas anteriores à pandemia.

Tabela 1. Estimativa de esperança de vida e esperança de vida saudável em 2022, 2030 e 2050 (cenário de referência) para ambos os sexos.

	Cenário de referência Esperança de vida			Cenário de referência Esperança de vida saudável		
	2022	2030	2050	2022	2030	2050
Portugal	82,0 (81,8-82,3)	83,8 (83,6-84,1)	85,0 (84,6-85,4)	70,3 (66,8-73,2)	72,0 (68,6-74,9)	72,9 (69,3-75,8)

Fonte: GBD 2021 *Forecasting Collaborators* (2024) (3).
Nota: As estimativas são apresentadas como médias com intervalos de confiança de 95% entre parêntesis.

As projeções do cenário de referência indicam uma transição contínua, a nível global, da carga de doença de etiologia transmissível para doenças não transmissíveis. Estima-se que, em 2050, 77,6% dos DALYs globais sejam atribuíveis a doenças não transmissíveis, o que representa um aumento de 13,4% face aos valores de 2022. Em Portugal, entre as principais causas de DALYs, prevê-se que a diabetes (5.^a posição em 2022) e o cancro colorretal (12.^a posição em 2022), doenças potencialmente associadas a fatores de risco alimentares, ascendam, respetivamente, à 2.^a e à 7.^a posição em 2050. Relativamente à mortalidade associada a estas doenças, prevê-se que a diabetes se mantenha na 10.^a posição e o cancro colorretal transite da 8.^a para a 7.^a posição em 2022 e 2050, respetivamente.

A análise dos diferentes cenários revela que, em termos globais, as maiores discrepâncias ocorreram entre o cenário de referência e o cenário de “Melhoria dos Riscos Comportamentais e Metabólicos”. Em contraste, os impactos estimados nos restantes cenários alternativos foram substancialmente menores. Estes resultados indicam que intervenções orientadas para a redução significativa da exposição a fatores de risco comportamentais e metabólicos são aquelas que apresentam o maior potencial para a diminuição da carga global de doença.

A nível nacional, os dados são semelhantes, sendo o cenário “Melhoria dos Riscos Comportamentais e Metabólicos” aquele que melhor poderá contribuir para reduzir a carga da doença em Portugal. Os dados destas projeções sugerem que Portugal teria aproximadamente menos 13% de DALYs do que o esperado em 2050 se o IMC elevado dos adultos, a pressão arterial sistólica, o colesterol LDL, a glicose plasmática em jejum, o tabagismo e a exposição aos fatores de risco alimentares fossem eliminados até 2050 (Tabela 2).

Tabela 2. Estimativa da redução percentual nas contagens de DALYs por cenário, em comparação com o cenário de referência em 2050.

	Cenário de referência (milhões)	Cenário Combinado (n, % redução)	Cenário “Ambiente Mais Seguro” (n, % redução)	Cenário “Melhoria dos Riscos Comportamentais e Metabólicos” (n, % redução)	Cenário “Melhoria da Nutrição Infantil e Vacinação” (n, % redução)
Portugal	3,57	3,16 (-12,84)	3,57 (-0,00)	3,16 (-12,83)	3,57 (-0,01)

Fonte: GBD 2021 *Forecasting Collaborators* (2024) (3).
Nota: As estimativas são apresentadas como contagens médias com redução percentual, em comparação com o cenário de referência entre parêntesis.

Um outro estudo da *Lancet* (2025) avaliou as tendências históricas da prevalência global, regional e nacional de excesso de peso e obesidade em adultos de 1990 a 2021 e estimou as trajetórias futuras até 2050 (4).

A nível global, em comparação com 1990, a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) aumentou 53,0% nas mulheres e 56,9% nos homens em 2021. Assumindo a continuação das tendências históricas estima-se que até 2050, esta prevalência aumente 29,2% nas mulheres e 32,5% nos homens, comparativamente a 2021. Em Portugal, entre 1990 e 2021, verificou-se um aumento percentual da prevalência de excesso de peso na população adulta de 43,9% nas mulheres e de 43,6% nos homens. Em 2050, prevê-se que se registre um aumento de 17,0% nas mulheres e de 14,9% nos homens, face a 2021 (Tabela 3).

Tabela 3. Estimativa padronizada para a idade da prevalência de excesso de peso e variações percentuais na população adulta com 25 ou mais anos, por sexo, em 1990, 2021 e 2050.

Prevalência de excesso de peso e variações percentuais na população adulta (≥ 25 anos)					
	Prevalência (%) (IC 95%)			Variação relativa na prevalência (%) (IC 95%)	
	1990	2021	2050	1990-2021	2021-2050
Mulheres					
Portugal	41,6 (38,4-44,7)	59,7 (56,5-63,1)	69,9 (62,1-76,0)	43,9 (31,4-58,2)	17,0 (6,5-25,0)
Homens					
Portugal	44,5 (41,5-47,7)	63,9 (61,0-66,6)	73,3 (66,5-79,1)	43,6 (32,4-55,9)	14,9 (6,0-23,5)

Fonte: GBD 2021 Adult BMI Collaborators (2025) (4).

Nota: Os valores entre parêntesis são os intervalos de confiança (IC) a 95%.

Relativamente à prevalência de obesidade, entre 1990 e 2021, a prevalência global de obesidade aumentou 104,9% nas mulheres e 155,1% nos homens e, em comparação com 2021, prevê-se que em 2050 aumente 62,3% nas mulheres e 77,7% nos homens. A nível nacional, verificou-se um aumento percentual de 136,6% nas mulheres e de 214,7% nos homens entre 1990 e 2021. Em 2050, prevê-se que se registre um aumento desta prevalência em 52,3% nas mulheres e em 77,8% nos homens, face a 2021 (Tabela 4).

Tabela 4. Estimativa padronizada para a idade da prevalência de obesidade e variações percentuais na população adulta com 25 ou mais anos, por sexo, em 1990, 2021 e 2050.

Prevalência de obesidade e variações percentuais na população adulta (≥ 25 anos)					
	Prevalência (%) (IC 95%)			Variação relativa na prevalência (%) (IC 95%)	
	1990	2021	2050	1990-2021	2021-2050
Mulheres					
Portugal	11,8 (10,4-13,2)	27,8 (25,4-30,1)	42,3 (34,0-48,7)	136,6 (104,0-173,1)	52,3 (27,7-71,2)
Homens					
Portugal	6,7 (5,8-7,6)	21,0 (19,0-23,1)	37,4 (30,9-44,2)	214,7 (166,0-272,9)	77,8 (51,2-107,5)

Fonte: GBD 2021 Adult BMI Collaborators (2025) (4).

Nota: Os valores entre parêntesis são os intervalos de confiança (IC) a 95%.

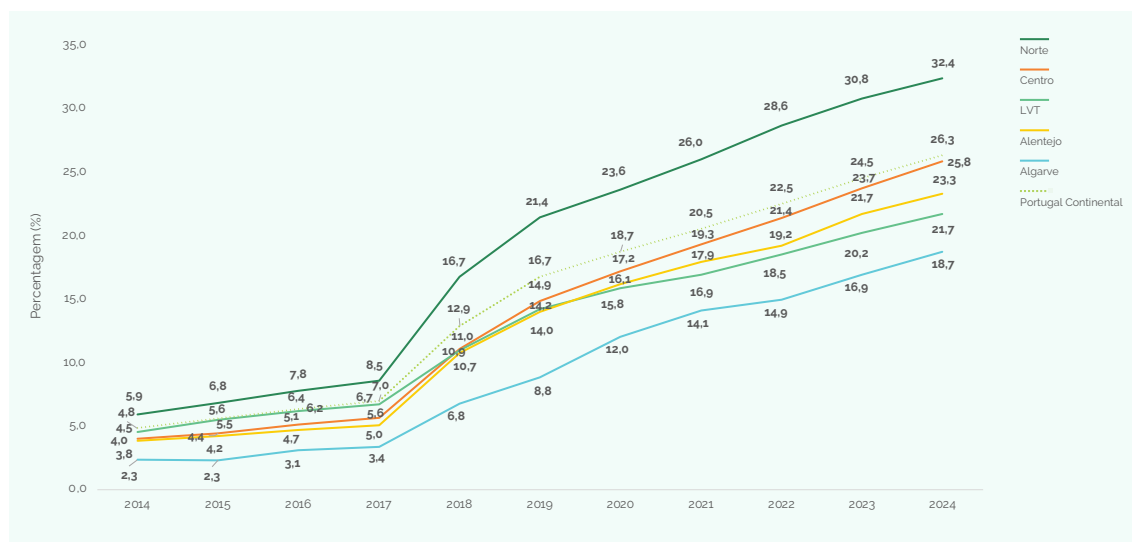
2.3. Morbilidade e mortalidade associada à alimentação

2.3.1 Registo de pré-obesidade e obesidade em utentes dos Cuidados de Saúde Primários

Apesar da pré-obesidade e a obesidade afetarem, respetivamente, 38,9% e 28,7% da população nacional de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) (2015) (5), nos utentes dos CSP o seu registo ainda é bastante inferior, embora tenha melhorado nos últimos anos, em especial a partir do ano de 2018.

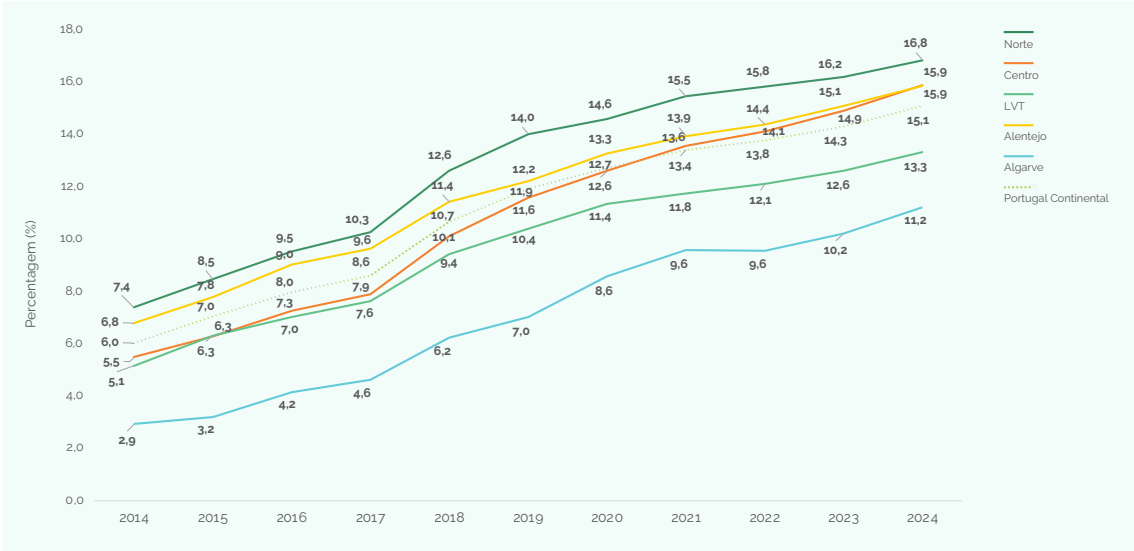
As Figura 5 e Figura 6 demonstram uma tendência crescente da proporção de utentes com registos de pré-obesidade e obesidade nos CSP, atingindo os 24,5% e os 14,3% a nível nacional em 2024, respetivamente. Entre 2017 e 2024, ocorreu um aumento, respetivamente, de 250,0% e de 66,3% no registo de pré-obesidade e de obesidade nos utentes CSP. Observam-se, ainda, diferenças acentuadas no registo entre as diferentes regiões do país, sendo a região do Norte aquela que apresenta um registo superior. Estes dados poderão representar uma melhoria do desempenho do SNS na identificação de pessoas da pré-obesidade e obesidade, bem como do seu registo como diagnóstico clínico.

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 | 2014–2023.**



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 | 2014–2023.



Fonte: SIM@SNS.

2.3.2 Cuidados hospitalares relacionados com o estado nutricional

Neste capítulo agregam-se os dados de produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade no SNS para o período entre 2017 e 2023.

Desnutrição e condições associadas

A Tabela 5 caracteriza a produção hospitalar associada à "Desnutrição". O número de doentes saídos com desnutrição, em 2023, foi de 7485 o que representa uma diminuição de 10,6% face ao mesmo período do ano anterior, sendo a demora média de 20,72 dias. A Figura 7 evidencia a contínua tendência decrescente da desnutrição interrompida entre 2020 e 2021. Os idosos (65-79 anos e 80 ou mais anos) do sexo masculino são o grupo da população onde se verificou um maior número de doentes saídos com este registo clínico (Tabela 7).

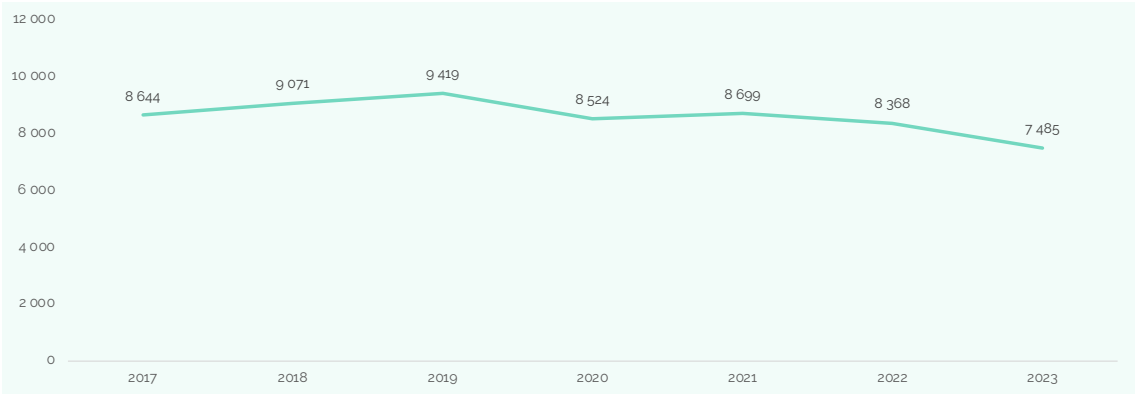
Tabela 5. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desnutrição", Portugal Continental | 2017–2023.

	Desnutrição						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Utentes saídos	8 644	9 071	9 419	8 524	8 699	8 368	7 485
Dias de internamento	133 208	148 130	155 805	138 959	141 135	146 005	155 117
Demora média	15,4	16,30	16,50	16,30	16,20	17,40	20,72
Óbitos	36	39	32	32	24	39	36

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Figura 7. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desnutrição", Portugal Continental | 2017 – 2023.



Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Tabela 6. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desnutrição", por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2017 – 2019.

Desnutrição												
Grupo etário	Utentes saídos			Dias Int.			Demora Média			Óbitos		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Masculino												
≤19 anos	78	97	117	1 696	2 108	2 988	21,70	21,70	25,50	0	0	0
20-39 anos	140	129	122	3 515	3 081	4 353	25,10	23,90	35,70	0	0	0
40-64 anos	1 541	1 539	1 603	28 660	32 984	33 189	18,60	21,50	20,70	6	5	4
65-79 anos	1 733	1 750	1 837	27 864	29 995	32 861	16,10	17,10	17,90	10	9	3
80 ou +anos	1 680	1 763	1 834	21 518	22 407	23 571	12,80	12,70	12,90	2	10	8
Feminino												
≤19 anos	103	107	67	3 063	3 688	2 211	29,70	34,50	33,00	0	0	0
20-39 anos	91	114	103	2 091	2 216	2 374	23,00	19,40	23,00	0	0	0
40-64 anos	623	601	614	10 723	11 970	13 460	17,20	19,90	21,90	3	4	1
65-79 anos	868	892	933	14 491	14 970	16 445	16,70	16,80	17,60	4	4	3
≥80 anos	1 787	2 084	2 189	19 955	24 711	24 353	11,00	11,90	11,10	11	7	13

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024; Códigos de diagnóstico considerados para a análise: E40, E41, E42, E43, E440, E441, E45, E46, R64 (ICD 10 - CM).

Tabela 7. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desnutrição", por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2020 – 2023.

Desnutrição								
Grupo etário	Utentes saídos				Dias Int.			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	91	97	103	102	2 694	2 999	1 978	2 549
20-39 anos	118	95	120	110	2 796	2 697	2 888	3 502
40-64 anos	1 439	1 472	1 297	1 147	29 113	30 266	28 355	28 786
65-79 anos	1 764	1 884	1 798	1 526	31 950	30 545	34 052	31 260
≥80 anos	1 693	1 718	1 663	1 466	22 868	23 885	22 080	26 271
Feminino								
≤19 anos	65	76	121	167	1 797	2 100	4 472	5 291
20-39 anos	59	89	62	81	1 278	1 699	1 361	2 087
40-64 anos	561	571	551	464	10 476	10 582	11 146	11 642
65-79 anos	865	788	806	757	14 475	14 885	16 940	17 720
≥80 anos	1 869	1 909	1 847	1 665	21 512	21 477	22 733	26 009

Desnutrição								
Demora Média					Óbitos			
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	29,60	30,9	19,20	24,99	0	0	0	0
20-39 anos	23,70	28,4	24,10	31,84	0	0	0	0
40-64 anos	20,20	20,6	21,90	25,10	3	0	0	4
65-79 anos	18,10	16,2	18,90	20,48	7	2	9	3
≥80 anos	13,50	13,9	13,30	17,92	6	9	10	11
Feminino								
≤19 anos	27,60	27,60	37,00	31,68	0	0	0	0
20-39 anos	21,70	19,10	22,00	25,77	0	0	0	0
40-64 anos	18,70	18,50	20,20	25,09	1	1	4	5
65-79 anos	16,70	18,90	21,00	23,41	6	6	2	7
≥80 anos	11,50	11,30	12,30	15,62	9	9	14	6

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024; Códigos de diagnóstico considerados para a análise: E40, E41, E42, E43, E440, E441, E45, E46, R64 (ICD 10 - CM).

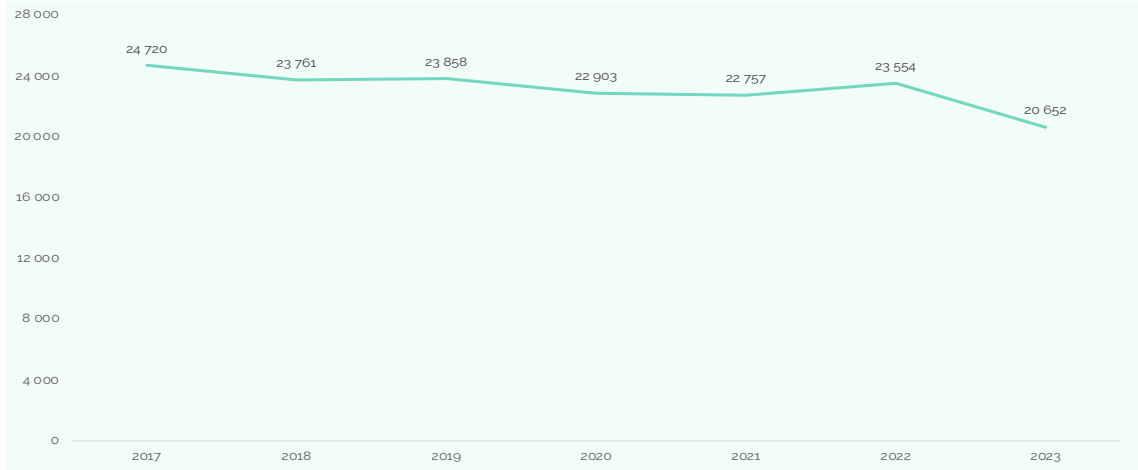
A Tabela 8 caracteriza a produção hospitalar associada à “Desidratação”. Em 2023, o número de utentes saídos com registo de desidratação teve uma diminuição de 12,3%, o que representa uma retoma da tendência decrescente do número de doentes saídos com desidratação que vinha a ser observada desde 2019 (Figura 8). Por grupos etários, o grupo dos idosos (65-79 anos e 80 ou mais anos) continua a registar um maior número de doentes saídos com registo de “Desidratação”, sendo este registo superior no sexo feminino nos grupos etários com 65 anos ou mais (Tabela 10).

Tabela 8. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Desidratação”, Portugal Continental | 2017 – 2023.

Desidratação							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Utentes saídos	24 720	23 761	23 858	22 903	22 757	23 554	20 652
Dias de internamento	190 739	196 530	198 170	222 690	207 909	228 629	305 470
Demora média	7,70	8,30	8,30	9,70	9,10	9,70	14,79
Óbitos	282	259	237	225	233	207	158

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal

Figura 8. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Desidratação”, Portugal Continental | 2017 – 2023.



Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Tabela 9. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Desidratação”, por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2017 – 2019.

Desidratação												
Grupo etário	Utentes saídos			Dias Int.			Demora Média			Óbitos		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Masculino												
≤19 anos	1 005	679	750	2 863	1 985	1 819	2,80	2,90	2,40	0	0	0
20-39 anos	176	195	188	1 818	1 742	2 321	10,30	8,90	12,30	1	1	0
40-64 anos	1 546	1 464	1 501	19 442	19 321	18 490	12,60	13,20	12,30	9	6	6
65-79 anos	3 292	3 224	3 162	33 088	32 425	33 105	10,10	10,10	10,50	23	36	32
≥80 anos	5 558	5 531	5 513	40 877	46 159	42 315	7,40	8,30	7,70	69	68	68
Feminino												
≤19 anos	786	570	550	1 785	1 795	1 575	2,30	3,10	2,90	0	1	0
20-39 anos	172	159	159	2 011	1 763	1 259	11,70	11,10	7,90	0	0	0
40-64 anos	894	824	876	10 848	9 228	11 102	12,10	11,20	12,70	5	1	2
65-79 anos	2 838	2 616	2 692	27 015	26 161	29 481	9,50	10,00	11,00	32	27	19
≥80 anos	8 453	8 499	8 467	50 992	55 951	56 703	6,00	6,60	6,70	143	119	110

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Tabela 10. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Desidratação”, por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2020 – 2023.

