



PORTUGAL

Alimentação Saudável em Números - 2015

Programa Nacional para a Promoção
da Alimentação Saudável



PORTUGAL

Alimentação Saudável em Números - 2015

Programa Nacional para a Promoção
da Alimentação Saudável



Portugal. Direção-Geral da Saúde.
Direção de Serviços de Informação e Análise
Portugal – Alimentação Saudável em números – 2015
ISSN: 2183-0738
Periodicidade: Anual

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45, 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530/1
E-mail: dgs@dgs.pt
<http://www.dgs.pt>

AUTORES

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Pedro Graça
Sofia Mendes de Sousa
Andreia Correia
Clara Salvador
Jessica Filipe
Joana Carriço
Maria João Gregório

Direção de Serviços de Informação e Análise

Paulo Jorge Nogueira
Carla Sofia Farinha
Ana Lisette Oliveira
Ana Paula Soares
Maria Isabel Alves
Matilde Valente Rosa
Tânia Mendanha
Carolina Silva
José Martins

Com a colaboração de:

Sofia Rocha e Diogo Silva (SPMS)
Nuno Oliveira (INFARMED)

LAYOUT E IMPRESSÃO

Pinto Azul, Unipessoal Lda.
Calçada Santo António, nº9 R/C Dtº . 1150-313 Lisboa
Lisboa, março de 2016

ÍNDICE

SIGLAS E ACRÓNIMOS	05
1. APRESENTAÇÃO PNPAS	07
1.1 Introdução	07
1.2. Objetivos	08
1.3. Atividades desenvolvidas no âmbito do PNPAS	09
1.4. Atividade de investigação desenvolvida no âmbito dos EEA GRANTS	11
1.5. Atividades de promoção da literacia alimentar e nutricional e capacitação dos cidadãos de diferentes estratos socioeconómicos e etários	12
1.6. Atividades de colaboração intersetorial	14
2. CONSUMO ALIMENTAR	16
2.1. Consumo alimentar e saúde	16
2.2. Disponibilidade alimentar	17
2.3. Consumos de sal pelos portugueses	24
2.4. Modelos de intervenção para a redução da oferta de sal	29
2.5. Perfil da gordura <i>trans</i> dos alimentos portugueses	30
2.6. Perfil do consumo de álcool	31
2.7. Hábitos alimentares em adolescentes	34
2.7.1. Pequeno-almoço	34
2.7.2. Frutas e hortícolas	36
2.7.3. Doces e refrigerantes	38
2.7.4. Café	40
3. ALGUNS DETERMINANTES DO CONSUMO ALIMENTAR	41
3.1. INFOFAMÍLIA – Estudo de avaliação da situação de segurança alimentar dos agregados familiares portugueses e outras questões relacionadas com a saúde	41
4. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	50
4.1. COSI Portugal - <i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>	50
4.1.1. Evolução do estado nutricional de crianças de acordo com os critérios da OMS	50
4.2. Estudo Vila Nova de Gaia – A prevalência de pré-obesidade/obesidade nas crianças do ensino pré-escolar e escolar na Autarquia de Vila Nova de Gaia, Portugal	51
4.3. Índice de massa corporal nos adolescentes	53
4.4. Perceção do corpo ideal nos adolescentes	54
4.5. Dieta para perda de peso nos adolescentes	55
4.6. Prevalência de excesso de peso/obesidade na população portuguesa adulta de acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014 e sua comparação com os resultados obtidos em 2005/2006	57

| 5. MORBILIDADE E MORTALIDADE ASSOCIADAS À ALIMENTAÇÃO	60
5.1. Registo de doentes com obesidade e excesso de peso nos Cuidados de Saúde Primários	60
5.1.1. Obesidade em utentes dos Cuidados de Saúde Primários	60
5.1.2. Excesso de peso em utentes dos Cuidados de Saúde Primários	62
5.2. Mortalidade relacionada com o estado nutricional	63
5.3. Cuidados Hospitalares relacionados com o estado nutricional	64
5.3.1. Caracterização da produção hospitalar relacionada com o estado nutricional segundo diagnóstico principal	64
5.3.2. Caracterização da produção hospitalar relacionada com o estado nutricional segundo diagnósticos principal e secundários	71
| 6. MAPICO	77
| 7. NOTAS FINAIS	80
| 8. RECOMENDAÇÕES	81
| 9. NOTAS METODOLÓGICAS	82
9.1. Mortalidade	82
9.2. Morbilidade e Mortalidade	84
9.3. Consumo de medicamentos	88
9.4. Registo de morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários	89
| 10. MATERIAIS E RECURSOS DE REFERÊNCIA DISPONIBILIZADOS PELO PNPAS	90
| 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
| 12. ÍNDICE DE QUADROS	92
| 13. ÍNDICE DE FIGURAS	95