Desidratação								
Utentes saídos					Dias Int.			
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	314	361	611	532	1 692	1 648	1 714	2 521
20-39 anos	168	165	192	183	1 844	1 759	2 829	2 368
40-64 anos	1 436	1 441	1 325	1 174	21 078	19 596	17 733	20 534
65-79 anos	3 198	3 142	3 329	2 866	38 560	36 452	42 417	47 751
≥80 anos	5 351	5 075	5 507	4 908	46 750	42 032	52 656	73 075
Feminino								
≤19 anos	247	282	527	455	1 287	1 563	1 493	2 123
20-39 anos	133	123	121	127	1 388	1 213	1 024	1 099
40-64 anos	815	839	860	718	14 232	11 896	11 952	11 545
65-79 anos	2 720	2 670	2 647	2 336	32 924	30 949	31 546	38 684
≥80 anos	8 521	8 220	8 435	7 353	62 935	57 145	65 265	105 770
Demora Média					Óbitos			
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	5,40	4,60	2,80	4,74	0	0	0	0
20-39 anos	11,0	10,50	14,70	12,94	1	0	0	0
40-64 anos	14,70	13,70	13,40	17,49	7	7	5	36
65-79 anos	12,10	11,40	12,70	16,66	20	17	18	20
≥80 anos	8,70	8,20	9,60	14,89	65	54	66	59
Feminino								
≤19 anos	5,20	5,50	2,80	4,67	0	0	0	0
20-39 anos	10,40	9,90	8,50	8,65	0	0	0	0
40-64 anos	17,50	14,20	13,90	16,08	3	0	3	0
65-79 anos	12,10	11,60	11,90	16,56	22	28	19	14
≥80 anos	7,40	7,00	7,70	14,39	107	122	96	62

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Relativamente à sarcopenia, em 2023, o número de utentes saídos com esta condição foi de 1551, mantendo a tendência crescente que se verificava desde 2017 (Tabela 11). A demora média para os doentes com este diagnóstico clínico foi de 22,58 dias. O grupo da população com mais saídas com registo de sarcopenia são os idosos (65-79 anos e 80 ou mais anos) do sexo masculino (Tabela 13).

Tabela 11. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Sarcopenia”, Portugal Continental | 2017 – 2023.

Sarcopenia							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Utentes saídos	188	399	576	696	899	1 262	1 551
Dias de internamento	2877	6656	10874	13055	15945	23 826	35 022
Demora média	15,30	16,68	18,80	18,70	17,70	18,90	22,58
Óbitos	0	1	0	0	0	1	1

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Tabela 12. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade de morbilidade, relativos a “Sarcopenia”, por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental | 2017- 2019.

Sarcopenia												
Grupo etário	Utentes saídos			Dias Int.			Demora Média			Óbitos		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Masculino												
≤19 anos	0	0	1	0	0	27	na	na	27,00	0	0	0
20-39 anos	1	6	5	25	357	157	25,00	59,50	31,40	0	0	0
40-64 anos	19	38	81	233	835	2 171	12,30	22,00	26,80	0	0	0
65-79 anos	31	61	82	633	1 086	1 861	20,40	17,80	22,70	0	0	0
≥80 anos	43	113	142	579	1 618	2 582	13,50	14,30	18,20	0	1	0
Feminino												
≤19 anos	2	0	0	48	0	0	24,00	na	na	0	0	0
20-39 anos	2	2	4	71	49	192	35,50	24,50	48,00	0	0	0
40-64 anos	4	14	19	98	306	496	24,50	21,90	26,10	0	0	0
65-79 anos	13	35	48	110	493	1 197	8,50	14,10	24,90	0	0	0
≥80 anos	38	134	196	567	2 096	2 292	14,90	15,60	11,70	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal; na, não aplicável.

Tabela 13. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade de morbilidade, relativos a “Sarcopenia”, por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2020 – 2023.

Sarcopenia								
Grupo etário	Utentes saídos				Dias Int.			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	0	0	0	3	0	0	0	73
20-39 anos	8	11	14	15	148	263	463	1 026
40-64 anos	95	134	169	187	3 124	2 657	4 076	5 118
65-79 anos	140	196	221	305	3 568	4 487	5 540	8 838
≥80 anos	412	237	310	387	2 190	3 485	4 837	7 102
Feminino								
≤19 anos	0	1	0	na	0	34	0	na
20-39 anos	6	4	9	5	136	155	249	101
40-64 anos	42	47	54	68	734	1 117	1 399	1 819
65-79 anos	70	56	119	142	1 321	1 376	2 656	3 181
≥80 anos	191	246	366	439	2 592	2 966	4 606	7 764

Sarcopenia								
Grupo etário	Demora Média				Óbitos			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	na	na	na	24,33	0	0	0	0
20-39 anos	18,50	23,90	33,10	68,40	0	0	0	0
40-64 anos	32,90	19,80	24,10	27,37	0	0	0	0
65-79 anos	25,60	22,90	25,10	28,98	0	0	0	0
≥80 anos	13,00	13,90	15,60	18,35	0	0	1	1
Feminino								
≤19 anos	na	34,00	na	na	0	0	0	na
20-39 anos	22,70	38,80	27,70	20,20	0	0	0	0
40-64 anos	17,50	23,80	25,90	26,75	0	0	0	0
65-79 anos	18,90	24,60	22,30	22,40	0	0	0	0
≥80 anos	13,60	12,10	12,60	17,69	0	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal; na, não aplicável.

A Tabela 14 caracteriza a produção hospitalar associada à “Anorexia”. Em 2023, o número de utentes saídos com registo de anorexia foi de 1908, demonstrado uma redução de 4,17%% face ao período homólogo de 202, sendo a demora média de 16,73 dias. O grupo da população com uma expressão mais elevada de registos de saída são os idosos (65-79 anos e 80 ou mais anos) do sexo masculino, sendo que entre os mais jovens é no sexo feminino que se observam mais saídas de utentes com anorexia (≤19 anos e 20-39 anos) (Tabela 16).

Tabela 14. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anorexia”, Portugal Continental | 2017 – 2023.

Anorexia							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Utentes saídos	1 376	1 722	2 271	2 061	2 336	1 991	1 908
Dias de internamento	16 707	23 347	30 263	27 081	31 627	29 214	31 928
Demora média	12,10	13,60	13,30	13,10	13,50	14,70	16,73
Óbitos	1	3	1	7	2	5	7

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Tabela 15. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anorexia”, por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2017 – 2019.

Anorexia												
Grupo etário	Utentes saídos			Dias Int.			Demora Média			Óbitos		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Masculino												
≤19 anos	89	101	149	417	476	678	4,70	4,70	4,60	0	0	0
20-39 anos	22	25	30	312	536	466	14,20	21,40	15,50	0	0	0
40-64 anos	178	217	331	2 686	3 505	5 227	15,10	16,20	15,80	0	1	0
65-79 anos	254	327	433	3 517	5 004	6 138	13,80	15,30	14,20	0	0	1
≥80 anos	158	236	253	2 054	3 177	3 808	13,00	13,50	15,10	1	1	0
Feminino												
≤19 anos	116	129	155	532	489	676	4,60	3,80	4,40	0	0	0
20-39 anos	33	30	49	407	305	496	12,30	10,20	10,10	0	0	0
40-64 anos	146	147	240	1 779	2 363	3 832	12,20	16,10	16,00	0	0	0
65-79 anos	195	220	315	2 869	3 629	4 792	14,70	16,50	15,20	0	1	0
≥80 anos	675	290	316	2 134	2 863	4 150	11,50	13,30	13,10	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Tabela 16. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anorexia”, por sexo e grupo etário Portugal Continental | 2020 – 2023.

Anorexia								
Utentes saídos					Dias Int.			
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	97	59	59	39	499	685	540	322
20-39 anos	35	31	39	25	465	424	745	492
40-64 anos	290	358	256	296	3 671	5 354	3 863	5 073
65-79 anos	429	513	459	433	6 665	6 279	7 456	7 550
≥80 anos	281	258	258	217	3 408	3 426	3 228	3 372
Feminino								
≤19 anos	98	68	84	43	684	745	895	294
20-39 anos	34	44	34	43	453	525	331	551
40-64 anos	188	296	243	207	2 732	3 807	4 106	4 261
65-79 anos	306	360	277	308	4 331	5 669	4 533	5 481
≥80 anos	303	349	282	297	4 173	4 713	3 517	4 532
Demora Média								
Óbitos								
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	5,10	11,60	9,20	8,26	0	0	0	0
20-39 anos	13,30	13,70	19,10	19,68	0	0	0	0
40-64 anos	12,70	15,00	15,10	17,14	2	0	0	0
65-79 anos	15,50	12,20	16,20	17,44	1	1	1	2
≥80 anos	12,10	13,30	12,50	15,54	3	0	1	2
Feminino								
≤19 anos	7,00	11,00	10,70	6,84	0	0	0	0
20-39 anos	13,30	11,90	9,70	12,81	0	0	0	0
40-64 anos	14,50	12,90	16,90	20,58	0	0	0	0
65-79 anos	14,20	15,70	16,40	17,80	1	1	1	1
≥80 anos	13,80	13,50	12,50	15,26	0	0	2	2

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Excesso de peso e obesidade

No que respeita ao excesso de peso (incluindo obesidade) no adulto verificou-se em 2023 uma ligeira redução de 0,19% no número de utentes saídos com esta notificação em relação ao período homólogo de 2022 (23 178 vs. 23 223 utentes) (Tabela 18). Para a obesidade, o número de utentes saídos aumentou 2,71% durante o período em análise e para a pré-obesidade o número de utentes saídos diminuiu 5,88% (Figura 9 e Tabela 18). O grupo da população com maior número de saídas com notificação de pré-obesidade são os utentes entre os 65 e os 79 anos do sexo masculino, enquanto os com maior número de saídas com referência de obesidade são utentes do sexo feminino entre os 40 e os 64 anos (Tabela 20 e Tabela 22).

Tabela 17. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Excesso de peso no adulto”, Portugal Continental | 2017 – 2019.

Excesso de peso no adulto									
	2017			2018			2019		
	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso
Utentes saídos	3 117	9 303	12 420	5 769	10 662	16 431	7 079	12 358	19 358
Dias de internamento	22 057	53 640	75 697	47 334	68 457	115 791	59 130	79 532	138 662
Demora média	7,10	5,80	6,45	8,20	6,40	7,3	8,40	6,40	7,40
Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

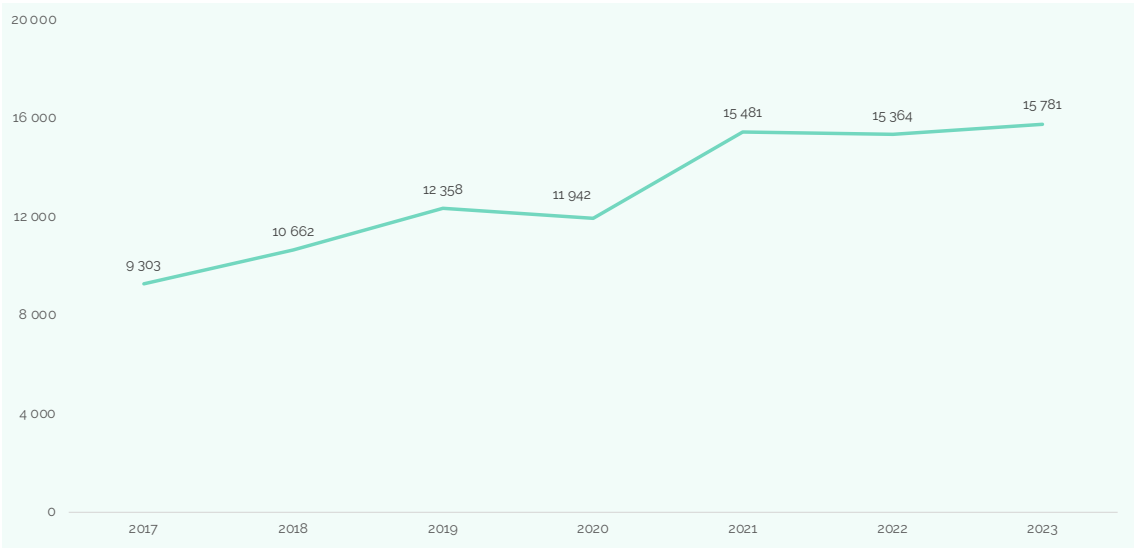
Tabela 18. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Excesso de peso no adulto”, Portugal Continental | 2020 – 2023.

Excesso de peso						
	2020			2021		
	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso
Utentes saídos	7 293	11 942	19 235	8 707	15 481	24 188
Dias de internamento	64 802	84 678	149 480	70 879	100 424	171 303
Demora média	8,90	7,10	8,00	8,10	6,50	7,30
Óbitos	0	0	0	0	0	0
	2022			2023		
	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso
Utentes saídos	7 859	15 364	23 223	7 397	15 781	23 178
Dias de internamento	72 714	95 740	168 454	72 259	106 517	178 776
Demora média	9,30	6,20	7,75	9,77	6,75	8,26
Óbitos	0	0	0	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Figura 9. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Obesidade no adulto”, Portugal Continental | 2017 – 2023.



Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Tabela 19. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Pré-obesidade no adulto”, por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2017 – 2019.

Pré-obesidade no adulto												
Grupo etário	Utentes saídos			Dias Int.			Demora Média			Óbitos		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Masculino												
≤19 anos	8	10	9	35	32	42	4,40	3,20	4,70	0	0	0
20-39 anos	83	172	225	666	844	1 715	8,00	4,90	7,60	0	0	0
40-64 anos	567	1 022	1 176	4 335	7 435	9 517	7,60	7,30	8,10	0	0	0
65-79 anos	554	1 107	1 433	3 891	9 570	12 066	7,00	8,60	8,40	0	0	0
≥80 anos	175	543	702	1 890	6 521	6 734	10,80	12,00	9,60	0	0	0
Feminino												
≤19 anos	10	16	14	47	108	81	4,70	6,80	5,80	0	0	0
20-39 anos	302	456	559	1 065	1 619	2 226	3,50	3,60	4,00	0	0	0
40-64 anos	611	908	1 037	3 294	5 980	6 755	5,40	6,60	6,50	0	0	0
65-79 anos	537	848	1 078	3 979	7 469	10 081	7,40	8,80	9,40	0	0	0
≥80 anos	270	687	846	2 855	7 756	9 913	10,60	11,30	11,70	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Tabela 20. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Pré-obesidade no adulto”, por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2020 – 2023.

Pré-obesidade no adulto								
Grupo etário	Utentes saídos				Dias Int.			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	9	9	9	13	52	43	53	50
20-39 anos	225	248	209	187	1 687	1 630	2 098	1 845
40-64 anos	1 331	1 592	1 354	1 323	12 333	12 749	12 254	10 667
65-79 anos	1 523	1 850	1 679	1 578	14 142	15 720	15 729	16 559
≥80 anos	755	875	842	763	7 988	8 803	10 364	9 152
Feminino								
≤19 anos	19	17	17	13	54	83	115	209
20-39 anos	591	646	480	385	2 192	2 201	1 816	1 899

Pré-obesidade no adulto								
Utentes saídos					Dias Int.			
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
40-64 anos	1 012	1 213	1 072	1 046	6 713	7 981	6 148	7 473
65-79 anos	1 025	1 267	1 190	1 149	9 576	10 227	11 100	11 661
≥80 anos	803	990	1 007	940	10 065	11 442	13 037	12 744
Demora Média					Óbitos			
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	5,80	4,80	5,90	3,85	0	0	0	0
20-39 anos	7,50	6,60	10,00	9,87	0	0	0	0
40-64 anos	9,30	8,00	9,10	8,06	0	0	0	0
65-79 anos	9,30	8,50	9,40	10,49	0	0	0	0
≥80 anos	10,60	10,10	12,30	11,99	0	0	0	0
Feminino								
≤19 anos	2,80	4,90	6,80	16,08	0	0	0	0
20-39 anos	3,70	3,40	3,80	4,93	0	0	0	0
40-64 anos	6,60	6,60	5,70	7,14	0	0	0	0
65-79 anos	9,30	8,10	9,30	10,15	0	0	0	0
≥80 anos	12,50	11,60	12,90	13,56	0	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Tabela 21. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Obesidade no adulto”, por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2017 – 2019.

Obesidade no adulto												
Grupo etário	Utentes saídos			Dias Int.			Demora Média			Óbitos		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Masculino												
≤19 anos	5	13	12	24	98	106	4,80	7,50	8,80	0	0	0
20-39 anos	235	256	316	1 295	1 563	1 760	5,50	6,10	5,60	0	0	0
40-64 anos	1 092	1 416	1 765	7 036	10 812	12 567	6,40	7,60	7,10	0	0	0
65-79 anos	799	1 060	1 298	6 682	9 490	11 331	8,40	9,00	8,70	0	0	0
≥80 anos	203	293	351	2 267	3 454	3 605	11,20	11,80	10,30	0	0	0
Feminino												
≤19 anos	38	57	37	124	179	101	3,30	3,10	2,70	0	0	0
20-39 anos	2 353	2 271	1 961	7 157	7 311	5 981	3,00	3,20	1 970	0	0	0
40-64 anos	2 689	2 865	3 715	12 402	13 186	15 945	4,60	4,60	3 723	0	0	0
65-79 anos	1 434	1 679	2 004	11 212	13 435	17 552	7,80	8,00	2 012	0	0	0
≥80 anos	455	752	899	5 441	8 929	10 584	12,00	11,90	902	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Tabela 22. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Obesidade no adulto”, por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2020 – 2023.

Obesidade no adulto								
Utentes saídos					Dias Int.			
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	13	12	15	16	64	469	94	76
20-39 anos	302	420	391	441	1 895	2 464	2 244	2 186
40-64 anos	1 750	2 300	2 265	2 350	12 574	17 362	15 210	15 218
65-79 anos	1 328	1 636	1 549	1 583	12 518	16 192	15 012	14 958
≥80 anos	425	449	426	439	5 781	4 779	5 361	5 775

Obesidade no adulto								
Utentes saídos					Dias Int.			
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Feminino								
≤19 anos	43	60	60	64	126	237	260	317
20-39 anos	2 247	2 861	2 880	3 030	6 590	7 430	7 232	11 212
40-64 anos	3 117	4 396	4 485	4 524	15 525	20 459	17 364	20 736
65-79 anos	1 826	2 353	2 213	2 332	17 584	19 368	18 370	21 310
≥80 anos	891	991	1 080	1 002	12 021	11 602	14 593	14 729
Demora Média					Óbitos			
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	4,90	39,10	6,30	4,75	0	0	0	0
20-39 anos	6,30	5,90	5,70	4,96	0	0	0	0
40-64 anos	7,20	7,50	6,70	6,48	0	0	0	0
65-79 anos	9,40	9,90	9,70	9,45	0	0	0	0
≥80 anos	13,60	10,60	12,60	13,15	0	0	0	0
Feminino								
≤19 anos	2,90	4,00	4,30	4,95	0	0	0	0
20-39 anos	2,90	2,60	2,50	3,70	0	0	0	0
40-64 anos	5,00	4,70	3,90	4,58	0	0	0	0
65-79 anos	9,60	8,20	8,30	9,14	0	0	0	0
≥80 anos	13,50	11,70	13,50	14,70	0	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

A Tabela 23 caracteriza a produção hospitalar associada à "Adiposidade localizada". O número de utentes saídos com registo de adiposidade localizada aumentou 49,7% em relação ao período homólogo de 2022. Os utentes do sexo feminino com idade entre 40 e os 69 anos são o grupo da população onde se regista maior número de saídas (Tabela 25).

Tabela 23. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", Portugal Continental | 2017 – 2023.

Adiposidade localizada							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Utentes Saídos	1 418	704	650	390	387	345	516
Dias de Internamento	3 502	1 725	1 750	1 274	1 168	942	1 530
Demora Média	2,50	2,50	2,70	3,30	3,00	2,70	2,97
Óbitos	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Tabela 24. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2017 – 2019.

Adiposidade localizada												
Grupo etário	Utentes saídos			Dias Int.			Demora Média			Óbitos		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Masculino												
≤19 anos	1	1	0	6	5	0	6,00	5,00	na	0	0	0
20-39 anos	28	14	20	176	76	73	6,30	5,40	3,70	0	0	0
40-64 anos	38	20	15	140	75	59	3,70	3,30	3,90	0	0	0
65-79 anos	4	3	3	24	3	9	6,00	1,00	3,00	0	0	0
≥80 anos	3	2	0	20	45	0	6,70	22,50	na	0	0	0

Adiposidade localizada												
Grupo etário	Utentes saídos			Dias Int.			Demora Média			Óbitos		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Feminino												
≤19 anos	14	7	2	161	18	5	11,50	2,60	2,50	0	0	0
20-39 anos	460	196	164	654	391	466	1,60	2,00	2,80	0	0	0
40-64 anos	835	440	425	1 960	1 050	1 053	2,30	2,40	2,50	0	0	0
65-79 anos	32	21	21	232	72	85	7,30	3,40	4,00	0	0	0
≥80 anos	3	0	0	29	0	0	9,70	na	na	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2023.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Legenda: na, não aplicável.

Tabela 25. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Adiposidade localizada”, por sexo e grupo etário, Portugal Continental | 2020 – 2023.

Adiposidade Localizada								
Utentes saídos					Dias Int.			
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	0	0	2	1	0	0	6	2
20-39 anos	12	9	4	12	45	34	15	45
40-64 anos	14	12	11	12	102	56	32	32
65-79 anos	1	4	2	2	3	34	22	4
≥80 anos	0	0	0	1	0	0	0	10
Feminino								
≤19 anos	0	1	0	na	0	4	0	na
20-39 anos	112	111	90	115	295	282	188	280
40-64 anos	237	231	220	345	756	656	574	1054
65-79 anos	14	18	16	28	73	99	105	103
≥80 anos	0	1	0	na	0	3	0	na
Demora Média					Óbitos			
Grupo etário	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Masculino								
≤19 anos	na	na	3,00	2,00	0	0	0	0
20-39 anos	3,80	3,80	3,80	3,75	0	0	0	0
40-64 anos	7,30	4,70	2,90	2,67	0	0	0	0
65-79 anos	3,00	8,50	11,00	2,00	0	0	0	0
≥80 anos	na	na	na	10,00	0	0	0	0
Feminino								
≤19 anos	na	4,00	na	na	0	0	0	0
20-39 anos	2,60	2,50	2,10	2,43	0	0	0	0
40-64 anos	3,20	2,80	2,60	3,06	0	0	0	0
65-79 anos	5,20	5,50	6,60	3,68	0	0	0	0
≥80 anos	na	3,00	na	na	0	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2024.

Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Legenda: na, não aplicável.

2.4. Evolução da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil em crianças em idade escolar (6-9 anos): comparação entre as rondas 5 (2018-2020) e 6 (2022-2024) do *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI)

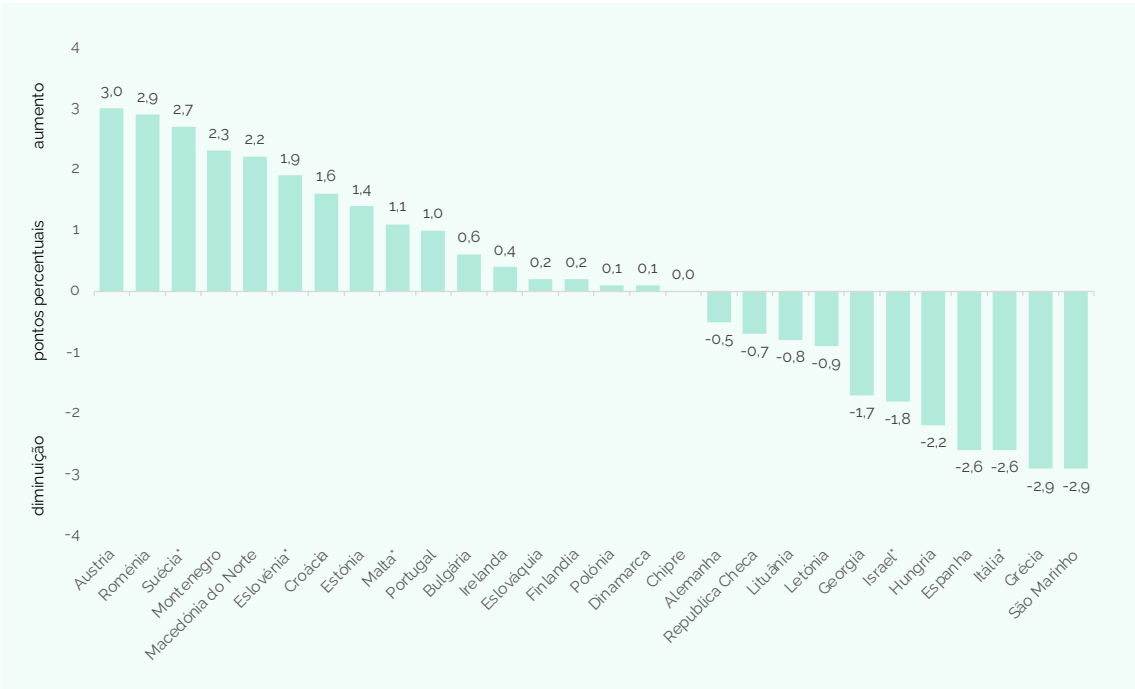
Desde 2008, Portugal, no âmbito do estudo *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) tem realizado uma monitorização do excesso de peso, obesidade e baixo

peso em crianças dos 6 aos 8 anos de idade. Este estudo é conduzido cientificamente pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA).

Nas Figura 10 e Figura 11, observa-se a diferença nas prevalências de excesso de peso e obesidade entre as rondas 5 (2018-2020) e 6 (2022-2024), nos rapazes e nas raparigas, nos 28 países em que estes dados foram recolhidos.

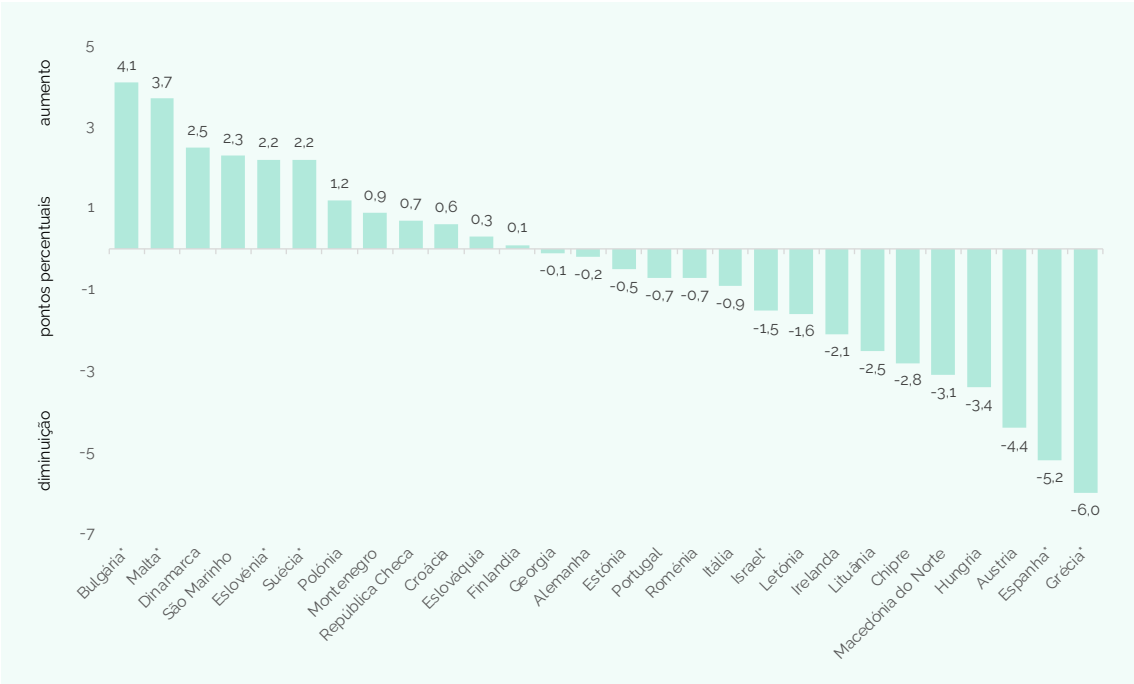
No período em análise, verificou-se um aumento da prevalência de excesso de peso e de obesidade infantil para a maioria dos países da região europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo que Portugal se enquadra neste conjunto de países. No território nacional, verificou-se um aumento da prevalência de excesso de peso nos rapazes (1,0 p.p.) e uma diminuição da mesma nas raparigas (-0,7 p.p.) entre as duas rondas. Por outro lado, relativamente à prevalência de obesidade observou-se um aumento em ambos os sexos, 1,1 p.p. nos rapazes e 2,1 p.p. nas raparigas. Porém, as diferenças encontradas, para Portugal, entre as duas rondas não são estatisticamente significativas.

Figura 10. Alterações na prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) nos rapazes entre os 6-9 anos nas ronda 5 (2018-2022) e ronda 6 (2022-2024) do COSI.



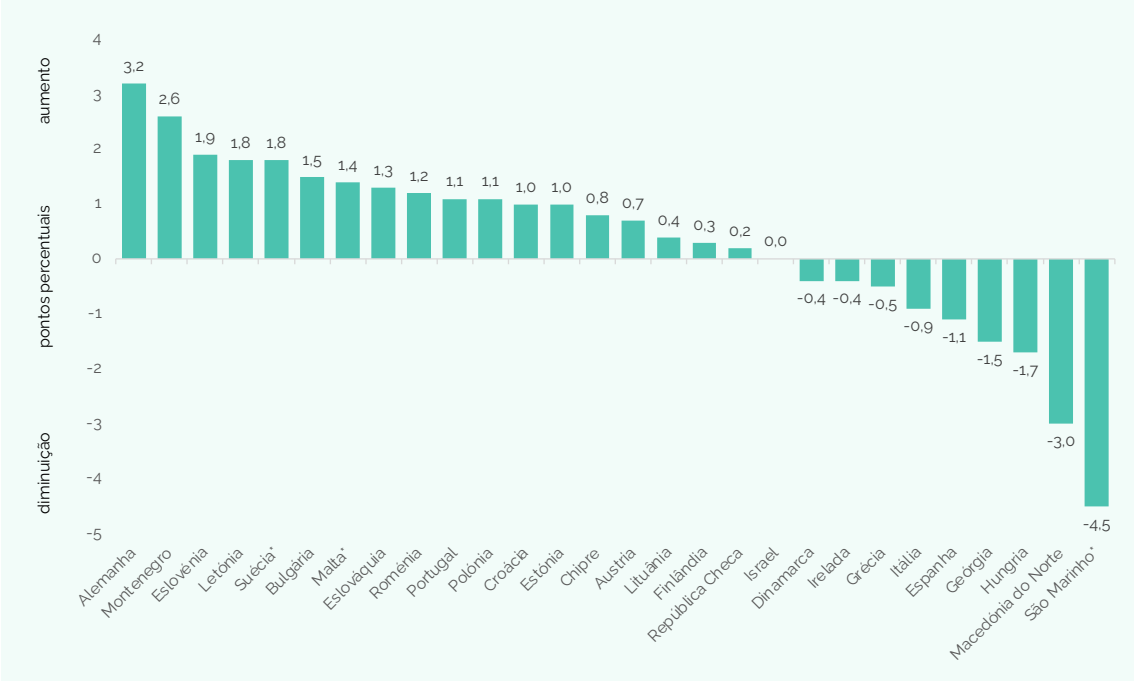
Nota: * diferença estatisticamente significativa entre as duas rondas do COSI.
Fonte: COSI Fact Sheet Highlights 2022-2024.

Figura 11. Alterações na prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) nas raparigas entre os 6-9 anos nas ronda 5 (2018-2022) e ronda 6 (2022-2024) do COSI.



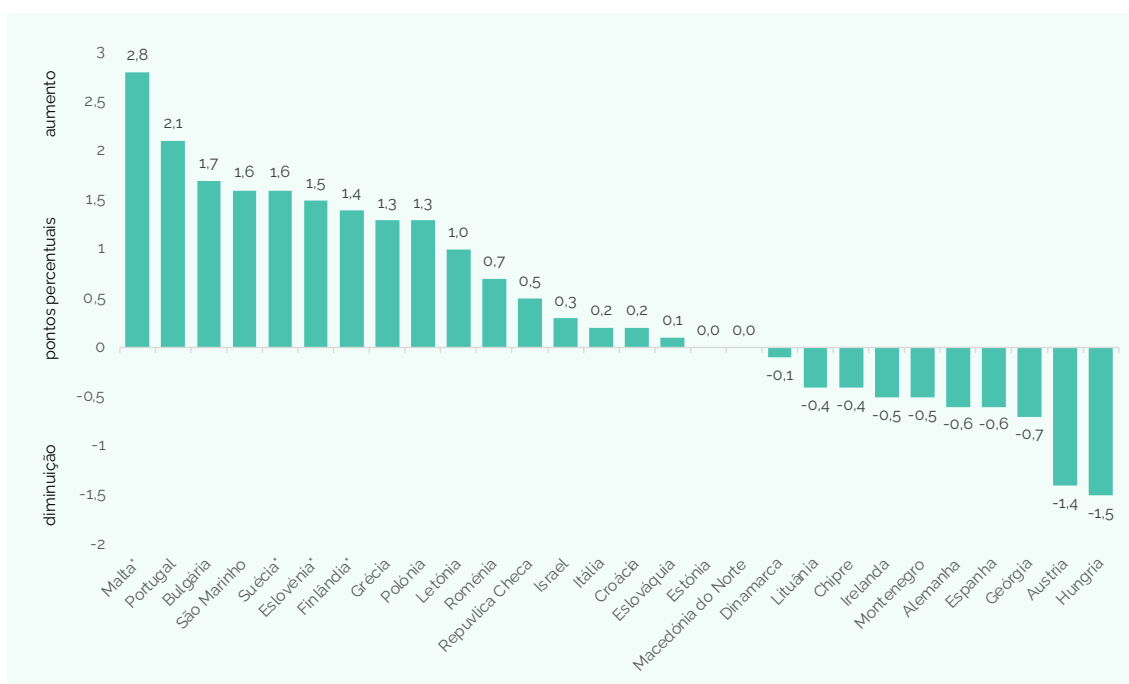
Nota: *diferença estatisticamente significativa entre as duas rondas do COSI.
Fonte: COSI Fact Sheet Highlights 2022-2024.

Figura 12. Alterações na prevalência de obesidade nos rapazes entre os 6-9 anos nas ronda 5 (2018-2022) e ronda 6 (2022-2024) do COSI.



Nota: *diferença estatisticamente significativa entre as duas rondas do COSI.
Fonte: COSI Fact Sheet Highlights 2022-2024.

Figura 13. Alterações na prevalência de obesidade nas raparigas entre os 6-9 anos nas ronda 5 (2018-2022) e ronda 6 (2022-2024) do COSI.



Nota: *diferença estatisticamente significativa entre as duas rondas do COSI.

Fonte: COSI Fact Sheet Highlights 2022-2024.

2.5. Insegurança alimentar em Portugal

O conceito de segurança alimentar é definido pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) como “uma situação que existe quando todas as pessoas, em qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutricionalmente adequados, que permitam satisfazer as suas necessidades nutricionais e as preferências alimentares para uma vida ativa e saudável” (6).

O Instituto Nacional de Estatística (INE) mede, desde 2019 e através do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, a prevalência de insegurança alimentar moderada e severa em Portugal, definida para tal como “insegurança alimentar que decorre da incerteza em obter alimentos, do risco de faltar às refeições ou os alimentos se esgotarem, de ser forçado a comprometer-se com a qualidade nutricional e/ou a quantidade de alimentos consumidos”.

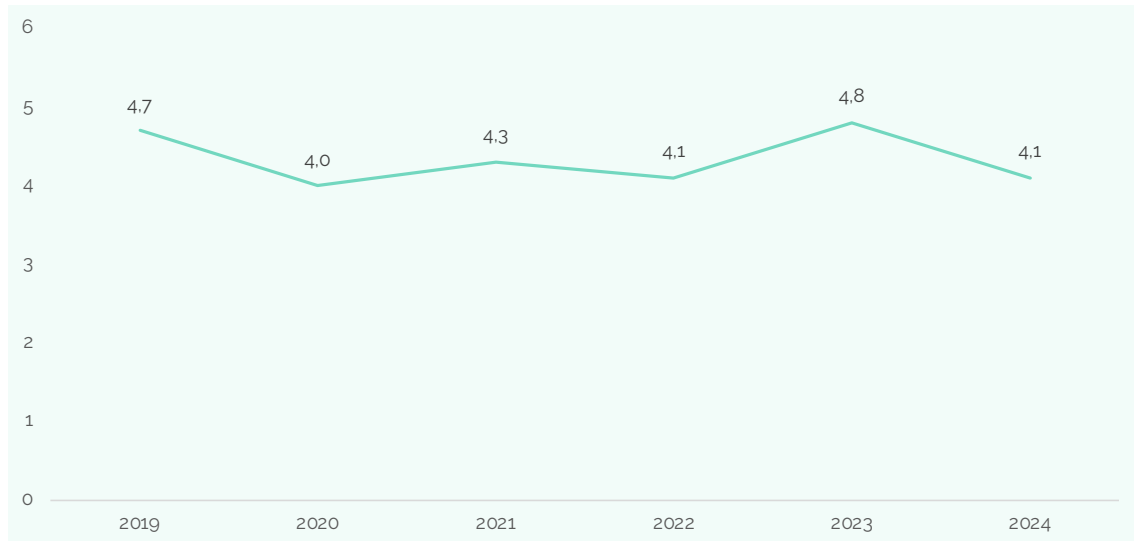
Após o aumento de 0,7 p.p. verificados em 2023, em 2024 verificou-se uma descida da insegurança alimentar moderada ou severa em Portugal na mesma ordem de grandeza – 0,7 p.p. – igualando os 4,1% verificados em 2022, o segundo valor mais baixo desde 2019, ano de início de registo deste indicador (Figura 14) (7).

O mesmo estudo encontrou uma prevalência de 0,5% de insegurança alimentar grave, ou seja, de pessoas que passam vários dias sem se alimentarem devido à falta de recursos, financeiros ou outros, para obter alimentos, em 2024, um valor semelhante ao do ano anterior, em que se situou abaixo de 1%.

Esta evolução da prevalência da insegurança alimentar em Portugal foi acompanhada pela tendência de diminuição e de estabilização da taxa de inflação dos produtos alimentares não transformados, após atingir valores na ordem dos 20% em fevereiro de 2023 (8).

Portugal reaproxima-se, assim, da Meta 2.1 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030, que ambiciona "acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os mais pobres e pessoas em situações vulneráveis, incluindo crianças, a uma alimentação de qualidade, nutritiva e suficiente durante todo o ano."

Figura 14. **Evolução da prevalência anual da insegurança alimentar moderada ou severa em Portugal | 2019 – 2024.**



Fonte: INE, 2025.

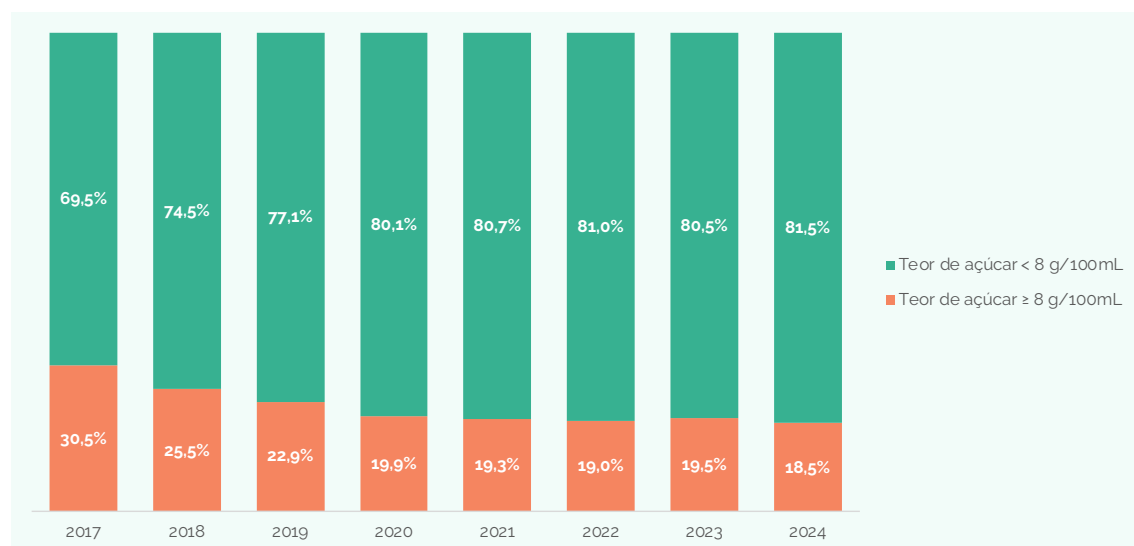
3. Medidas para a modificação dos ambientes alimentares

3.1. Resultados do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas

A aprovação da Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro (9) criou o "Imposto Especial de Consumo de Bebidas adicionadas de Açúcar ou Edulcorantes", revisto pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro (10), com vista à introdução de novos escalões de taxaço. Foi efetuada uma monitorização do imposto especial sobre o consumo de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes em Portugal no último ano (2024), tendo sido estes dados comparados com os seis primeiros anos de implementação do imposto. Para o efeito, foram 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 oito anos de implementação do imposto (2017-2024).

Os dados da Autoridade Tributária e Aduaneira para o período de 2017-2024, relativos à distribuição percentual das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes de acordo com os dois escalões de taxaço em função do teor de açúcar (gramas por 100 mL) apontam para uma diminuição de 39% da proporção de bebidas enquadradas no escalão mais elevado do imposto (teor de açúcar igual ou superior a 8 g/100 mL), entre 2017 e 2024 (Figura 15).

Figura 15. Distribuição percentual da concentração de açúcar em bebidas açucaradas taxadas, teor de açúcar (gramas por 100 mL), segundo os escalões do imposto especial de consumo (IEC) sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro | 2017 – 2024.

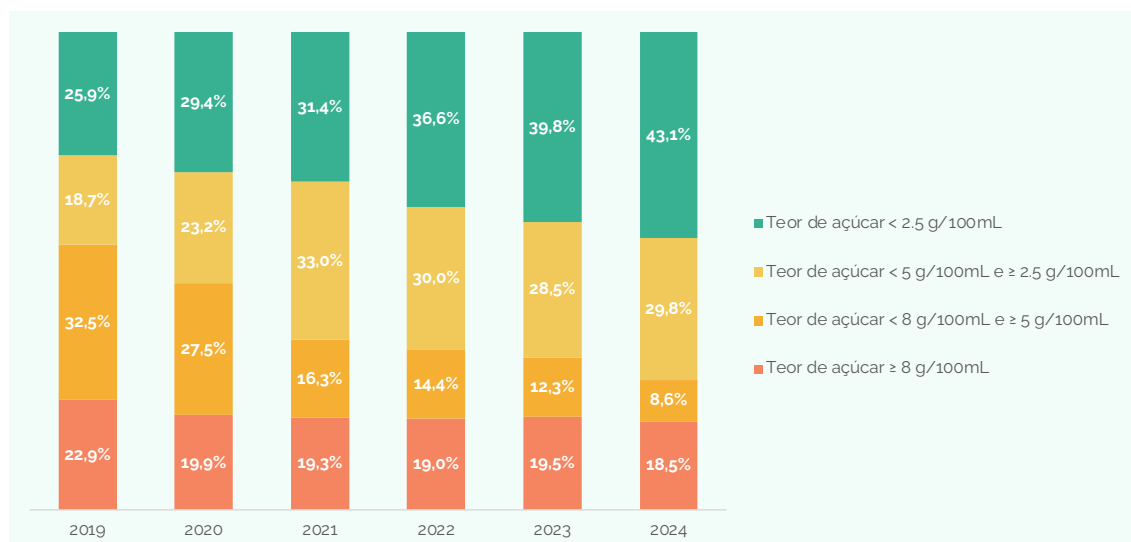


Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira, 2025.

Relativamente à análise segundo os 4 escalões do imposto, entre 2019 e 2024, verificou-se um aumento de 67% na proporção de bebidas abrangidas pelo escalão mais reduzido do imposto (teor de açúcar inferior a 2,5 g/100 mL), um aumento de 60% da proporção de bebidas abrangidas pelo escalão de teor de açúcar de 2,5 a 5 g/100 mL e uma redução de 74% da proporção de bebidas abrangidas pelo escalão de teor de açúcar de 5 a 8 g/100 mL (Figura 16). Esclarece-se que estes dados são apresentados apenas para o período de 2019

a 2024, pois somente no ano de 2019 o imposto especial sobre consumo de bebidas açucaradas passou a ter 4 escalões de tributação.

Figura 16. 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 | 2019 – 2024.



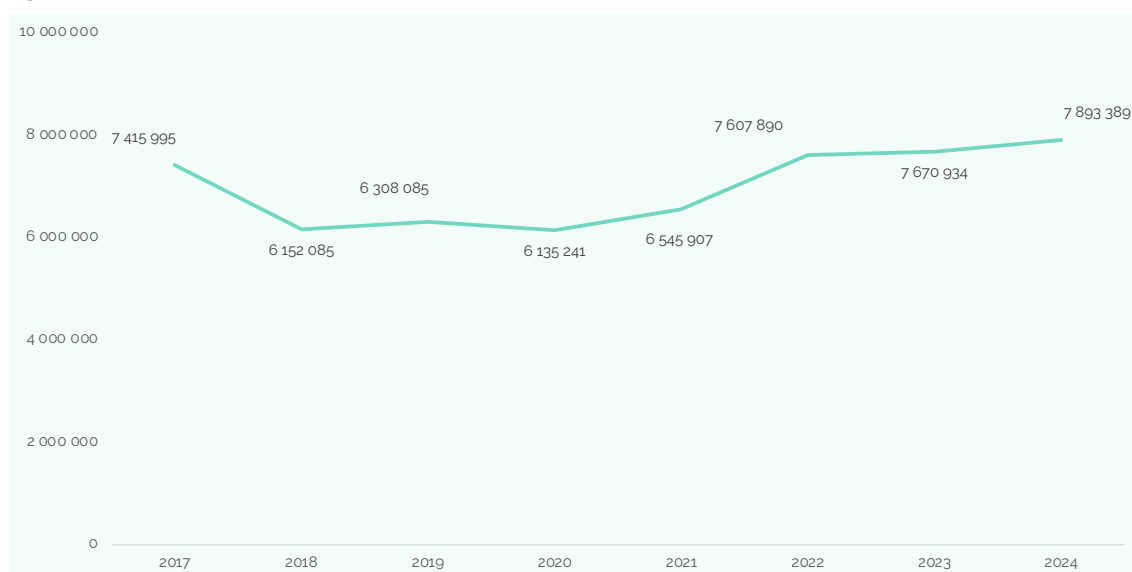
Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira, 2025.