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde	FAO – Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde	FIPA – Federação das Indústrias Agro-Alimentares
AHRESP – Associação da Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal	IADE – Instituto de Arte, Design e Empresa
APED – Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição	IAN – Inquérito Alimentar Nacional
APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos	IPATIMUP – Instituto de Patologia e Imunologia Molecular Universidade do Porto
ARS – Administração Regional de Saúde	ISPUP – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto
ASAE – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica	UE – União Europeia
BAP – Balança Alimentar Portuguesa	GBD – <i>Global Burden of Disease</i>
CCP – Confederação do Comércio e Serviços de Portugal	GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo
CE – Comunidade Europeia	INE, IP – Instituto Nacional de Estatística
COSI – <i>Childhood Obesity Surveillance Initiative/ Sistema de Vigilância Nutricional Infantil</i>	INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
CID – Classificação Internacional de Doenças	OMAIAA – Observatório dos Mercados Agrícolas e Importações Agro-Alimentares
CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa	OMS – Organização Mundial da Saúde
CVE – Centro Virtual sobre o Envelhecimento	PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
DALY – <i>Disability-Adjusted Life Year</i>	PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
DECO – Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor	PNPSO – Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral
DGAE – Direção-Geral das Atividades Económicas	PNSR – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
DGC – Direção-Geral do Consumidor	PNVGBR – Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco
DGE – Direção-Geral da Educação	RFE – Regime de Fruta Escolar
DGS – Direção-Geral da Saúde	SNS – Serviço Nacional de Saúde
DGAV – Direção-Geral de Alimentação e Veterinária	YLD – <i>Years of life lived with any short-term or long term health loss</i>
DM – Dieta Mediterrânica	YLL – <i>Years of life lost</i>
EPACI – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil	WHO – <i>World Health Organization</i>

1. APRESENTAÇÃO PNPAS

1.1. Introdução

Em 2012, foram aprovados oito programas prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde (DGS), entre eles o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), com um horizonte temporal de cinco anos (2012-2016). Findo o quarto ano de atividade, descreve-se a informação existente sobre nutrição e alimentação, avalia-se o que se produziu em 2015 e, acima de tudo, faz-se uma retrospectiva do que se conseguiu neste primeiro quadriénio de implementação de uma política alimentar e de nutrição em Portugal.

Portugal era, até ao início desta década, um dos poucos países Europeus que não possuía uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição, ou seja, um conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar a disponibilidade e o acesso a determinado tipo de alimentos, tendo como objetivo a melhoria do estado nutricional e a promoção da saúde da população. Isto apesar da alimentação inadequada em Portugal ser considerada, em relatórios internacionais, responsável por 11,96% do total de anos de vida prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade, no sexo feminino, e por 15,27% no sexo masculino (GBD, 2013), expressos em DALY (*Disability Adjusted Life Years*). Assim, e para ambos os sexos, os hábitos alimentares inadequados constituem o principal fator de risco de perda de anos de vida.

Depois de um forte investimento nesta área nos finais da década de 70 e início dos anos 80, em particular através da figura do Prof. Gonçalves Ferreira, com a criação do Centro de Estudos de Nutrição (CEN) em 1976 e, em 1980, com a criação do Conselho de Alimentação e Nutrição (CAN), posteriormente Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN) em 1984, a construção de uma política alimentar e nutricional inter-setorial não chega a ser uma realidade no nosso país, fruto de vários constrangimentos, nomeadamente a nossa integração na Comunidade Econó-

mica Europeia, mais tarde União Europeia, onde a livre circulação de alimentos e a liberalização dos mercados se impôs à capacidade dos países menos autónomos, política e cientificamente, determinarem a sua própria estratégia alimentar e nutricional.