Assim, é possível verificar que, entre 2020 e 2024, a percentagem de bebidas enquadradas no escalão mais elevado do imposto (teor de açúcar igual ou superior a 8 g/100 mL), se tem mantido relativamente constante, sendo mais acentuada a variação para a percentagem de bebidas que se enquadram nos escalões inferiores, verificando-se um aumento relevante (de mais de 60%) da percentagem de bebidas enquadradas nos dois escalões inferiores (escalão de teor de açúcar inferior a 2,5 g/100 mL e escalão de teor de açúcar de 2,5 a 5 g/100 mL) e uma diminuição da percentagem de bebidas enquadradas no escalão de teor de açúcar de 5 a 8 g/100 mL.

Estes dados são reforçados pelos dados de monitorização do acordo para a reformulação dos produtos alimentares, que mostram que, entre 2018 e 2021, se verificou uma redução média no teor de açúcar destas bebidas de 16,5% (teor médio de açúcar de 4,96 g/100 mL em 2021 vs. 5,94 g/100 mL em 2018).

No que respeita à evolução do volume de vendas das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, de acordo com os dados da Autoridade Tributária e Aduaneira, verificou-se uma diminuição no volume de vendas de 17% durante o período de 2017-2020. Já no mais recente período de 2020-2024 registou-se um aumento de 29% no volume de vendas, tendo esse valor, no ano de 2024, ultrapassado o valor de 2017 (variação de +8%) (Figura 17).

Figura 17. Evolução no total de vendas de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes | 2017-2024.



Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira, 2025.

3.2. Análise do teor de sal e de açúcar de produtos alimentares disponíveis no mercado Português e Europeu

A implementação de medidas que incentivem a reformulação de produtos alimentares, nomeadamente da redução do teor de sal e de açúcar, tem sido uma das áreas de intervenção prioritária do PNPAS. Para a definição e a implementação destas medidas, torna-se necessário fazer uma monitorização regular da oferta alimentar disponível no mercado português.

De forma a caracterizar o teor de sal e de açúcar de alimentos disponíveis para venda em Portugal, foi realizada uma análise comparativa entre 14 países europeus utilizando dados recolhidos no âmbito de projetos financiados pela União Europeia. Para a análise do teor de sal, foram analisados produtos de 8 categorias (produtos de padaria, cereais de pequeno-almoço, produtos de charcutaria e similares, produtos processados à base de batata, refeições pré-preparadas enlatadas, refeições pré-preparadas frescas e queijos). Para a análise do teor de açúcar, foram analisados produtos de 4 categorias (cereais de pequeno-almoço, iogurtes e leites fermentados, refrigerantes, bolos e bolachas doces).

Foram utilizados os dados disponibilizados na plataforma *FABLE – Food and Beverages Labels Explorer* da autoria do *Joint Research Centre* da Comissão Europeia, que compila os dados de composição nutricional recolhidos no âmbito de projetos financiados pela União Europeia. Nesta análise foram utilizados os dados da *EU Joint Action Best-ReMaP (2022)* para as categorias de produtos disponíveis (produtos de padaria, cereais de pequeno-almoço, produtos de charcutaria, iogurtes e leites fermentados, e refrigerantes). Para as restantes, foram utilizados dados do *EU REformulation MONitoring (EUREMO) Feasibility study for a monitoring system on reformulation initiatives for salt, sugars and fat (2020)*.

3.2.1. Análise do teor de sal de produtos de padaria, cereais de pequeno-almoço, produtos de charcutaria, produtos processados à base de batata, refeições pré-preparadas enlatadas e frescas e queijos

Relativamente ao teor de sal de produtos de padaria, Portugal é um 2.º país que apresenta um teor médio de sal mais baixo (0,98g/100g) comparativamente com os restantes países europeus analisados (Tabela 26). Nos 14 países em análise, o teor médio de sal variou entre 0,96g/100g na Bulgária e 1,25g/100g em Itália. Quando analisados apenas os pães à base de cereais integrais, Portugal mantém a sua posição (0,99g/100g), mas lidera o *ranking* europeu dos países com menor teor médio de sal para pães pré-embalados (1,02g/100g). Quando analisadas apenas as diferentes subcategorias de pão disponíveis em Portugal, excluindo os restantes produtos de padaria, as tortilhas e os pães tostados, o teor médio de sal varia entre 0,99g/100g a 1,07g/100g para pães de *sandwich* à base de cereais integrais e refinados, respetivamente. Comparativamente com os valores propostos pela OMS na 2.ª edição dos *Global Sodium Benchmarks for different food categories* (11) em 2024, Portugal apresenta um valor médio de sal acima da referência (0,93g/100g) para todas as subcategorias de pão analisadas.

Tabela 26. Teor médio de sal (g/100 g de produto) em produtos de padaria.

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Bulgária	285	0,96	0,1	0,57	1	1,2	2,6
Portugal	241	0,98	0,38	0,85	1	1,1	2,5
Estónia	480	1	0	0,8	1	1,17	13
Áustria	341	1,05	0,26	0,88	1,1	1,2	2
França	1728	1,05	0	0,8	1,1	1,3	4,4
Bélgica	618	1,06	0	0,83	1,04	1,2	6,5
Hungria	248	1,07	0,38	0,9	1,1	1,3	1,9
Dinamarca	391	1,08	0,45	0,97	1,07	1,2	2,7
Roménia	390	1,09	0	0,64	1	1,3	5
Grécia	459	1,11	0	0,64	1,1	1,4	14
Eslovénia	452	1,11	0	0,88	1,1	1,35	11
Finlândia	586	1,21	0,15	1	1,1	1,3	10
Itália	372	1,25	0	0,63	1,2	1,7	3,6

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: *Best-ReMaP* (2022). Informação consultada a 01.04.2025.

Quanto aos cereais de pequeno-almoço, Portugal apresenta um teor médio de sal de 0,45g/100g, encontrando-se a meio da tabela, na análise comparativa com os restantes países europeus. O valor observado é inferior ao valor de referência proposto pela OMS em 2024 para cereais processados (0,7g/100g) e ligeiramente acima do valor de referência para cereais minimamente processados (0,3g/100g) (Tabela 27). O teor médio de sal verificado para esta categoria, que pode ser considerado relativamente baixo, tendo em conta que a maioria dos cereais analisados são processados, pode ser explicada pelo facto da maioria dos cereais de pequeno-almoço analisados serem açucaradas ou pelo facto do sal não ser de facto o nutriente de maior preocupação no caso específico desta categoria.

Tabela 27. Teor médio de sal (g/100 g de produto) nos cereais de pequeno-almoço.

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Bulgária	177	0,33	0	0,06	0,21	0,5	1,5
Áustria	312	0,34	0	0,03	0,19	0,52	3,8
Dinamarca	321	0,37	0	0,02	0,24	0,6	2,2

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Eslovénia	537	0,37	0	0,04	0,25	0,53	5,5
Roménia	285	0,39	0	0,07	0,25	0,6	2
Bélgica	364	0,4	0	0,04	0,31	0,68	2
Finlândia	338	0,43	0	0,01	0,31	0,8	2,2
Estónia	505	0,44	0	0,03	0,38	0,66	2,7
Portugal	316	0,45	0	0,08	0,31	0,7	2,4
França	655	0,46	0	0,05	0,41	0,7	3,3
Itália	314	0,46	0	0,03	0,36	0,77	2,3
Malta	321	0,47	0	0,07	0,35	0,7	3
Grécia	265	0,55	0	0,16	0,5	0,78	2,54
Hungria	237	0,61	0	0,18	0,5	0,7	6

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: *Best-ReMaP* (2022). Informação consultada a 01.04.2025.

Relativamente ao teor médio de sal de produtos de charcutaria e similares, Portugal apresentou um valor médio de 2,9g/100g (Tabela 28), encontrando-se a meio da tabela, na análise comparativa com os restantes países europeus.

Tabela 28. **Teor médio de sal (g/100 g de produto) nas carnes de charcutaria e similares (*).**

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Finlândia	241	2,06	0	1,9	2	2,1	11
Estónia	1030	2,5	0,4	1,8	2,2	3	8,4
Roménia	371	2,54	0,51	1,6	2,35	3,18	8
Hungria	880	2,64	0,5	1,9	2,2	3,54	6
Grécia	389	2,76	1	2,1	2,5	3,1	9,8
Dinamarca	1037	2,84	0,1	2	2,4	3,8	6,7
França	1351	2,84	0,1	1,7	2,1	4,2	7,8
Portugal	627	2,88	0,4	1,9	2,6	3,6	6,8
Eslovénia	1068	2,88	0,24	1,8	2,4	3,95	14,55
Bulgária	802	2,9	1	2	2,7	3,79	6,7
Áustria	1087	2,96	0,7	2	2,6	4	6,5
Bélgica	1168	2,99	0	1,9	2,7	4,09	6,5
Itália	793	3,26	0,27	2,1	3,3	4,2	10,9
Malta	670	3,57	0	2	2,7	4	35

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: *Best-ReMaP* (2022). Informação consultada a 01.04.2025.

(*) *fiambre, carnes secas, bacon, salsichas, pâté, conservas de fígado de porco ou de aves (em conserva), outras carnes curadas e produtos alternativos sem proteína animal.*

Relativamente aos produtos processados à base de batata (inclui batatas fritas, puré, batata *sauté*), Portugal posiciona-se no top 3 dos países que apresentam teores médios de sal mais baixos (0,91g/100g) (Tabela 29). Por oposição, a Áustria foi o país que apresenta um teor médio de sal mais elevado, aproximadamente 60% superior ao observado em Portugal, com um número de produtos analisados semelhante. Quando analisada apenas a subcategoria das batatas fritas clássicas para Portugal, observa-se um teor de sal muito próximo ao valor de referência proposto pela OMS (1,2g/100g vs. 1,18g/100g, respetivamente). Os esforços da reformulação alimentar para a redução do teor de sal desta categoria de alimentos poderão ajudar a explicar os resultados observados.

Tabela 29. **Teor médio de sal (g/100 g de produto) nos produtos processados à base de batata.**

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Hungria	69	0,81	0,05	0,15	0,85	1,2	2,04
Portugal	86	0,91	0,02	0,53	0,9	1,3	2,4

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Finlândia	132	0,92	0	0,3	1,1	1,4	2,2
Bélgica	101	1,01	0,04	0,53	1,2	1,3	3,1
Itália	50	1,01	0,05	1	1	1,3	1,9
Dinamarca	27	1,02	0	0,53	1,25	1,5	2,1
Grécia	90	1,18	0,06	0,9	1,29	1,5	2,3
Eslovénia	87	1,23	0,02	1,05	1,3	1,7	2,6
Roménia	62	1,24	0,02	1,1	1,24	1,42	2
Malta	75	1,3	0,03	1	1,2	1,45	2,5
França	333	1,33	0	1,2	1,3	1,45	2,22
Bulgária	44	1,41	0,8	1,2	1,4	1,5	2
Estónia	50	1,47	0,39	1,3	1,45	1,7	2,1
Áustria	85	1,49	0,1	1,2	1,6	1,9	3,23

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: EUREMO (2020). Informação consultada a 31.03.2025.

No que se refere às refeições pré-preparadas enlatadas, foram analisados 34 produtos em Portugal, que apresenta a média de sal mais baixa (0,89g/100g) (Tabela 30). De acordo com *Global Sodium Benchmarks for different food categories* da OMS, o valor de sal de referência para esta tipologia de produto é de aproximadamente 0,56g/100g. Apesar de Portugal se encontrar bem posicionado comparativamente com outros países europeus, o teor médio de sal desta categoria de produtos é ainda aproximadamente 60% superior ao valor de referência. A elevada variabilidade das refeições pré-preparadas enlatadas (à base de carne, peixe e vegetarianas), aliada à forte conveniência e consequente procura deste tipo de produtos, reforça a necessidade de monitorização da sua composição nutricional e, em particular, do teor de sal.

Tabela 30. **Teor médio de sal (g/100 g de produto) nas refeições pré-preparadas enlatadas.**

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Portugal	34	0,89	0,27	0,74	0,86	1,02	2,9
Estónia	169	1,15	0,1	0,8	1	1,3	7,93
Eslovénia	108	1,19	0,04	0,9	1,2	1,5	2,3
Áustria	99	1,26	0	0,89	1,2	1,4	4,6
Roménia	16	1,26	0,8	0,9	1	1,7	1,9
Malta	34	1,28	0,2	0,49	1,15	2,09	2,86
Hungria	61	1,47	0,9	1,5	1,5	1,5	2
Bélgica	2	1,55	1,4	1,48	1,55	1,63	1,7
Itália	42	1,7	0,79	1,1	1,5	2,03	4,8
Bulgária	1	2,05	2,05	2,05	2,05	2,05	2,05

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: EUREMO (2020). Informação consultada a 31.03.2025.

Relativamente ao teor médio de sal de refeições pré-preparadas frescas, Portugal posiciona-se em 5.º lugar no ranking dos países europeus melhor posicionados (0,92g/100g) (Tabela 31).

Tabela 31. **Teor médio de sal (g/100 g de produto) nas refeições pré-preparadas frescas.**

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Grécia	2	0,66	0,43	0,54	0,66	0,77	0,88
Roménia	10	0,78	0,44	0,69	0,75	0,8	1,1
França	887	0,88	0,32	0,7	0,8	1	2,25
Eslovénia	29	0,89	0,12	0,72	0,85	1	3

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Portugal	31	0,92	0,43	0,71	0,94	1,14	1,56
Finlândia	193	1,01	0,45	0,84	0,9	1,1	2,5
Estónia	19	1,06	0,3	0,7	0,9	1,41	2,2
Bulgária	11	1,08	0,75	0,94	1,1	1,19	1,51
Malta	4	1,14	0,7	0,85	0,92	1,21	2
Itália	11	1,24	0,49	0,79	1	1,65	2,9
Hungria	50	1,27	0,3	0,79	1,03	1,24	6
Dinamarca	12	1,71	1,3	1,48	1,5	1,85	2,8
Bélgica	4	1,81	1,65	1,69	1,7	1,83	2,2

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: EUREMO (2020). Informação consultada a 31.03.2025.

Por último, relativamente aos queijos, foram analisados 90 produtos em Portugal, com um teor médio de sal de 1,3g/100g (Tabela 32). Sendo esta uma categoria que inclui queijos com diferentes graus de maturação e de processamento, importa referir que a proporção de queijos não curados analisados (*mascarpone*, *mozzarella*, *ricotta*, queijo fresco e outros queijos não curados) foi variável entre países. Dos países que apresentam teores médios de sal mais baixos (inferiores a 1,3g/100g) observa-se uma maior proporção dos queijos não curados [aproximadamente 30% para a Áustria (de 395 produtos), 49% para Itália (de 37 produtos) e 82% para a Bélgica (de 28 produtos)], comparativamente com os países que apresentam médias do teor de sal superiores a 1,9g/100g (contributo máximo de queijos não curados foi observado para a Grécia, com um contributo de 12%). Em Portugal, foram analisados 20 queijos *mozarella* (esta foi a única tipologia de queijo não curado incluído), o que representa 22% dos queijos analisados a nível nacional com um teor médio de 0,81g/100g. Segundo os *Global Sodium Benchmarks for different food categories* da OMS, o valor de referência de sal para queijos frescos é de aproximadamente 0,48g/100. De acordo com estes dados, Portugal apresenta um teor médio aproximadamente 70% superior ao valor de referência.

Tabela 32. Teor médio de sal (g/100 g de produto) dos queijos.

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Bélgica	28	1,05	0,08	0,66	1	1,23	3,3
Itália	37	1,05	0,3	0,6	0,8	1,5	2,5
Áustria	395	1,24	0,07	0,86	1,3	1,59	3
Portugal	90	1,31	0,1	0,76	1,3	1,5	3,7
França	628	1,35	0,02	0,82	1,2	1,6	5,3
Dinamarca	98	1,47	0,08	1,2	1,55	1,8	3,2
Hungria	65	1,48	0,4	0,6	1,6	1,7	5
Finlândia	226	1,57	0,08	0,8	1,4	2,3	3,5
Eslovénia	285	1,57	0,25	1,1	1,58	1,8	5,5
Roménia	20	1,58	0,4	1,3	1,7	2,05	2,5
Estónia	146	1,67	0,5	1,2	1,5	1,8	3,5
Grécia	295	1,96	0,08	1,5	1,9	2,5	9,7
Malta	84	1,98	0,33	1,5	1,8	2,5	7
Bulgária	114	2,5	0,4	1,73	3	3,45	4,71

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: EUREMO (2020). Informação consultada a 31.03.2025.

3.2.2. Análise do teor de açúcar total de cereais de pequeno-almoço, iogurtes e leites fermentados, refrigerantes e bolos e bolachas doces

Relativamente ao teor de açúcar dos cereais de pequeno-almoço, Portugal apresenta um teor médio de 16,6g/100g relativo a 316 produtos analisados, encontrando-se a meio da tabela, na análise comparativa com os restantes países europeus (Tabela 33). Quando comparado este valor com os observados para a Finlândia (10,5/100g), é possível verificar que Portugal apresenta um teor médio aproximadamente 60% superior. Quando se avalia com maior detalhe o subtipo de cereais analisados, observa-se uma maior proporção de cereais açucarados comparativamente com cereais sem açúcar adicionado em todos os países. No entanto, o contributo deste tipo de cereais foi variável. Em Portugal, o contributo de cereais sem açúcares adicionados foi de 11%. Por outro lado, o maior e menor contributo, foi observado respetivamente para a Finlândia (33%) e França (2%), que são os países que apresentam o menor (10,5g/100g) e maior teor médio de açúcar (20,9g/100g), respetivamente. Assim, os resultados do teor de açúcar nos cereais de pequeno-almoço podem estar a ser influenciados pelas características da amostra.

Tabela 33. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de cereais de pequeno-almoço.

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Finlândia	338	10,52	0,2	1,3	9	18	37
Dinamarca	321	13,28	0	4,2	12,7	21	40
Eslovénia	537	14,54	0	4,5	15	22	46,1
Estónia	505	15,15	0	2,78	15,5	24,4	68
Áustria	312	15,21	0,43	8,15	16	22,08	37
Itália	314	16	0	6,8	17	24	46
Bulgária	177	16,37	0,2	9,3	19	23,8	37
Portugal	316	16,55	0,25	9,98	18	24	37
Malta	321	16,75	0,2	11	17,2	23	41,2
Roménia	285	16,84	0	4,28	17,25	25	58,7
Bélgica	364	17,46	0,3	12	18,65	24,83	40
Grécia	265	18,37	0	13	19,1	25	39,4
Hungria	237	18,68	0	11	20	24,7	42,4
França	655	20,89	0	16	22	26,35	45

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: *Best-ReMaP* (2022). Informação consultada a 01.04.2025.

Relativamente aos iogurtes, Portugal apresenta resultados variáveis em função da tipologia de iogurte analisada. No caso dos iogurtes e leites fermentados com adoçantes artificiais, Portugal encontra-se entre os 5 países com menor teor médio de açúcar (4,7g/100g), sendo o país com o maior número de produtos analisados (n=135) (Tabela 34). Por oposição, Portugal encontra-se entre os 5 países com maior teor médio de açúcar (11,6g/100g) no que se refere aos iogurtes e leites fermentados clássicos (Tabela 35). Quando analisadas as versões destes iogurtes sem açúcar adicionado, o teor de açúcar diminui para menos de metade e é idêntico ao observado para os iogurtes com adoçantes artificiais (4,7g/100g), mas corresponde ao valor mais elevado registado para esta subcategoria de produtos, comparativamente com os restantes países analisados (mais 1 g de açúcar por 100g do que a Roménia, o país que apresenta o teor de açúcar mais baixo) (Tabela 36).

Por outro lado, quando analisados os iogurtes e leites fermentados *gourmet*, Portugal apresenta o segundo teor de açúcar mais elevado (13,8g/100g) (Tabela 37), mas regista melhores resultados para este tipo de iogurte quando analisadas as versões sem açúcar adicionado, posicionando-se em 6.º lugar no ranking (3,99g/100g) (Tabela 38).

Tabela 34. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de iogurtes e leites fermentados com adoçantes artificiais.

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Eslovénia	14	3,79	3,1	3,6	4	4	4
Dinamarca	17	3,94	3,3	3,6	4	4	4,7
Finlândia	20	4,21	3	3,3	4	4,98	6,6
Áustria	20	4,25	3	3,8	4	4	11
Portugal	135	4,69	2,6	3,95	4,4	5,6	8,1
Grécia	20	4,79	2,3	3,58	4,15	6,03	7,3
Itália	34	4,82	2,8	3,5	4	4,85	11
Estónia	10	4,83	4,1	4,25	4,6	4,8	7,8
Bélgica	51	4,98	3	4	5,1	6,2	7,6
Hungria	23	5,02	3	4,2	4,5	5,5	7,8
Roménia	5	5,4	4	5	5,1	5,1	7,8
França	86	5,6	3,2	4,7	5,3	6,48	11

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: *Best-ReMaP* (2022). Informação consultada a 01.04.2025.

Tabela 35. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de iogurtes e leites fermentados clássicos.

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Finlândia	153	9,58	0	8,5	9,8	11	19,6
Dinamarca	103	10,35	5,5	9,25	11	11,15	14,3
Grécia	83	10,94	3,7	9,4	11	12,65	18
Estónia	192	11,16	3,2	10	11,1	12	16,7
Roménia	202	11,19	0	9,8	11,65	12,98	17,2
Eslovénia	293	11,23	3,8	10,7	11,35	12,4	18
Áustria	234	11,34	8,1	11	11	12	14
Hungria	184	11,5	4,5	10,7	11,5	12,3	16
Bulgária	62	11,52	6,1	10,73	11,45	12	16,1
Portugal	271	11,56	3,1	10	11,3	13	18,7
Bélgica	195	11,78	6,4	10,9	12	13	16
Itália	261	12,03	3,7	11	12	14	18
França	741	12,45	7,2	11,8	12,5	13,2	20

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: *Best-ReMaP* (2022). Informação consultada a 01.04.2025.

Tabela 36. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de iogurtes e leites fermentados clássicos sem açúcar adicionado.