Só em 2006, face ao crescimento alarmante da obesidade na Europa, é assinada uma carta de princípios para combater a epidemia de forma inter-setorial na Conferência Ministerial de Combate à Obesidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) - Europa, em Istambul, que Portugal subcreve. Em 2007, é constituída a Plataforma Contra a Obesidade no seio da DGS, com o objetivo de criar um conjunto de atividades inter-setoriais para promover a alimentação saudável e a atividade física. Dava-se, assim, um passo importante na construção de uma estratégia integrada para o combate à obesidade em Portugal através da promoção da alimentação saudável.

Em 2011, esta estratégia consolida-se e é criado, através do Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), como um dos oito programas nacionais de saúde prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde, com o objetivo de “melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias”. Este programa é elaborado tendo por base diversos documentos de orientação da OMS e da Comissão Europeia e ainda as políticas alimentares brasileira e norueguesa, esta última implementada desde 1974. Esta nova estratégia para uma política na área da alimentação e nutrição considera a necessidade de modificar os determinantes do consumo alimentar que se situam muito para além do conhecimento e da vontade de mudança do cidadão, ou seja, em áreas que vão do pla-

neamento urbano à oferta alimentar expressos, essencialmente, a partir de 2010. Esta nova abordagem dos determinantes da saúde em todas as políticas encontra-se expressa na Declaração de Adelaide, de 2010, enfatizando que as bases da saúde e do bem-estar se encontram maioritariamente fora do sector da saúde, sendo por isso necessário incorporar a saúde como componente central no desenvolvimento de todas as políticas. Esta abordagem do PNPAS adapta-se também à estratégia da Comissão Europeia no domínio da saúde proposta pelo White Paper *"Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013"*,

que assenta no desenvolvimento de uma intervenção para a melhoria da saúde dos cidadãos em outras políticas fora do setor da saúde. Neste sentido, acreditamos que a modificação dos determinantes do consumo alimentar exige o envolvimento dos diferentes setores da sociedade na procura de soluções para a melhoria do consumo e oferta alimentares. São, assim, necessárias estratégias multisetoriais e transversais a todos os setores governamentais, setor privado, sociedade civil, redes profissionais, meios de comunicação e organizações a todos os níveis (nacional, regional e local).

1.2. Objetivos

O PNPAS assume-se como um programa nacional de ação na área da alimentação e nutrição, tendo como objetivo geral melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica de alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias.

Um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade, etc.) mas deve permitir, simultaneamente, o crescimento sustentável e a competitividade económica do país em outros setores como os ligados à agricultura, ao ambiente, ao turismo, ao emprego e/ou à qualificação profissional.

Tendo em conta as linhas de orientação da Organização Mundial da Saúde e da Comissão Europeia, o PNPAS, ao longo do quadriénio 2012-2015, centrou parte da sua atividade nas seguintes áreas e objetivos específicos:

- A recolha e agregação sistemática de indicadores do estado nutricional, do consumo alimentar e seus determinantes ao longo do ciclo de vida, a avaliação das situações de insegurança alimentar e a avaliação, monitorização e divulgação de boas práticas.
- A modificação da oferta de determinados alimentos (por ex. com elevado teor de açúcar, sal ou gordura), controlando o seu fornecimento e vendas nos estabelecimentos de ensino, de saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho, e outras atividades que permitam a criação de ambientes promotores de uma alimentação saudável.
- O aumento da literacia alimentar e nutricional e capacitação dos cidadãos de diferentes estratos socioeconómicos e etários.
- A identificação e o desenvolvimento de ações transversais com outros setores da sociedade, nomeadamente da agricultura, do desporto, do ambiente, da educação, das autarquias e da segurança social.
- A melhoria da formação, da qualificação e do modo de atuação de diferentes profissionais que podem influenciar consumos alimentares de qualidade, nomeadamente ao nível da saúde, das escolas, das autarquias, do turismo e restauração ou da segurança social.
- A melhoria dos métodos de intervenção e articulação dos profissionais e estruturas que lidam com o fenómeno da obesidade.

1.3. Atividades desenvolvidas no âmbito do PNPAS

Parte substancial desta atividade não é visível num relatório desta natureza, podendo ser acompanhada mais de perto no nosso sítio institucional em www.alimentacaosaudavel.dgs.pt e no nosso blogue em www.nutrimento.pt. Contudo, foi possível agregar uma grande quantidade de informação que decorreu de trabalhos próprios ou de parcerias com grupos de investigação científica de renome nacional, que permitiram alargar o âmbito da informação recolhida em anos anteriores, nomeadamente ao nível das faixas etárias mais extremas - crianças até à idade escolar e idosos - dois grupos onde é necessária mais e melhor informação.