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Roménia	247	3,74	0	3,6	3,9	4,1	5
Bulgária	139	3,78	0,9	3,4	4,2	4,3	5,6
Dinamarca	48	3,81	2,4	3,6	3,7	4	6,1
Hungria	33	3,93	2,4	3,6	3,9	4,1	7
Estónia	41	4,23	1,1	4,2	4,2	4,6	6,1
Grécia	84	4,24	2,5	3,8	4	4,7	7
Eslovénia	170	4,27	2,25	3,9	4,3	4,5	11,5
Finlândia	31	4,33	2,8	3,8	4	4,6	7,9
França	191	4,35	1,86	3,85	4,5	4,7	6,7
Áustria	65	4,38	2,2	4	4,2	4,9	6,2
Itália	72	4,56	3	4	4,6	4,9	14,3
Bélgica	65	4,61	2,8	4	4,6	5,2	6,3
Portugal	47	4,74	2,9	3,9	4,3	5	13,8

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: *Best-ReMaP* (2022). Informação consultada a 01.04.2025.

Tabela 37. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de iogurtes e leites fermentados *gourmet*.

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Dinamarca	29	12,04	8,6	11	12	13	15
Grécia	30	12,37	3,6	10,3	13	15	21
Eslovénia	81	12,89	7,8	11,8	12,5	14	18
França	257	12,93	7,5	11,5	13	14	19,5
Bélgica	90	12,94	4,2	12	13	14,38	17,2
Hungria	52	12,94	6,6	12	13,35	14,3	16
Finlândia	35	13,21	5,6	11	12	14,3	44
Roménia	51	13,26	4,5	12,2	13,6	14,45	19
Áustria	70	13,27	7,5	11,83	12,8	14,88	17,6
Estónia	79	13,33	7	12	13,3	14,45	20
Bulgária	20	13,36	10,6	12,1	12,4	14,03	19
Portugal	104	13,78	5,6	12,4	13,3	15	22,1
Itália	113	14,18	3,5	12	13	15,3	35,1

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: *Best-ReMaP* (2022). Informação consultada a 01.04.2025.

Tabela 38. Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de iogurtes e leites fermentados *gourmet* sem açúcar adicionado.

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
França	94	3,56	0,4	2,8	3,5	4,2	6,4
Dinamarca	21	3,78	3,1	3,5	3,7	4	5,2
Hungria	11	3,79	2,4	3,15	3,6	4,35	5,8
Áustria	29	3,91	2,9	3,5	3,9	4,2	4,9
Roménia	76	3,91	0	3,6	3,9	4,5	5,2
Portugal	24	3,98	3,2	3,6	3,8	4,4	5,3
Bélgica	38	4,04	2,3	3,43	3,8	4,6	7
Eslovénia	44	4,08	3	3,5	3,97	4,58	5,8
Bulgária	71	4,11	2,5	3,8	4,2	4,4	5,7
Finlândia	10	4,11	3,7	3,8	4,15	4,4	4,5
Grécia	92	4,22	3	3,7	4,2	4,8	6,5
Itália	35	4,31	3	3,9	4,2	4,4	12
Estónia	29	4,32	3,1	4	4,2	4,6	7

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer* (FABLE); Dados: *Best-ReMaP* (2022). Informação consultada a 01.04.2025.

Relativamente às bebidas refrigerantes, foram analisados 675 produtos para Portugal, tendo sido observado um teor médio de açúcar de 4,6g/100g, sendo este o 2.º valor mais baixo registado, seguido da Finlândia (3,9g/100g) (Tabela 39). Por oposição, Itália regista o maior teor de açúcar (8,5g/100g), próximo do dobro do valor observado para a Finlândia, seguido da França que regista um teor médio de açúcar de 7,1g/100g.

Nesta subcategoria de produtos, observa-se uma contribuição variável das bebidas refrigerantes sem açúcar adicionado. Na Finlândia e em Portugal, os refrigerantes sem açúcar adicionado corresponderam a 56% e 34% dos produtos analisados, respetivamente. No entanto, se for contabilizado o contributo das bebidas refrigerantes açucaradas que contêm adoçantes artificiais para além das bebidas sem adição de açúcar, as proporções sobem, para 58% (Finlândia) e 65% (Portugal). Por outro lado, França apresenta os contributos mais baixos de bebidas refrigerantes sem açúcar adicionado (18%). Esta percentagem aumenta para 26% se forem consideradas as bebidas com adoçantes artificiais (26%) mantendo-se, ainda assim, o contributo mais baixo destas bebidas observado entre os países analisados. Assim, os resultados do teor de açúcar nos refrigerantes podem estar a ser influenciados

pelas características da amostra. Contudo, a interpretação destes resultados deve também ter em conta o possível impacto do Imposto Especial de Consumo Sobre as Bebidas Açucaradas e Adicionadas de Edulcorantes aplicado em Portugal em 2017.

Tabela 39. **Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) dos refrigerantes (*).**

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Finlândia	235	3,92	0	0	2,3	8	12,6
Portugal	675	4,56	0	2	4,5	6,7	13
Bélgica	1742	4,96	0	1,2	4,5	7,9	70
Hungria	738	5	0	2	4,8	7,7	13,7
Grécia	571	5,18	0	0,25	4,5	9,8	14,7
Malta	697	5,78	0	1,7	5,3	8,9	95
Áustria	1168	5,86	0	3,1	6,3	8,9	14
Roménia	659	6,09	0	2,9	5,5	10	15,1
Estónia	1071	6,26	0	3,7	6,8	9	16,1
Bulgária	550	6,31	0	2,75	6,6	10	15,7
Eslovénia	1057	6,49	0	3,2	5,5	8,9	76
Dinamarca	838	6,59	0	0,7	7,4	9,6	98
França	2135	7,15	0	4,4	6,8	9,1	96
Itália	772	8,46	0	3,2	7,4	10,9	98

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer (FABLE)*; Dados: *Best-ReMaP (2022)*. Informação consultada a 01.04.2025.

(*) inclui sumos de fruta, águas aromatizadas, bebidas energéticas, tónicos, bebidas lácteas aromatizadas e outras bebidas refrigerantes açucaradas, adoçadas artificialmente, sem açúcar, cervejas sem álcool e bebidas vegetais

Por último, no que se refere aos bolos e bolachas doces, foram analisados 336 produtos a nível nacional com um teor médio de açúcar 28,0g/100g, o que posiciona Portugal no top 5 dos países que apresentam teores de açúcar mais baixos (Tabela 40). O teor de açúcar de bolos e bolachas doces variou entre 24 e 35g/100g. Portugal apresenta um teor médio aproximadamente 20% inferior ao valor médio máximo observado (Áustria – 34,8g).

Tabela 40. **Teor médio de açúcar total (g/100 g de produto) de bolos e bolachas doces.**

Países	Número de produtos	Média (g)	Mínimo (g)	Quartil 1 (g)	Mediana (g)	Quartil 3 (g)	Máximo (g)
Itália	182	24,13	1	19,28	23	29	77
Grécia	264	26,49	0,5	18,8	26	33,45	52,7
Hungria	210	26,95	0,5	22	26	35,53	55,9
Portugal	336	28,03	0,5	22	29	35,65	58
Roménia	170	29,41	1,8	22	29,5	35,93	63,1
Eslovénia	419	29,64	0	22,55	29	38	55,9
Dinamarca	165	30,31	0	20	32	39	87
Malta	86	31,17	0,5	23,25	31	39	52,3
França	1215	32,52	8,8	26,85	31,4	37,9	74
Bélgica	237	32,53	0	27	33	38,1	60
Bulgária	183	32,68	14	25,8	34	39	56
Estónia	136	32,74	2	23,15	34,55	40	53
Finlândia	308	33,38	0,5	28	34,7	39,15	52
Áustria	168	34,79	0,5	29	35,05	40	62

Fonte: *Foods and Beverages Labels Explorer (FABLE)*; Dados: *EUREMO (2020)*. Informação consultada a 31.03.2025.

3.3. Avaliação do impacto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril que introduziu restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos

Em 2024, o PNPAS coordenou os trabalhos do Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 12980/2023 (10), para desenvolver a primeira avaliação de impacto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril (9), que introduziu restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos. O grupo de trabalho, coordenado pela DGS, foi constituído por representantes da Direção-Geral do Consumidor (DGC), Direção-Geral da Educação (DGE) e Direção-Geral da Alimentação e Veterinária (DGAV).

Os resultados desta avaliação de impacto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril, indicam um bom nível de cumprimento do estabelecido na legislação, sobretudo quando analisados os dados das ações de fiscalização realizadas pela DGC. No entanto, o estudo revela também que a publicidade a alimentos com um perfil nutricional desadequado continua a ser amplamente utilizada. A identificação de anúncios/conteúdos com elementos apelativos para crianças foi frequente, assim como a publicidade a alimentos que possuem um perfil nutricional inadequado. Estes dados sugerem que, embora as restrições previstas na lei estejam, em grande parte, a ser respeitadas, existe um investimento crescente em canais, formatos e estratégias ainda não reguladas ou sujeitos a menor fiscalização. Destacam-se, neste contexto, práticas como o patrocínio, a utilização de sistemas de verificação da idade para aceder a conteúdos online, a “alegação” de que os conteúdos não se destinam a menores de 16 anos, bem como estratégias de *brand marketing*. Conclui-se ainda que os mecanismos de fiscalização e os recursos a eles afetos devem ser reforçados, de forma a assegurar uma proteção mais eficaz das crianças face à exposição ao marketing de alimentos não saudáveis. Com base nas conclusões deste estudo, foi elaborado um conjunto de recomendações que visam reforçar a proteção das crianças da publicidade de alimentos não saudáveis.

A metodologia adotada, os resultados detalhados, as conclusões e as recomendações deste estudo de monitorização da Lei n.º 30/2019, 23 de abril (9) encontram-se disponíveis no relatório elaborado pelo grupo de trabalho, que pode ser consultado [aqui](#).

Figura 18. Estudo de avaliação de impacto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril, que introduziu restrições à publicidade de alimentos não saudáveis a menores de 16 anos.



4. Comunicação

4.1. Plataformas digitais do PNPAS

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 (nutrimento.pt) e do seu sítio *web* (alimentação Saudável.dgs.pt), estando também presente nas redes sociais como X® (anterior Twitter®), Instagram® e Youtube®. No Instagram®, o PNPAS conta com mais de 14 500 utilizadores e, no YouTube, totaliza 2030 subscritores. O enorme alcance deste modelo de comunicação é uma das suas mais-valias.

Em janeiro de 2020 foi lançada uma nova versão do sítio *web* e do 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.

As Figuras 18 a 21 permitem verificar a evolução do número de visualizações e do número de utilizadores do blogue Nutrimento e do sítio *web* do PNPAS de outubro de 2014 a outubro de 2024. Apesar de se ter verificado um ligeiro decréscimo no número de visualizações do blogue e do sítio *web* entre outubro de 2023 e outubro de 2024 (Figura 19 e Figura 20), observou-se um aumento do número de utilizadores do blogue e do sítio *web* no mesmo período (Figura 21 e Figura 22). De uma forma geral, estes indicadores mantiveram-se elevados, com mais de meio milhão de visualizações do sítio *web* (Figura 20). Quanto ao número de utilizadores neste período, aproximaram-se dos 186 mil e dos 321 mil, no blogue e no sítio *web*, respetivamente (Figura 21 e Figura 22).

Desde o seu lançamento, em 2014, o blogue Nutrimento alcançou mais de 5,4 milhões de visualizações. Já o sítio *web*, ultrapassou os 8,5 milhões de visualizações desde outubro de 2015. Assim, pode considerar-se que a forte presença da DGS e do PNPAS nas redes sociais e o estatuto de plataforma de referência na área se mantiveram em 2024.

Figura 19. Evolução do número anual de visualizações do blogue Nutrimento | 2014-2024.

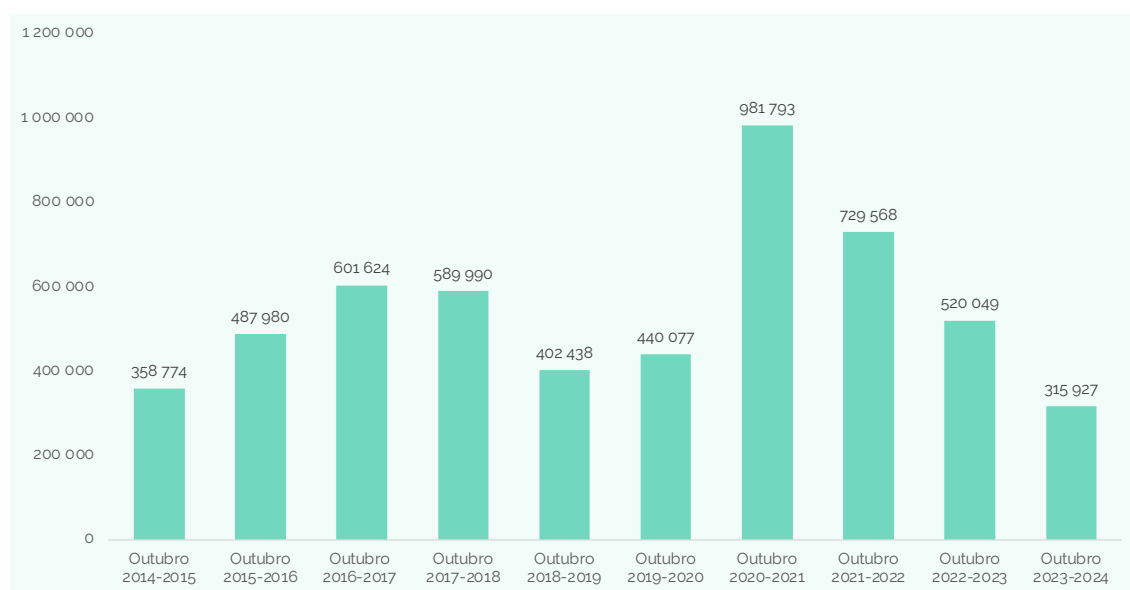


Figura 20. Evolução do número anual de visualizações do sítio web do PNPAS | 2015-2024.

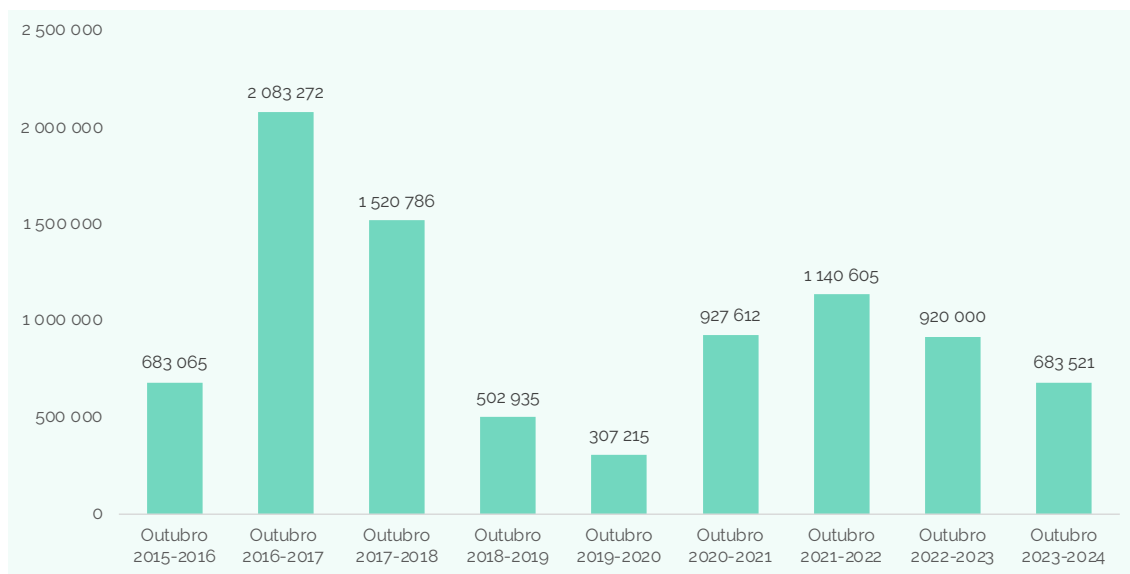


Figura 21. Evolução do número anual de utilizadores do blogue Nutrimento | 2014-2024.

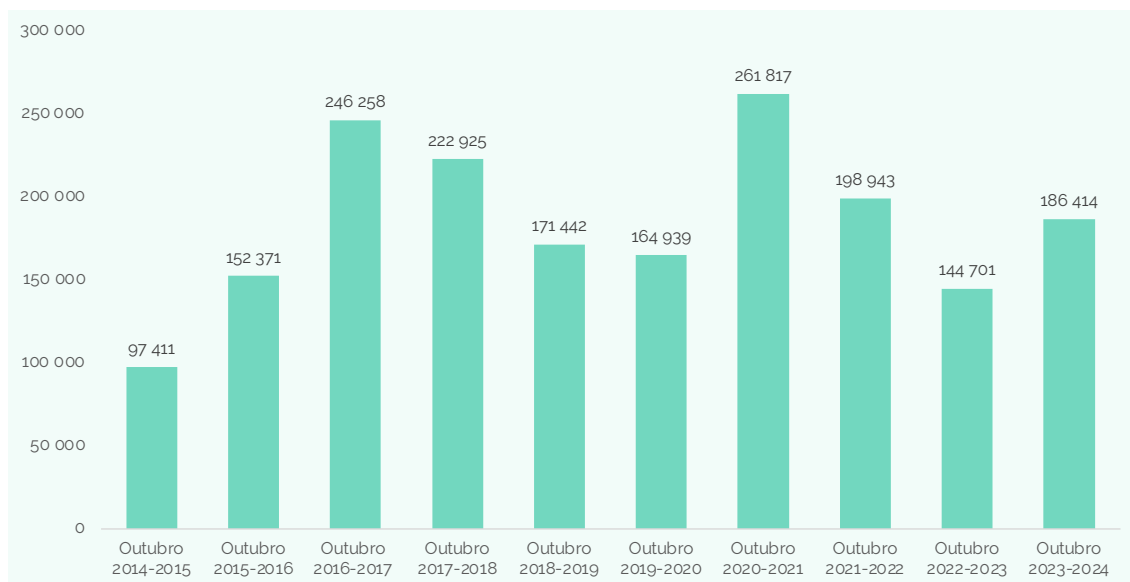
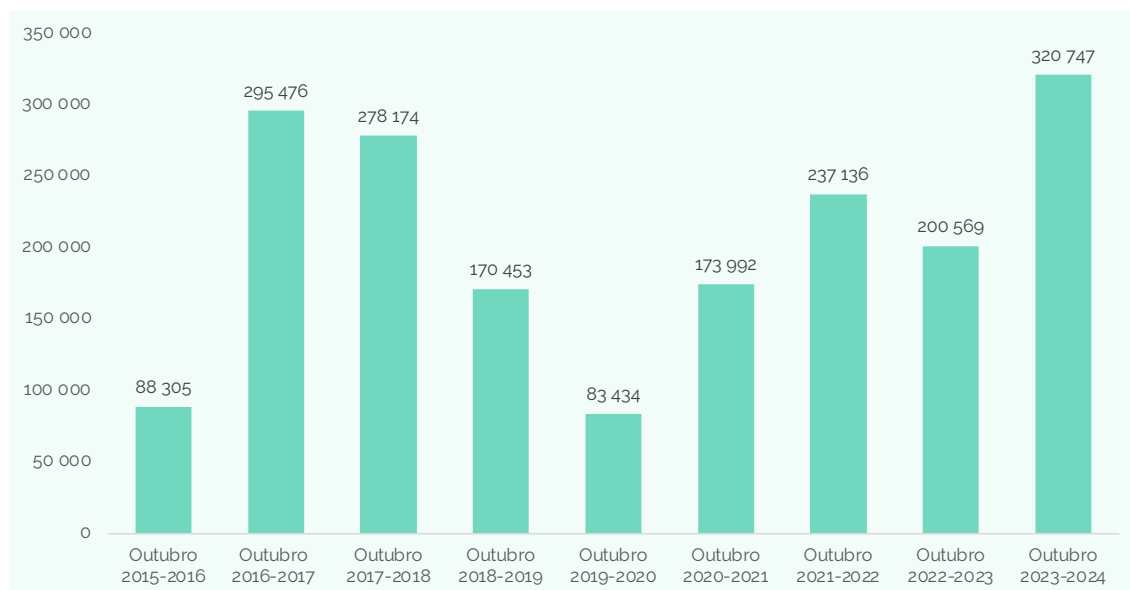


Figura 22. Evolução do número anual de utilizadores do sítio web do PNPAS | 2015-2024.



4.2. Guia para Influenciadores Digitais e Anunciantes sobre boas práticas de comunicação comercial de substitutos do leite materno e de alimentos para bebés

Em outubro de 2024, o PNPAS, em conjunto com a Direção-Geral do Consumidor, lançou um novo [Guia para Influenciadores Digitais](#) que pretende ser uma ferramenta de apoio para a comunicação de conteúdos relacionados com os substitutos do leite materno e de alimentos para bebés em ambiente digital.

Este guia surge tendo em conta a importância da alimentação nos primeiros 1000 dias de vida, que determina em grande parte a saúde na vida adulta. Vem também no seguimento dos resultados de um estudo realizado pela DGS com o apoio da OMS, que revelou que cerca de 58% das mulheres grávidas e mães de crianças pequenas avaliadas estiveram expostas a anúncios publicitários digitais relacionados com a promoção de substitutos do leite materno e de alimentos para bebés.

Tendo como objetivo informar e capacitar para a utilização de boas práticas comunicacionais nesta área, o guia apresenta informação sobre a legislação nacional em vigor, específica para este tema, bem como um conjunto de boas práticas adicionais, alinhadas com as recomendações da OMS, nomeadamente, com o Código Internacional do Marketing dos Substitutos do Leite Materno. O documento disponibiliza recomendações claras sobre o que é permitido e o que não é, particularmente no que diz respeito à promoção de substitutos do leite materno e de alimentos para bebés.

Pretende-se, assim, que quem comunica em ambiente digital possa garantir que os seus conteúdos estão de acordo com os princípios da promoção de uma alimentação saudável, mas também que cumpram as normas legais, assegurando uma comunicação responsável e alinhada com a legislação portuguesa.

Figura 23. Guia para influenciadores digitais e anunciantes – Informação sobre as regras de boas práticas na comunicação comercial de substitutos do leite materno e alimentos para bebês e crianças pequenas no meio digital.



4.3. Guia de “10 (+1) Recomendações para uma alimentação saudável no regresso às aulas”

Em 2024, no início de mais um ano letivo o PNPAS associou-se à Direção-Geral de Educação para produzir o guia “10 (+1) Recomendações para uma alimentação saudável no regresso às aulas”. Os princípios “saber escolher”, “saber fazer” e “saber educar” foram a base para o desenvolvimento das recomendações presentes no guia para pais e encarregados de educação.

O guia refere os grupos de alimentos que devem estar presentes nas refeições do pequeno-almoço e lanches, momentos muitas vezes propícios a hábitos alimentares inadequados. Além disso, procura alertar para a importância de escolher comer bem e na quantidade certa, uma vez que é fundamental que as crianças pequenas consumam quantidades mais pequenas. Destaca-se ainda a qualidade nutricional do pescado e a qualidade das refeições oferecidas em meio escolar, incentivando-se as crianças a almoçarem no refeitório escolar. Por fim, faz-se também referência à difícil tarefa de educar as crianças para uma alimentação saudável, bem como a um conjunto de estratégias educativas para ultrapassar essas dificuldades.

Figura 24. Guia de "10 (+1) Recomendações para uma alimentação saudável no regresso às aulas".



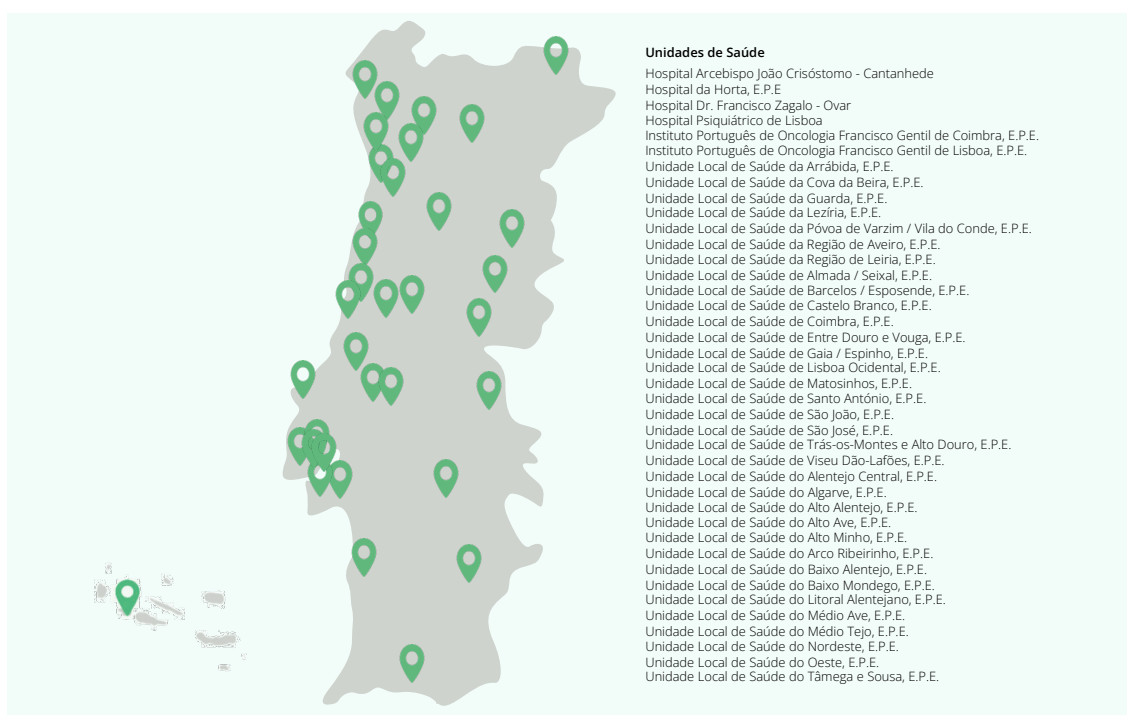
5. Prestação de cuidados de saúde

5.1. Dados da implementação da identificação sistemática do risco nutricional

As ferramentas de identificação do risco nutricional e respetivas funcionalidades tecnológicas que permitem auxiliar a implementação da identificação sistemática do risco nutricional a todos os doentes admitidos nas unidades hospitalares do SNS, tal como determina o Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho (12), estão atualmente operacionais (desde agosto 2019) na plataforma informática do Sistema Clínico Hospitalar (SClínico Hospitalar), permitindo assim a implementação generalizada da identificação do risco nutricional nos hospitais do SNS.

Neste relatório faz-se a monitorização do grau de implementação da identificação do risco nutricional nas unidades hospitalares do SNS (Figura 25). Os resultados presentes neste capítulo são provenientes dos indicadores de desempenho do rastreio nutricional (definidos de acordo com o Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho (12) e recolhidos pelo BI Hospitalar – Internamento dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), que recolhe dados das unidades hospitalares que utilizam o SClínico como *software* de registo clínico. Os indicadores de desempenho provenientes do BI Hospitalar – Internamento, são referentes a 40 unidades hospitalares e são relativos ao período de janeiro de 2020 a dezembro de 2024, com exportação dos dados no dia 26 de fevereiro de 2025. Na análise destes dados deverá ser acautelada a possível subestimação dos resultados, uma vez que o registo poderá ser efetuado por outros *softwares* que não o SClínico. Estes dados deverão ainda ser interpretados tendo em consideração que o modelo de registo nutricional clínico em algumas unidades hospitalares poderá não estar a permitir a correta recolha dos indicadores de desempenho.

Figura 25. Unidades de Saúde do SNS com monitorização dos indicadores relativos à identificação sistemática do risco nutricional (n=40).



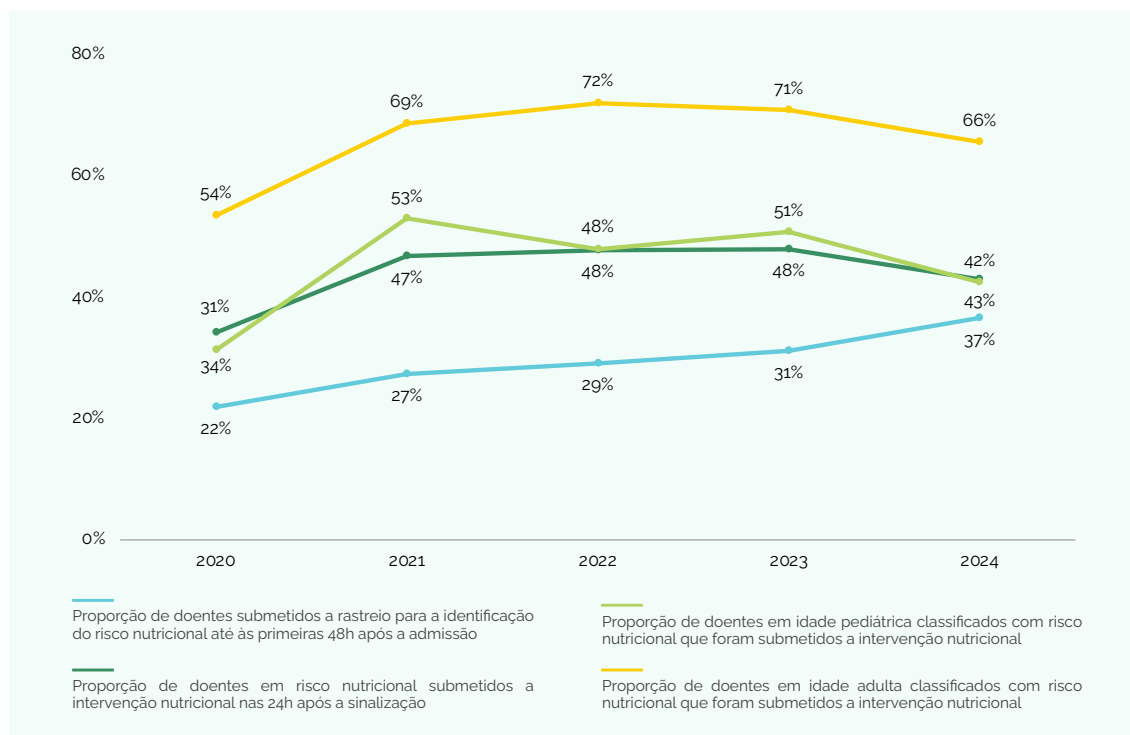
A evolução da percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão hospitalar encontra-se representada na Figura 26, sendo que a média nacional para o ano de 2024 atingiu os 36,7% (Tabela 41). Para os indicadores em análise, a evolução temporal tem sido maioritariamente positiva desde 2020 (Tabela 41). No entanto, entre 2023 e 2024 observou-se uma redução de 5,2 pontos percentuais no indicador relativo à "% Doentes em idade adulta classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional" (Figura 26). Em 2024, cerca de 43,1% dos doentes em risco nutricional foram submetidos a intervenção nutricional nas 24h após a sinalização, e 63,6% dos doentes classificados com risco nutricional foram submetidos a intervenção nutricional, uma redução de 10,2% e 8,4% respetivamente, em relação ao ano de 2023.

Tabela 41. 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, 2020 – 2024.

Indicadores de desempenho	2020	2021	2022	2023	2024
% Doentes submetidos a rastreio para a identificação do risco nutricional na admissão até às primeiras 48h após a admissão	22,0% (110 778 doentes rastreados de 503 733 doentes admitidos)	27,4% (150 712 doentes rastreados de 550 828 doentes admitidos)	29,2% (167 620 doentes rastreados de 573 929 doentes admitidos)	31,2% (181 019 doentes rastreados de 580 820 doentes admitidos)	36,7% (206 339 doentes rastreados de 562 529 doentes admitidos)
% Doentes em risco nutricional submetidos a intervenção nutricional nas 24h após a sinalização	34,3% (9 917 doentes com intervenção nutricional às 24h após sinalização de 28 896 doentes com risco nutricional)	46,9% (20 621 doentes com intervenção nutricional às 24h após sinalização de 44 014 doentes com risco nutricional)	47,8% (23 428 doentes com intervenção nutricional às 24h após sinalização de 49 032 doentes com risco nutricional)	48,0% (24 616 doentes com intervenção nutricional às 24h após sinalização de 51 238 doentes com risco nutricional)	43,1% (22 826 doentes com intervenção nutricional às 24h após sinalização de 52 989 doentes com risco nutricional)
% Doentes em idade pediátrica classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional	31,3% (879 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 2 810 doentes em risco nutricional)	53,0% (1 962 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 3 699 doentes em risco nutricional)	48,0% (1 790 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 3 733 doentes em risco nutricional)	50,8% (1 919 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 3 780 doentes em risco nutricional)	42,5% (1 978 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 4 657 doentes em risco nutricional)
% Doentes em idade adulta classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional	53,6% (13 969 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 26 086 doentes em risco nutricional)	68,7% (27 687 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 40 316 doentes em risco nutricional)	72,1% (32 649 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 45 301 doentes em risco nutricional)	70,9% (33 661 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 47 461 doentes em risco nutricional)	65,7% (31 735 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 48 337 doentes em risco nutricional)

Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

Figura 26. Evolução temporal dos indicadores de desempenho associados à identificação do risco nutricional.



Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

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 60%. Considerando este ponto de corte, e de acordo com os dados do BI Hospitalar – Internamento (relativos ao ano de 2024), 31,6% das unidades hospitalares em análise já se encontram neste nível (Tabela 42). Para os hospitais que se encontram neste grupo, a média para este indicador é de 78,4%. As unidades hospitalares (n=12) que já se encontram neste nível estão representadas na

Tabela 43.

Tabela 42. Grau de implementação do rastreio nutricional nas diferentes unidades hospitalares do SNS | 2024.

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 (%)*
≥60%	31,6% (n=12)
≥30% - <60%	28,9% (n=11)
>10% - <30%	15,8% (n=6)
≤10%	23,7% (n=9)

*Dados relativos ao ano de 2024.

Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

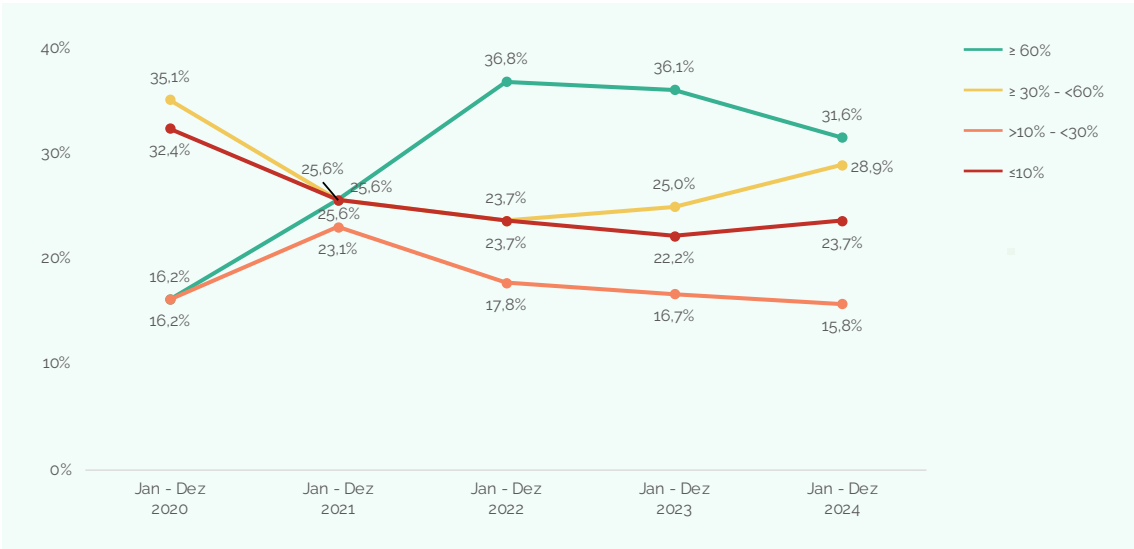
Tabela 43. Unidades hospitalares que apresentam uma percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48 horas após a admissão hospitalar superior a 60%.

Unidade hospitalar	% de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão hospitalar
Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.	93,85%
Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.	87,48%
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	86,32%
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	86,18%
Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.	78,69%
Unidade Local de Saúde do Alto Ave, E.P.E.	78,49%
Hospital da Horta, E.P.E.	78,38%
Unidade Local de Saúde de Barcelos/ Esposende, E.P.E.	77,82%
Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.	71,63%
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.	69,73%
Unidade Local de Saúde de Almada/ Seixal, E.P.E.	68,76%
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	67,03%

Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

Na Figura 27 é apresentada a evolução temporal do grau de implementação do rastreio nutricional nas diferentes unidades hospitalares do SNS.

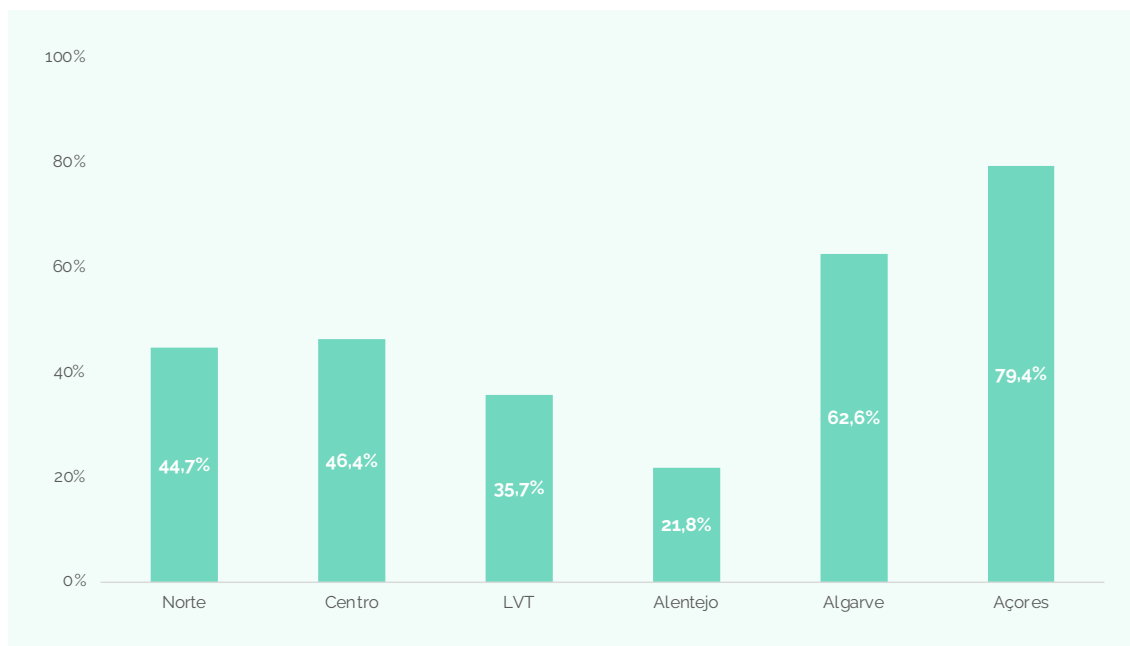
Figura 27. Evolução temporal do grau de implementação do rastreio nutricional nas diferentes unidades hospitalares do SNS | 2020 – 2024.



Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

A Figura 28 representa o grau de implementação do rastreio nutricional em contexto hospitalar, por região de saúde, para todas as unidades hospitalares do SNS em análise. A Figura 29 representa o grau de implementação do rastreio nutricional em contexto hospitalar considerando todas as unidades hospitalares e o grau de implementação do rastreio nutricional excluindo as unidades hospitalares com uma percentagem de implementação muito reduzida (inferior a 1% e inferior a 5%).

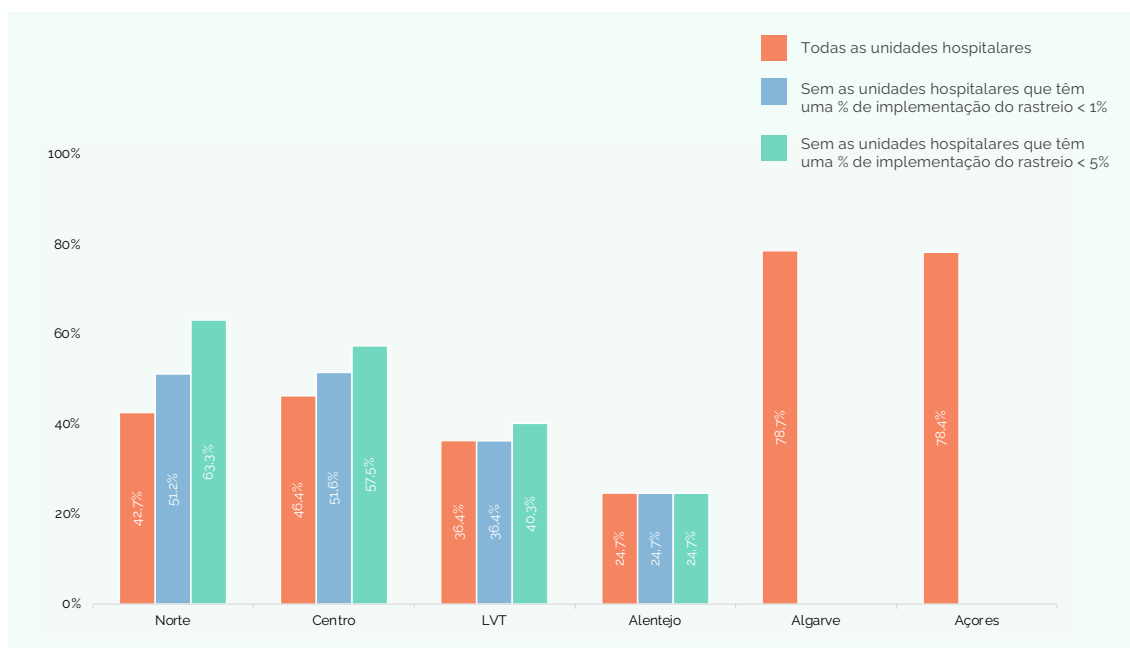
Figura 28. Grau de implementação do rastreio nutricional por região de saúde.



Norte (n=12); Centro (n=10); LVT (n=10); Alentejo (n=4); Algarve (n=1); Açores (n=1).

Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

Figura 29. Grau de implementação do rastreio nutricional por região de saúde, incluindo valores médios ajustados com exclusão dos níveis de implementação do rastreio nutricional inferiores a 5% e a 1% (não implementação).

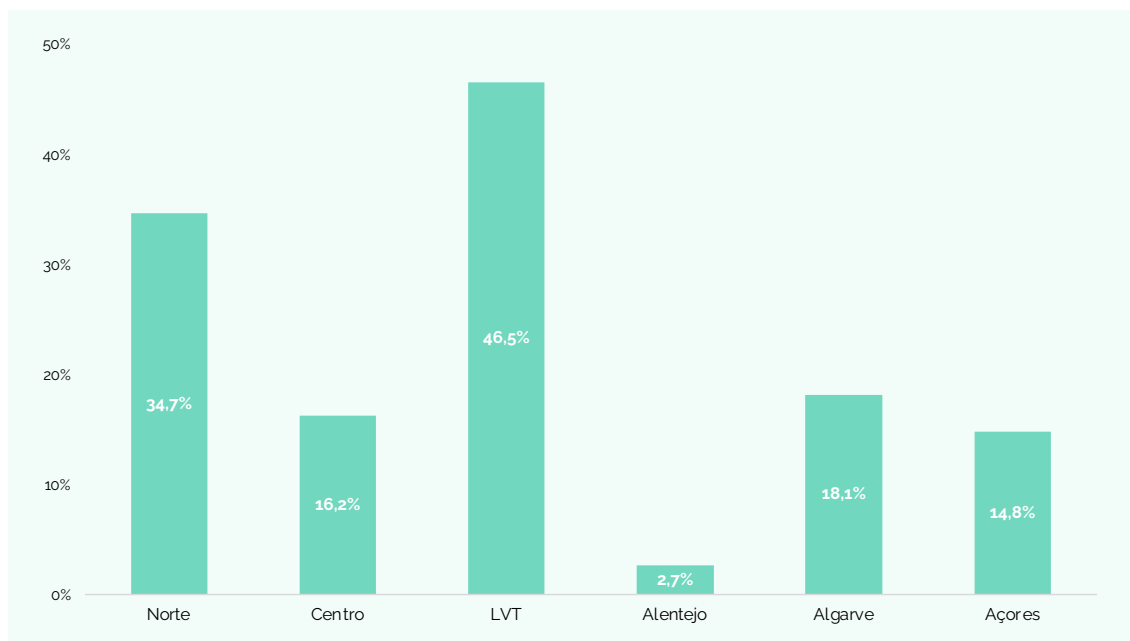


Norte (n=12); Centro (n=10); LVT (n=10); Alentejo (n=4); Algarve (n=1); Açores (n=1).

Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

A prevalência de doentes em risco nutricional submetidos a intervenção nutricional em 24 horas, nas unidades hospitalares em que a percentagem de doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h após a admissão hospitalar era superior a 30%, no ano de 2024, é apresentada na Figura 30, por região de saúde.

Figura 30. Percentagem de doentes em risco nutricional submetidos a intervenção nutricional nas primeiras 24h após sinalização do risco nutricional, por região de saúde, nas unidades hospitalares em que a percentagem de doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h após admissão hospitalar superior a 30%.