Neste relatório descrevem-se as principais atividades desenvolvidas para se atingirem os 6 objetivos do PNPAS, privilegiando-se o primeiro destes objetivos – a recolha e agregação de indicadores do estado nutricional, do consumo alimentar e seus determinantes ao longo do ciclo de vida, a avaliação das situações de insegurança alimentar e, a avaliação, monitorização e divulgação de boas práticas – tal como feito nos documentos de anos anteriores. Para uma compreensão mais lata do que foi feito nos outros 5 objetivos, apresentam-se no Quadro 1 as principais atividades em que o PNPAS participou, instituições com as quais trabalhou e ferramentas criadas no quadriénio 2012-2015 assim como uma previsão do que se espera concluir até ao final de 2016.

QUADRO 1

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PNPAS 2012-2015 E PREVISÃO 2016

Atividades desenvolvidas no PNPAS/com o apoio PNPAS	2012	2013	2014	2015	2016
1. A agregação e recolha sistemática de indicadores do estado nutricional, do consumo alimentar e seus determinantes ao longo do ciclo de vida, a avaliação das situações de insegurança alimentar e a avaliação, monitorização e divulgação de boas práticas					
Relatório "Alimentação Saudável em Números"					
Recolha de indicadores nutricionais					
EPACI (Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento na Infância)					
EPHE (<i>Epoche for the Promotion of Health Equity</i>)					
Projeto JANPA (<i>Joint Action on Nutrition and Physical Activity - EC</i>)					
EEA Grants (10 projetos de investigação em Portugal)					
2. A modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e/ou gordura), controlando o seu fornecimento e venda nos estabelecimentos de ensino, de saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho					
Regime de Fruta Escolar					
Circular nº. 3 – Orientações sobre Ementas e Refeitórios Escolares					
Orientações para Bufetes Escolares					
Programa FOOD (nos locais de trabalho)					
3. O aumento da literacia alimentar e nutricional e capacitação dos cidadãos de diferentes estratos socioeconómicos e etários					
Criação e lançamento do sítio do PNPAS (www.alimentacaosaudavel.dgs.pt)					
Reformulação e lançamento do sítio do PNPAS (www.alimentacaosaudavel.dgs.pt)					
Criação e lançamento do blogue Nutrimento (www.nutrimento.pt)					
Manual "Alimentação Inteligente – Coma Melhor, Poupe Mais"					
Banco de fotografias de alimentos tipicamente portugueses (https://www.flickr.com/photos/dgsaudeportugal/)					
Desenvolvimento de vídeos educacionais					
Receitas saudáveis					
Desenvolvimento de manuais e posters de referência					
Newsletter PNPAS					
Manual "Saúde Oral e Alimentação"					
Projeto Nutri Ventures					
Podcasts					
4. A identificação e o desenvolvimento de ações transversais com outros setores da sociedade, nomeadamente da agricultura, do desporto, do ambiente, da educação, das autarquias e da segurança social					
Grupo de Monitorização para a Proteção e Promoção da Dieta Mediterrânica (UNESCO)					
Grupo de trabalho do Sal (Interministerial)					
Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-estar					
Ações transversais com diversos setores (ARS, Centros de Saúde, Autarquias, etc.)					
5. A melhoria da formação, qualificação e modo de atuação de diferentes profissionais que podem influenciar consumos alimentares de qualidade, nomeadamente ao nível da saúde, das escolas, das autarquias, do turismo e restauração ou da segurança social					
Desenvolvimento de manuais de referência para profissionais de saúde e de educação (11 manuais) (Capítulo 11)					
Ferramenta eletrónica SPARE (Programa de apoio à gestão de cantinas)					
Orientação 017/2013 – Avaliação Antropométrica no Adulto					
Ferramenta eletrónica de medição de sal portátil para escolas					
Orientação 011/2013 – Aporte de Iodo em Mulheres na Preconceção, Gravidez e Amamentação					
Formação e qualificação de profissionais de saúde/autarquias					
6. A melhoria dos métodos de intervenção e articulação dos profissionais e estruturas que lidam com o fenómeno da obesidade					
Processo Assistencial Integrado (PAI) da Pré-obesidade no Adulto					