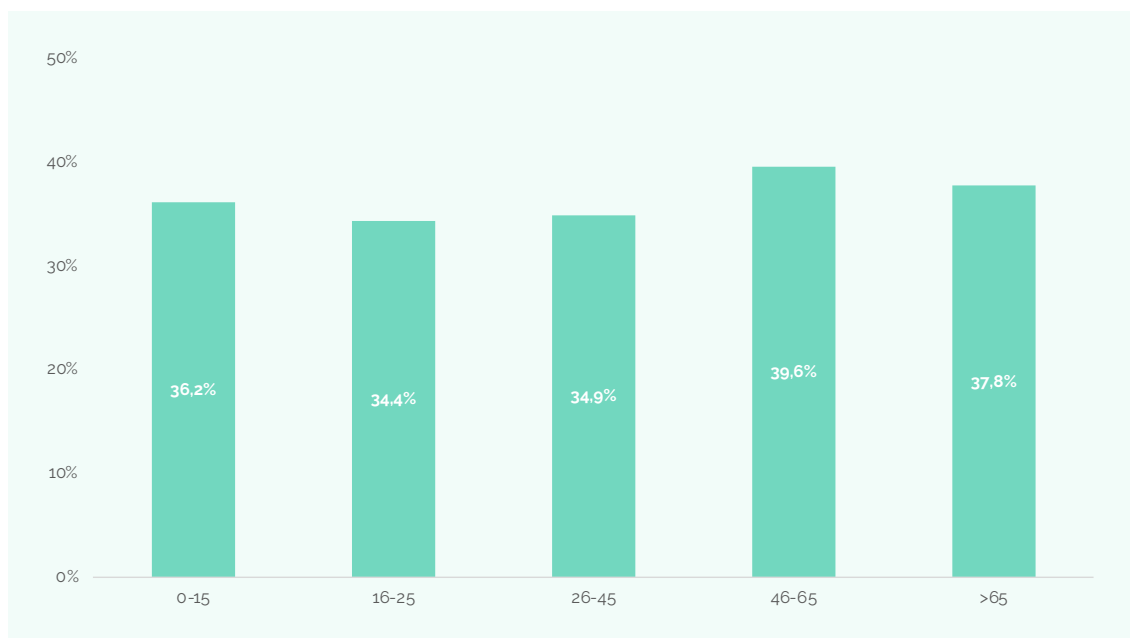


Norte (n=12); Centro (n=10); LVT (n=10); Alentejo (n=4); Algarve (n=1); Açores (n=1).

Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

Na Figura 31, apresenta-se a prevalência de doentes submetidos a rastreio nutricional até às primeiras 48 horas após a admissão hospitalar, por grupo etário, não se verificando diferenças assinaláveis entre os diferentes grupos.

Figura 31. Percentagem de doentes submetidos a rastreio até às primeiras 48h após a admissão hospitalar, por grupo etário.

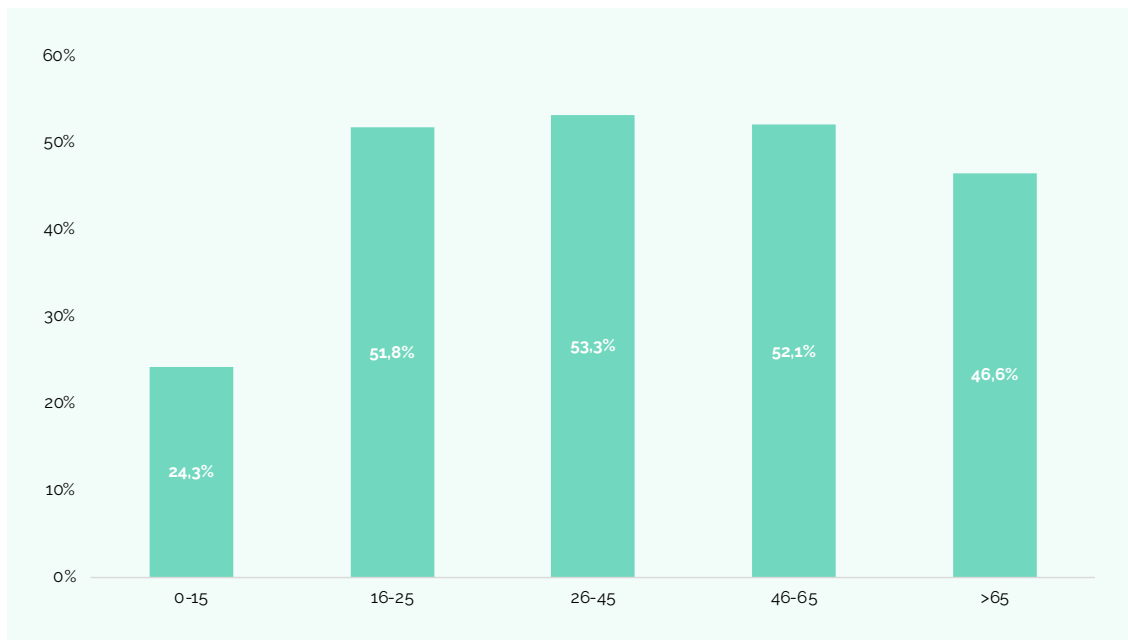


Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

Em 2024, nas unidades hospitalares em que a percentagem de doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h após a admissão hospitalar era superior a 30%, 45,6%

dos doentes com risco nutricional foram submetidos a intervenção nutricional, não se tendo verificado diferenças significativas entre os grupos etários, exceto para a crianças e adolescentes dos 0 aos 15 anos (Figura 32).

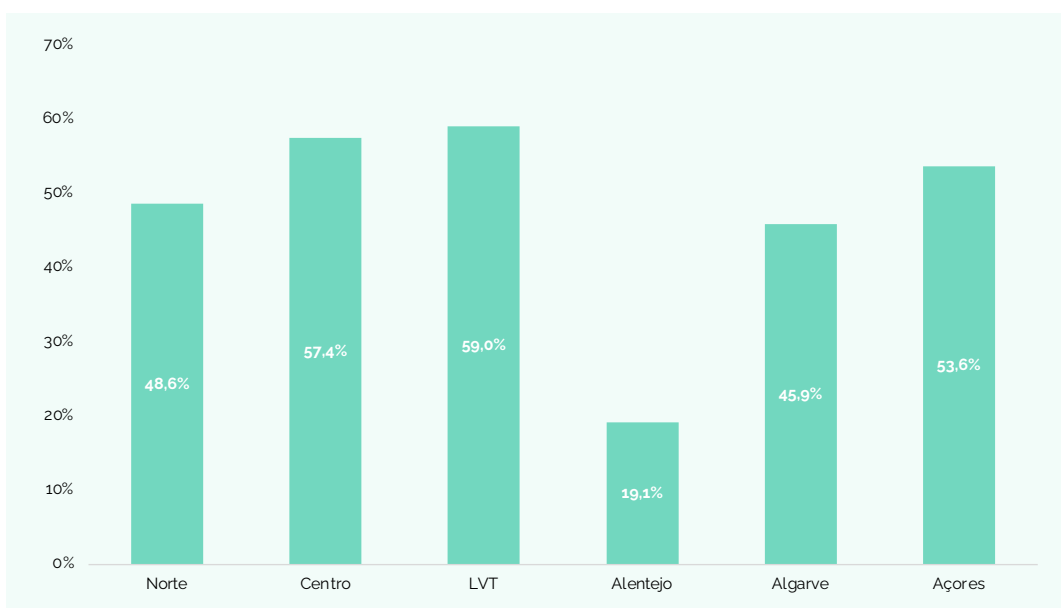
Figura 32. Percentagem de doentes com risco nutricional submetidos a intervenção nutricional nas primeiras 24h após sinalização do risco nutricional, por grupo etário, nas unidades hospitalares em que a percentagem de doentes submetidos a rastreio nutricional nas 48h após admissão hospitalar era superior a 30%.



Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

A prevalência de doentes em idade adulta com risco nutricional e intervenção nutricional, nas unidades hospitalares em que a percentagem de doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h após a admissão hospitalar era superior a 30%, no período de janeiro a dezembro de 2024, é apresentada na Figura 33, por região de saúde.

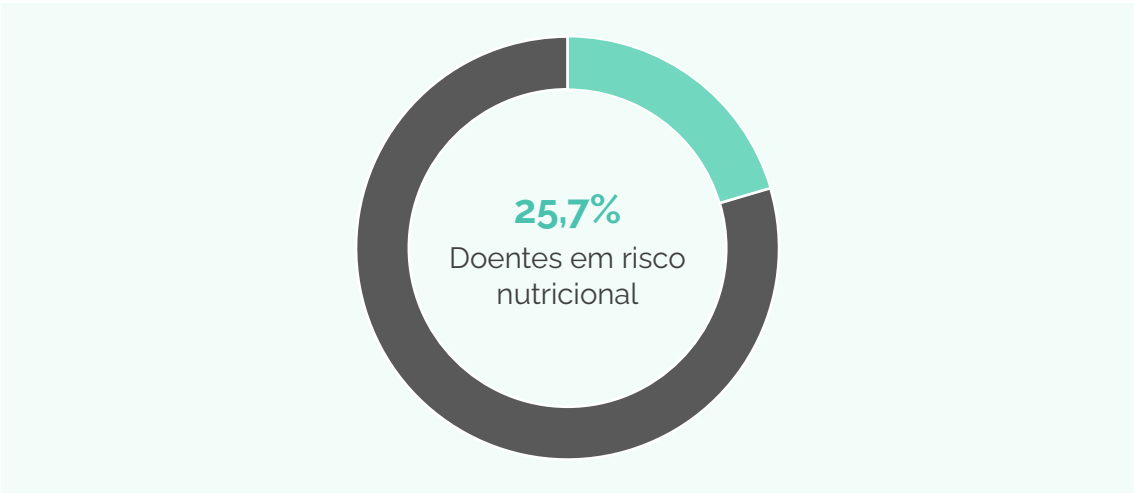
Figura 33. Percentagem de doentes em idade adulta com risco nutricional e intervenção nutricional, por região de saúde, nas unidades hospitalares em que a percentagem de doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h após admissão hospitalar era superior a 30%.



Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

No ano de 2024, dos 206 339 doentes submetidos ao rastreio nutricional, 25,7% encontravam-se em risco nutricional (52 989 doentes) (Figura 34).

Figura 34. Percentagem de doentes em risco nutricional, 2024.



Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

Figura 35. Rastreio nutricional em números, 2020-2024.

2020	110 778 doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h 9 917 doentes em risco nutricional com intervenção nutricional em 24h 14 848 doentes em risco nutricional com intervenção nutricional
2021	150 712 doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h 20 621 doentes em risco nutricional com intervenção nutricional em 24h 29 649 doentes em risco nutricional com intervenção nutricional
2022	167 620 doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h 23 428 doentes em risco nutricional com intervenção nutricional em 24h 34 439 doentes em risco nutricional com intervenção nutricional
2023	181 019 doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h 24 616 doentes em risco nutricional com intervenção nutricional em 24h 35 580 doentes em risco nutricional com intervenção nutricional
2024	206 339 doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h 22 826 doentes em risco nutricional com intervenção nutricional em 24h 33 713 doentes em risco nutricional com intervenção nutricional

Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 26 de fevereiro de 2025.

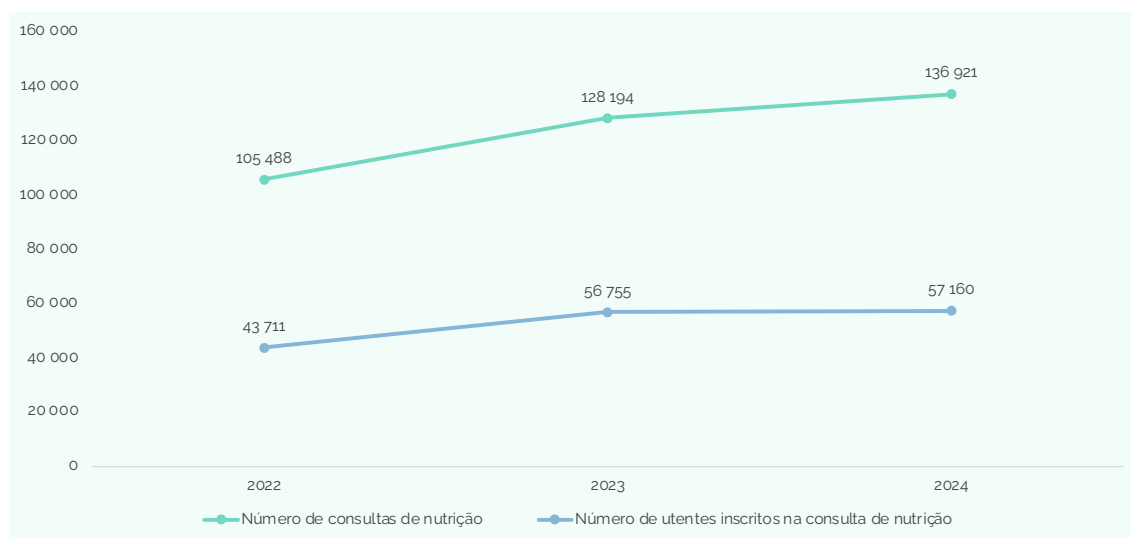
5.2. Dashboard da Consulta de Nutrição dos Cuidados de Saúde Primários

Em 2023, foi disponibilizado o *Dashboard* – Perfil Nutrição onde são apresentados os dados de produção da consulta de nutrição nos CSP. Este *dashbord* encontra-se integrado na ferramenta Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP).

Neste relatório faz-se a monitorização do número de consultas de nutrição realizadas nos CSP e dos dados de referenciação, nomeadamente do número médio de dias desde a referenciação à marcação e desde a referenciação à efetivação da consulta de nutrição. Descreve-se ainda o perfil dos utentes que recebem cuidados especializados em nutrição. Os indicadores de produção provenientes do BI-CSP são referentes a 40 unidades funcionais e relativos ao período de janeiro de 2022 a dezembro de 2024, com exportação dos dados no dia 6 de março de 2025.

A Figura 36 apresenta a evolução temporal, entre 2022 e 2024, do número de consultas de nutrição e do número de utentes inscritos em consultas de nutrição nos CSP. Ambos os indicadores revelam um crescimento constante ao longo do período analisado, verificando-se em 2024 um aumento de 29,8% em relação a 2022, no número de consultas de nutrição.

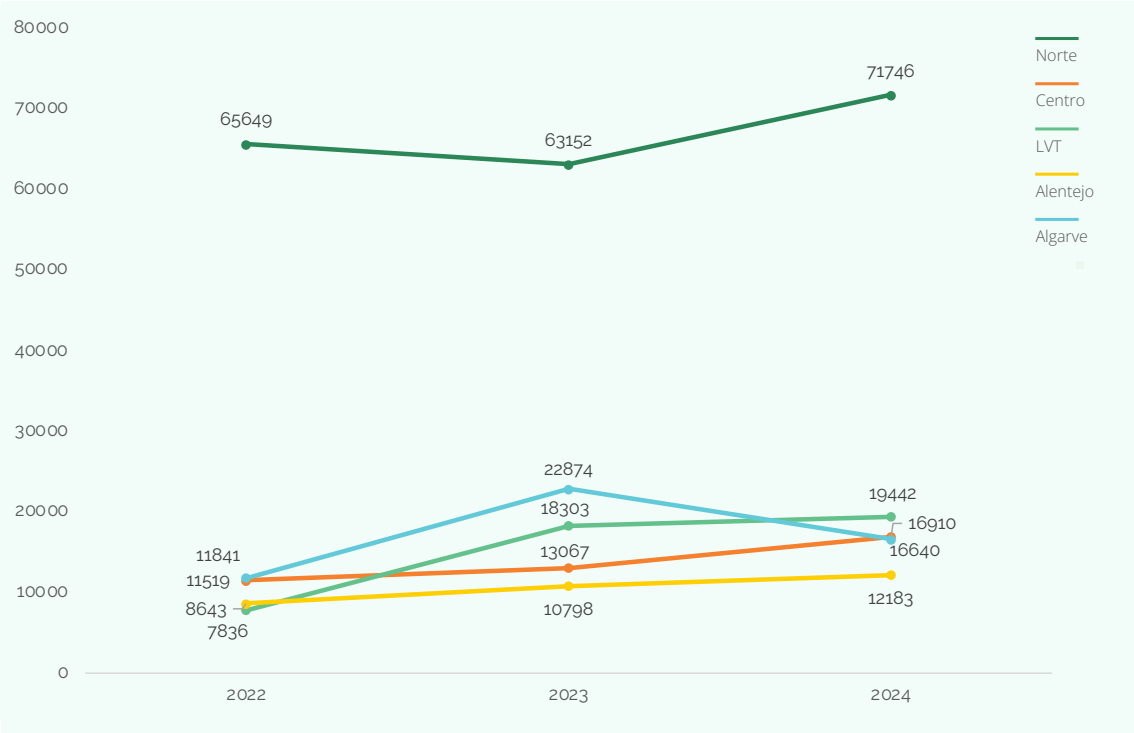
Figura 36. **Evolução temporal do número de consultas de nutrição e do número de utentes inscritos na consulta de nutrição nas unidades de saúde dos Cuidados de Saúde Primários | 2022-2024.**



Fonte: BI CSP - *Dashboard* – Perfil Nutrição, SPMS. Data de extração dos dados: 6 de março de 2025.

A análise desagregada por região evidencia um destaque assinalável da região Norte, particularmente no que respeita ao número de consultas de nutrição realizadas, quando comparada com as restantes regiões do país (Figura 37). Ao longo do período em análise (2022-2024), as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Centro apresentaram uma tendência crescente constante. Nas regiões Norte e Algarve, entre 2022 e 2023, o número de consultas realizadas diminuiu 4% e aumentou 93%, respetivamente. No entanto, entre 2023 e 2024, a evolução ocorreu em sentido contrário nestas duas regiões, tendo a região Norte apresentado um aumento de 14% e a região do Algarve uma diminuição de 27% nas consultas de nutrição realizadas.

Figura 37. Evolução temporal do número de consultas de nutrição realizadas, por região de saúde, nas unidades de saúde dos Cuidados de Saúde Primários | 2022-2024.



Fonte: BI CSP - Dashboard – Perfil Nutrição, SPMS. Data de extração dos dados: 6 de março de 2025.

Entre 2022 e 2024, todas as regiões, exceto a região do Alentejo apresentaram um aumento constante do número de pedidos de consulta de nutrição, correspondente à soma dos estados de referência de pedidos realizados, pedidos pendentes e pedidos agendados. Embora o número de consultas a nível nacional tenha aumentado, parece existir uma menor capacidade de efetivar os pedidos de consulta, uma vez que a percentagem de consultas realizadas tem vindo a diminuir. Entre 2023 e 2024, a região de Lisboa e Vale do Tejo foi a que apresentou um decréscimo mais acentuado (-33,1 p.p.) na capacidade de resposta aos pedidos de consultas de nutrição (Tabela 44).

Tabela 44. Evolução temporal do número de pedidos de consultas de nutrição e da percentagem de consultas realizadas nos Cuidados de Saúde Primários | 2022-2024.

	N.º de pedidos de consultas ^a			Consultas realizadas (%)		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Portugal continental	24 132	29 246	36 708	76,1%	71,1%	47,1%
Norte	15 029	15 834	20 242	72,5%	60,7%	39,8%
Centro	2 647	3 197	4 962	83,0%	78,0%	59,6%
Lisboa e Vale do Tejo	2 677	6 371	6 771	58,6%	68,5%	35,4%
Alentejo	1 644	1 506	2 274	84,7%	87,5%	64,7%
Algarve	2 135	2 338	2 459	81,9%	61,1%	35,8%

^a O número de pedidos de consultas de nutrição corresponde à soma dos estados de referência dos pedidos realizados, pendentes e agendados.

Fonte: BI CSP - Dashboard – Referência, SPMS. Data de extração dos dados: 6 de março de 2025.

A Tabela 45 apresenta os dados de referência entre 2022 e 2024, evidenciado uma evolução positiva dos indicadores analisados. Verificou-se, em particular, uma redução no número médio de dias entre a referência e a marcação da consulta, bem como entre a referência e a efetivação da consulta de nutrição. Entre 2023 e 2024, a região Norte foi a

que apresentou uma redução mais acentuada no número médio de dias desde a referenciação até à marcação da consulta (87 dias) e desde a referenciação até à efetivação da consulta de nutrição (83,6 dias) (Tabela 45).

Em 2024, o tempo decorrido entre a referenciação e a marcação da consulta de nutrição foi de 60 dias (totais, incluindo dias não úteis) e o tempo decorrido entre a marcação e a efetivação da consulta de nutrição foi de 94 dias totais. Apesar de não existir um tempo máximo de resposta garantidos no SNS especificamente definido para as consultas de nutrição, considerou-se o tempo definido genericamente para os pedidos de prestação de cuidados de saúde prestados nos CSP, correspondente a 30 dias úteis (13). Assim, verifica-se que, em 2024, o tempo médio entre a referenciação e a efetivação da consulta de nutrição (94 dias totais, equivalente a aproximadamente 65 dias úteis), ultrapassou o tempo máximo de resposta recomendado.

De notar que, tendo em consideração os dados apresentados, verifica-se um aumento no número de pedidos de consulta de nutrição durante o período em análise. Contudo, parece existir menor capacidade de resposta a efetivar os pedidos de consultas, refletida por uma menor percentagem de consultas realizadas. Apesar disso, registou-se uma diminuição no número médio de dias entre a referenciação e a marcação da consulta, bem como entre a referenciação e a sua efetivação.

Tabela 45. **Evolução temporal do número médio de dias desde a referenciação até à marcação da consulta de nutrição e do número médio de dias desde a referenciação até à efetivação da consulta de nutrição nos Cuidados de Saúde Primários | 2022-2024.**

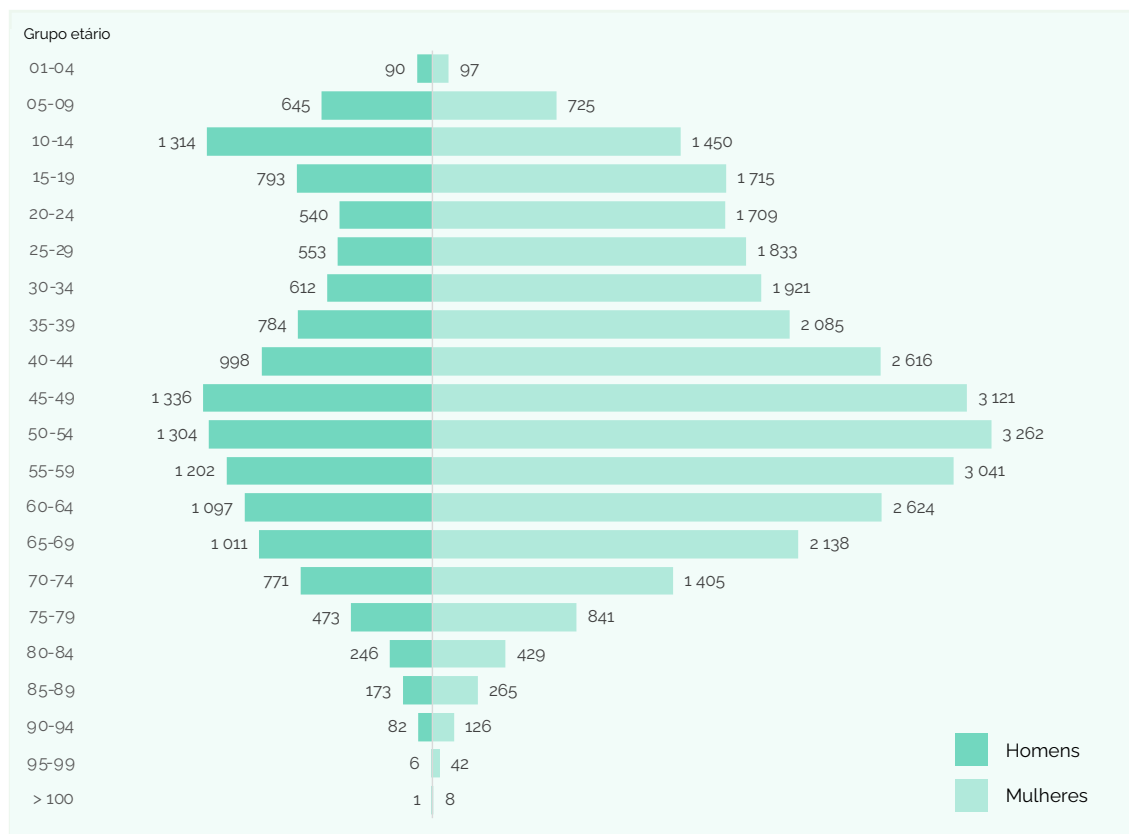
	N.º médio de dias desde a referenciação até à marcação da consulta de nutrição			N.º médio de dias desde a referenciação até à efetivação da consulta de nutrição		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Portugal Continental	137,0	133,0	60,0	167,0	165,0	94,0
Norte	157,4	148,9	61,9	191,4	184,6	101,0
Centro	97,1	120,4	53,6	126,0	149,6	78,6
Lisboa e Vale do Tejo	92,1	113,5	70,3	114,7	144,1	111,7
Alentejo	90,2	99,7	37,9	106,3	119,9	63,4
Algarve	95,2	137,9	65,0	118,2	161,8	90,7

Fonte: BI CSP - *Dashboard* – Referenciação, SPMS. Data de extração dos dados: 6 de março de 2025.

Nota: o número médio de dias contabiliza o número total de dias (dias úteis e não úteis).

A Figura 38, apresenta a caracterização dos utentes da consulta de nutrição por sexo e grupo etário, no ano 2024, sendo visível que estas consultas foram maioritariamente realizadas a mulheres com idades entre os 45 e os 59 anos.

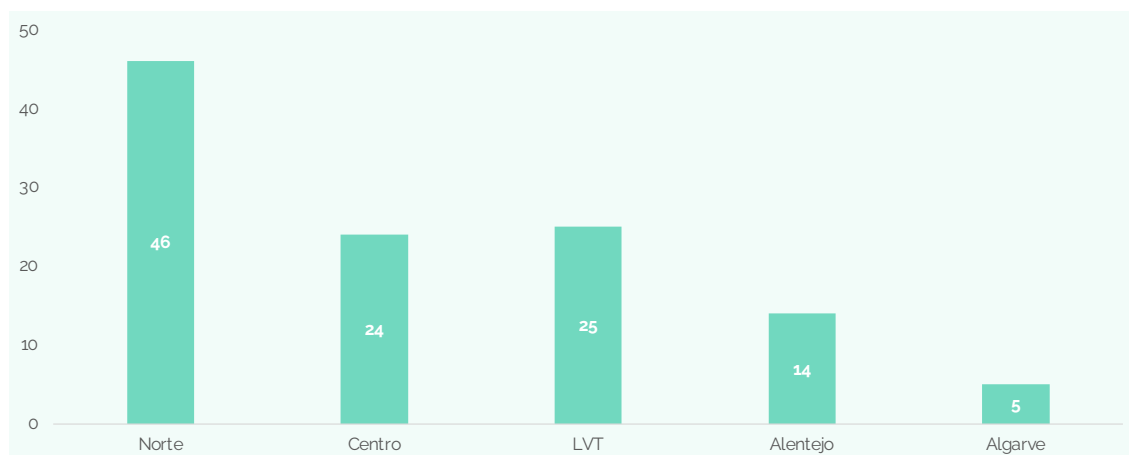
Figura 38. Caracterização dos utentes inscritos nas consultas de nutrição por sexo e por grupo etário | 2024.



Fonte: BI CSP - *Dashboard* – Referenciação, SPMS. Data de extração dos dados: 6 de março de 2025.

No que respeita ao número de nutricionistas a exercer nos CSP, são as regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo que apresentam um maior número de nutricionistas, que é consistente com a maior densidade populacional destas regiões em comparação com as restantes do país (Figura 39).

Figura 39. Número de nutricionistas a exercer nos Cuidados de Saúde Primários.



Fonte: BI CSP - *Dashboard* – Recursos Humanos (dados provenientes da ACSS). Data de extração dos dados: 1 de agosto de 2025.

6. Conclusões e Roteiro de Ação para 2025-2027

Os dados apresentados neste relatório evidenciam o investimento contínuo do PNPAS na monitorização dos ambientes alimentares que influenciam as escolhas alimentares da população portuguesa, reconhecendo-os como um dos principais determinantes dessas escolhas.

A avaliação dos resultados das medidas em curso integra a atividade corrente do PNPAS, destacando-se, em 2024, a coordenação do Estudo de Avaliação do Impacto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril, que introduziu restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos. Este estudo constitui a primeira avaliação de impacto desta lei e demonstra a crescente capacidade do PNPAS para avaliar os resultados e o impacto das medidas implementadas nos últimos anos.

Entre os resultados apresentados, merece destaque a monitorização da composição nutricional da oferta alimentar disponível em Portugal para determinadas categorias de produtos alimentares, nomeadamente através da participação em sistemas europeus de monitorização. Esta colaboração tem permitido recolher dados regulares sobre a evolução da composição nutricional dos alimentos, em particular, os teores médios de sal e de açúcar, e possibilita ainda a comparação com os dados de outros países da União Europeia.

Estas ações sustentam o desenvolvimento de futuras medidas para a promoção da alimentação saudável, em linha com as orientações do PNPAS 2022-2030.

Importa ainda salientar que o relatório do PNPAS de 2024, assinala, pela primeira vez, a apresentação de dados sobre a capacidade de resposta dos serviços de saúde no domínio dos cuidados nutricionais, em concreto, relativos aos CSP. A partir deste relatório, será possível monitorizar anualmente indicadores como o número de nutricionistas, o número de consultas de nutrição nos CSP e o tempo médio entre o pedido e a realização dessas consultas.

No âmbito das atividades de 2024, destaca-se a elaboração de um guia de boas práticas para influenciadores digitais sobre a comunicação comercial de substitutos do leite materno e dos alimentos para bebés. Esta iniciativa reveste-se de particular importância dado o impacto que uma comunicação mais responsável pode ter na promoção de uma alimentação adequada em crianças pequenas, além de representar uma abordagem inovadora ao focar um grupo com influência crescente nas estratégias de comunicação comercial.

Assinala-se também o início da implementação da ação conjunta europeia *EU Joint Action PreventNCD*, cuja representação de Portugal é assegurada pelo PNPAS. Esta iniciativa visa promover políticas públicas efetivas e coordenadas a nível europeu na prevenção das doenças crónicas, atuando sobre os seus principais determinantes: alimentação inadequada, inatividade física, consumo de álcool e tabaco.

Por fim, importa referir que algumas das ações previstas para o ano de 2024 não foram possíveis de concretizar, devido, nomeadamente, ao contexto político resultante das eleições legislativas antecipadas e à subsequente reorganização institucional, bem como a constrangimentos de execução orçamental.

O planeamento das principais atividades previstas para o período de 2025 a 2027, por eixo de intervenção do PNPAS, encontra-se detalhado na Tabela 46.

Tabela 46. Roteiro de ação PNPAS 2025-2027.

Eixos de Intervenção do PNPAS 2022-2030	Roteiro de ação PNPAS para 2025-2027
Proteger e apoiar	- Revisão das Orientações sobre ementas e refeitórios escolares, em parceria com a Direção-Geral da Educação - Definição de um novo plano para a reformulação dos produtos alimentares - Definição de orientações para a oferta alimentar nas creches - Rotulagem nutricional simplificada - Definição de orientações para as compras públicas na área da alimentação
Informar e capacitar	- Desenvolvimento de conteúdos para a divulgação de informação para a promoção da alimentação saudável e sua divulgação através dos meios de comunicação digitais - Desenvolvimento de uma nova estratégia de comunicação para o PNPAS
Identificar e cuidar	- Desenvolvimento do manual técnico de apoio à implementação do Despacho n.º 9984/2023, de 27 de setembro, que determina a implementação e reforço da identificação do risco nutricional em todos os níveis de cuidados - Publicação do percurso de cuidados integrados para a pessoa com obesidade, no âmbito da implementação do Modelo Integrado de Cuidados para a Prevenção e Tratamento da Obesidade, definido pelo Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro e desenvolvimento de outras ferramentas de apoio à sua implementação - Integração das ferramentas de aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável no SClínico - Conclusão dos trabalhos de atualização do Módulo de Nutrição do SClínico (Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários) - Desenvolvimento de ferramentas de apoio ao aconselhamento para uma alimentação saudável em idade pediátrica
Integrar e articular	- Monitorização anual da Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - Acompanhamento da implementação do Regime Escolar
Monitorizar e avaliar	- Início da implementação do Inquérito Nacional Alimentar e de Atividade Física, em parceria com o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) - Monitorização da oferta alimentar - Definição dos indicadores de monitorização em saúde para o PNPAS - Desenvolvimento do <i>Dashboard</i> de Nutrição para os Cuidados de Saúde Hospitalares

Referências

1. Gregório MJ, Salvador C, Teixeira D, Graça P, Freitas MdG, Mestre R, et al. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030. Lisboa: Ministério da Saúde: Direção-Geral da Saúde; 2022.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden Disease Portugal 2021. IHME; 2024.
3. Vollset SE, Ababneh HS, Abate YH, Abbafati C, Abbasgholizadeh R, Abbasian M, et al. Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2024;403(10440):2204–56.
4. Ng M, Gakidou E, Lo J, Abate YH, Abbafati C, Abbas N, et al. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2025;405(10481):813–38.
5. Barreto M, Gaio V, Kislaya I, Antunes L, Rodrigues AP, Silva AC, et al. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2016.
6. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The State of Food Insecurity in the World – Addressing food insecurity in protracted crises. Rome2010.
7. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito às condições de vida e rendimento - Taxa de prevalência da insegurança alimentar moderada ou severa (%) da população residente; Anual 2025 [Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0011826&contexto=bd&selTab=tab2].
8. Instituto Nacional de Estatística. Índice de Preços no Consumidor 2025 [Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=684878890&DESTAQUESmodo=2].
9. Lei n.º 42/2016, Orçamento do Estado para 2017, 42/2016, de 28 de dezembro (2016).
10. Lei n.º 71/2018, Orçamento do Estado para 2019, 71/2018, de 31 de dezembro (2018).
11. World Health Organization. WHO Global Sodium Benchmarks for different food categories. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2024.
12. Despacho n.º 6634/2018, Determina as ferramentas a utilizar para a identificação do risco nutricional, com vista à implementação, nos estabelecimentos hospitalares do SNS, de uma estratégia de combate à desnutrição hospitalar, e estabelece disposições, (2018).
13. Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, que define os Tempos Máximos de Resposta Garantidos no Serviço Nacional de Saúde para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, (2017).

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 Homogêneos (GDH), que são anualmente colocadas à disposição da DGS pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 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.

De referir que para o apuramento do n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal.

Nas Tabelas 1 e 2 estão disponíveis a lista de doenças com relevância para o PNPAS, analisadas neste relatório e, respetivos códigos CID9 (dados 2013 - 2018) e CID10 (dados 2019 - 2021).

Tabela 1. **Lista de doenças com relevância para o PNPAS, analisados neste relatório e, respetivos códigos CID10 | 2019 - 2020.**

Códigos Diagnósticos CID10	Descrição
E40	Kwashiorkor
E41	Marasmo nutricional
E42	Kwashiorkor marasmático
E43	Desnutrição proteico-calórica grave não especificada
E440	Desnutrição de grau moderado
E441	Desnutrição de grau médio
E45	Atraso no desenvolvimento devido à desnutrição proteico-calórica
E46	Má nutrição proteico-calórica sem outra especificação
E65	Adiposidade localizada
M6284	Sarcopenia
E860	Desidratação
Z6825-29	Pré-obesidade ($\leq 25,0$ Índice de massa corporal (IMC) <30) no adulto
Z6830-45	Obesidade (Índice de massa corporal (IMC) $> 25,0$) no adulto
R630	Anorexia
R64	Caquexia

*O diagnóstico de desnutrição foi considerado quando se verificou a presença de pelo menos um dos seguintes códigos: e CID-10 - E40, E41, E42, E43, E440, E441, E45, E46 e R64.

Tabela 2. Lista de doenças com relevância para o PNPAS, analisados neste relatório e, respectivos códigos CID9 | 2013 – 2018.

Códigos Diagnósticos CID9	Descrição
260	Kwashiorkor
261	Marasmo nutricional
262	Kwashiorkor marasmático
263	Desnutrição proteico-calórica grave não especificada
2630	Desnutrição proteico-calórica de graus moderado e leve
2632	Desnutrição de grau moderado
2632	Atraso no desenvolvimento devido à desnutrição proteico-calórica
2638	Má nutrição proteico-calórica sem outra especificação
2639	Má nutrição proteico-calórica NCOP
2781	Adiposidade localizada
27651	Desidratação
V8521-V825, V8530-V8545	Excesso de peso (índice de massa corporal (IMC) > 25,0 no adulto)
7830	Anorexia
7994	Caquexia

*O diagnóstico de desnutrição 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.

Anexo 2. Atividades realizadas pelo PNPAS 2024

Atividades	Eixo 1 Proteger e apoiar	Eixo 2 Informar e capacitar	Eixo 3 Identificar e cuidar	Eixo 4 Integrar e articular	Eixo 5 Monitorizar e avaliar
Abertura de Processo de Candidatura a Financiamento público para um projeto na área da alimentação para migrantes	x	x		x	
Apoio técnico à elaboração do Despacho n.º 3637/2024, de 4 de abril, que determina a implementação do sistema Nutri-Score como medida de saúde pública de promoção da alimentação saudável	x	x			
Apoio técnico à elaboração da nova Portaria n.º 37/2024, de 1 fevereiro referente ao Regime Escolar	x			x	
Início dos trabalhos de definição das orientações para a oferta de uma alimentação saudável nas creches	x			x	
Início dos trabalhos no âmbito da EU Joint Action PreventNCD					x
Recolha de dados de elementos constantes nas embalagens presentes em todos os produtos alimentares de 6 categorias (cereais de pequeno-almoço, refrigerantes, charcutaria e similares, produtos de padaria (embalados), produtos lácteos e sobremesas e alimentos para bebés) nas lojas físicas dos 5 principais retalhistas em Portugal (iniciativa no âmbito do WP5 da EU Joint Action PreventNCD)	x				x
Coordenação dos trabalhos de revisão do SClinico Módulo de Nutrição			x		
Participação no Grupo de Trabalho para o desenvolvimento do Percurso Integrado de Cuidados para a Pessoa com Obesidade			x		
Realização e publicação do estudo de avaliação do de impacto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril que introduziu restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos	x				x
Publicação do guia "Orientações para a oferta alimentar e prática de atividade física em eventos sociais e reuniões de trabalho"	x	x			
Publicação do guia para influenciadores digitais e anunciantes sobre boas práticas de comunicação comercial de substitutos do leite materno e de alimentação para bebés		x			
Publicação do guia de "10 (+1) Recomendações para uma alimentação saudável no regresso às aulas"		x			
Publicação do relatório "Hábitos alimentares inadequados, excesso de peso e outros fatores e risco metabólico foram os principais determinantes para a carga de doença – Global Burden of Disease"					x
Publicação do relatório anual do PNPAS 2023					x
Atividades na área das relações e cooperação internacional					
Participação na Ad hoc Meeting of the Expert Group on General Food Law and Sustainability of Food Systems on updates concerning the food system monitoring framework. Online, 14 novembro 2024.					
Organização, em conjunto com a OMS Europa e com a EUPHA, da sessão científica "Making WHO European Region the healthiest online environment for children: restrict harmful marketing", no European Public Health Conference. Lisboa, Portugal, 13 novembro 2024.					
Organização, em conjunto com a OMS, da reunião anual da WHO European Action Network to Reduce Marketing Pressure to Children. Lisboa, Portugal, 11-12 novembro 2024.					
Comunicação "Effective implementation of healthy food policies in Portugal: lessons learned" no Regional Expert Joint Meeting of Nutrition Policies in the Eastern Mediterranean Region WHO. Riyadh, Saudi Arabia, 20-21 outubro 2024.					
Participação na Executive Committee e na reunião do External Expert Advisory Board da Joint Action PreventNCD. Menorca, Espanha, 23-26 setembro 2024.					
Participação no Joint event on prevent-NCD-WHO & PreventNCD & JACARDI - 1st EU Consortium on Cancer Prevention (EU CCP) meeting. Bruxelas, Bélgica, 10 setembro 2024.					
Comunicação "Portuguese actions on salt reduction" na 16th Meeting of the European Salt Action Network (ESAN). Berna, Suíça, 8-9 julho 2024.					
Comunicação "Portuguese experience with legislation on reducing food marketing on children: from the policy process to implementation", WHO workshop on Food Marketing of the WHO Acceleration Plan to STOP Obesity. Atenas, Grécia, 20 junho 2024.					
Comunicação "Portugal: current situation on obesity and policy actions" do evento da OMS "From data to action: Implementation policies to reduce obesity in Southern European countries". Atenas, Grécia, 18 junho 2024.					
Comunicação "Portuguese experience with legislation on reducing food marketing to children and Best-ReMaP recommendations" na Conferência "Together for a healthy lifestyle" – EU Joint Action PreventNCD. Liubliana, Eslovénia, 22-23 maio 2024.					

Atividades na área das relações e cooperação internacional

- Comunicação "Management of Obesity in Portugal" na Conferência "Together for a healthy lifestyle" – EU Joint Action PreventNCD. Liubiana, Eslovénia, 22-23 maio 2024.
- Comunicação "Mapping and prioritizing obesity management services in Europe" na WHO Joint Session/Ongoing work to prevent and manage obesity in the WHO European Region, no 31st European Congress on Obesity. Veneza, Itália, 13 maio 2024.
- Participação na 33ª sessão da FAO/WHO Coordinating committee for Europe do Codex Alimentarius. Berlim, Alemanha, 27-31 maio 2024.
- Participação na reunião de trabalho entre Joint Action PreventNCD e a WHO. Copenhaga, Dinamarca, 6-8 maio 2024.
- Comunicação "Sharing the perspectives on nutrition labelling: Historical perspective of the Portuguese National Program for Healthy Eating Promotion" no Scientific symposium: Sharing experiences and perspectives on Nutri-Score and other front-of-pack nutrition labelling systems, organizado pela Presidência Belga do Conselho da União Europeia. Bruxelas, Bélgica, 25 abril 2024.
- Comunicação "Cost-Effective Geriatric Care Models and Intervention: Good News from Portugal – Nutritional Interventions" na reunião internacional da COST Action: CA21122 - PROMoting GeRIatric Medicine IN countries where it is still eMerGing. Lisboa, Portugal, 19 abril 2024.
- Comunicação "Portuguese experience with legislation on reducing food marketing on children", no Danish Cancer Society workshop on Food Marketing Restrictions. Dinamarca (online), 17 abril 2024.
- Comunicação "Portuguese experience with legislation on reducing food marketing to children and Best-ReMaP recommendations". Liubiana, Eslovénia (online), 16 abril 2024.
- Participação no lançamento do WHO/Europe Position Statement on making the WHO European Region the healthiest online environment for children. Copenhaga, Dinamarca, 10-11 março 2024.
- Comunicação "Harmonizing nutrient profile model" no Kick-off meeting da Joint Action PreventNCD. Oslo, Noruega, 13-15 fevereiro 2024.
- Comunicação "EU Operational Structure to reduce harmful marketing of food, tobacco and alcohol" no Kick-off meeting da Joint Action PreventNCD. Oslo, Noruega, 13-15 fevereiro 2024.
- Participação na 1st Executive Committee Meeting JA Prevent NCD. Bruxelas, Bélgica, janeiro 2024.
- Participação no Projeto CoDiet, um projeto financiado pela União Europeia e coordenado pelo Imperial College London.

Atividades de divulgação da atividade do PNPAS em contexto nacional

- Moderação da mesa-redonda "Obesidade infantil: encontro multidisciplinar de experts" no 18º Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação. Porto, Portugal, 16 de novembro 2024.
- Participação como oradora no painel "Programa de combate e controlo da obesidade: o que esperar" da Conferência "É tempo de agir", organizado pela SPEO e SPEDM, Assembleia da República. Lisboa 28 de outubro de 2024.
- Comunicação na sessão de encerramento da "16ª Reunião Anual PortFIR" organizada pelo INSA. Lisboa, Portugal, 18 outubro 2024.
- Comunicação "Alcançar Saúde Sustentável: Construir ambientes promotores de saúde" no PNS em Movimento. Leiria, Portugal, 14 outubro 2024.
- Organização do evento: "Brunchstorming: O papel das influenciadoras digitais na publicidade à alimentação infantil", Lisboa, Portugal, 25 de outubro 2024.
- Moderação da sessão paralela "Determinantes comerciais da saúde" no V Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública, Torres Vedras, 1 de outubro 2024.
- Organização do evento: "Apresentação do Estudo de avaliação de impacto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril, que introduziu restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos" (Heden Santa Apolónia, Lisboa), 5 de julho 2024.
- Comunicação "Insegurança Alimentar em Portugal" no seminário "One Health" organizado pela Ordem dos Médicos, Coimbra, 20 junho 2024.
- Participação na sessão de abertura do XXIII Congresso de Nutrição e Alimentação da Associação Portuguesa de Nutrição, Lisboa, 16 maio 2024.
- Comunicação "Partilha de Boas Práticas em NCSP: O papel do nutricionista no apoio à decisão em políticas públicas" na sessão de boas práticas da Ordem dos Nutricionistas, online, 13 março 2024.

Participação na elaboração de documentos/manuais técnicos internacionais

- Colaboração na publicação da OMS – WHO Regional Office for Europe. Making the WHO European Region the healthiest online environment for children. World Health Organization, 2024.

Publicações científicas relacionadas com a atividade do PNPAS

- Chkoniya V, Gregório MJ, Filipe S, Graça P. From Olive Oil Lovers to Mediterranean Diet Lifestyle Followers: Consumption Pattern Segmentation in the Portuguese Context. *Nutrients*. 2024;16(23):4235. Published 2024 Dec 7. doi:10.3390/nu16234235.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024;403(10431):1027-1050. doi:10.1016/S0140-6736(23)02750-2.

WWW.DGS.PT



DGS
Direção-Geral
da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@gds.min-saude.pt