1.4. Atividade de investigação desenvolvida no âmbito dos EEA GRANTS

Os *EEA Grants* consistem num mecanismo financeiro do Espaço Económico Europeu (EEA) que financia iniciativas e projetos com o objetivo de reduzir as disparidades económicas e sociais e reforçar as relações bilaterais entre os Estados Doadores e os Estados Beneficiários. O Ministério da Saúde Português, através da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em colaboração com o INSA e a DGS, promoveu a AP13 – Iniciativas de Saúde Pública – tendo como parceiro científico o Instituto Norueguês de Saúde Pública (FHI). Este programa centra-se nas questões de saúde pública do Plano Nacional de Saúde, dando particular importância às desigualdades na saúde, à igualdade no acesso aos cuidados de saúde, à melhoria dos sistemas de informação em saúde e ao desenvolvimento de políticas promotoras da saúde.

O PNPAS participou na construção do modelo de investimento que permitirá, já a partir de 2016, obter um conjunto significativo de informações. “Trata-se do mais ambicioso financiamento nas áreas da nutrição e seus sistemas de informação nas últimas décadas, superando os 3 milhões de Euros. Consiste numa oportunidade única para desenvolver e dar robustez a grupos de investigação e realçar o interesse numa área bastante esquecida dos programas de financiamento tradicionais.

De momento encontram-se a decorrer vários projetos na área da nutrição que possibilitam um melhor conhecimento do consumo alimentar da população portuguesa, nomeadamente através do 2º Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, assim como um melhor conhecimento da desnutrição dos idosos em Portugal.

Projetos financiados na área da Nutrição:

- **Nutrition 65UP** – Monitorização do estado nutricional da população com mais de 65 anos.
- **PRONUTRISENIOR** – Capacitação de profissionais de saúde em nutrição na idade sénior.

- **Nutriciência** – Aumento da sensibilidade e da literacia nutricionais das famílias portuguesas.
- **SIMETRIA (Projeto de Promoção de Igualdade Nutricional e Social)** – Melhoria de práticas institucionais nas áreas da igualdade de acesso a uma alimentação adequada e da segurança alimentar, juntamente com a capacitação de profissionais de áreas sociais e da saúde que intervenham em contextos sociais desfavorecidos.
- **loGeneration** – Monitorização do estado do iodo em idade escolar.
- **QualLife+** – Monitorização do estado nutricional e rastreio da desnutrição da população com mais de 65 anos, no internamento e na comunidade, nas áreas de referência do Centro Hospitalar de São João.
- **Eat Mediterranean** – Promoção da Dieta Mediterrânica como fator de redução das desigualdades nutricionais em meio escolar.

Projetos de sistemas de informação na área da Nutrição:

- **PEN-3S** – Avaliação do estado nutricional dos idosos portugueses: Estudo de prevalência nacional e construção de um sistema de vigilância epidemiológica do estado nutricional dos idosos portugueses.
- **Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física – IAN-AF** – Recolha de informação nacional sobre o consumo alimentar e sobre a atividade física e a sua relação com determinantes em saúde, nomeadamente socioeconómicos.
- **Projeto Saúde.Come** – Caracterização da insegurança alimentar em Portugal e os seus determinantes e intervenção na área da promoção de estilos de vida saudável.

1.5. Atividades de promoção da literacia alimentar e nutricional e capacitação dos cidadãos de diferentes estratos socioeconómicos e etários

A promoção de práticas alimentares saudáveis ao longo do ciclo de vida deve englobar a divulgação de informação aos cidadãos e a sua capacitação para a compra, a confeção e o armazenamento de alimentos saudáveis. A capacitação dos cidadãos pode ser considerada um dos aspetos centrais para a modificação de atitudes e comportamentos face aos alimentos, uma vez que estes devem ser sujeitos ativos, capazes de interferir nos processos de decisão. Torna-se essencial que os cidadãos adquiram as competências necessárias para que possam fazer escolhas alimentares saudáveis.

Para se atingirem estes objetivos foram desenvolvidas várias estratégias no âmbito do PNPAS. De entre elas, realça-se a construção de três plataformas digitais: dois sítios (“Alimentação Inteligente” e “Alimentação Saudável”) e um blogue (“Nutrimento”) com o objetivo de alcançar diferentes públicos, adequando a mensagem/informação.

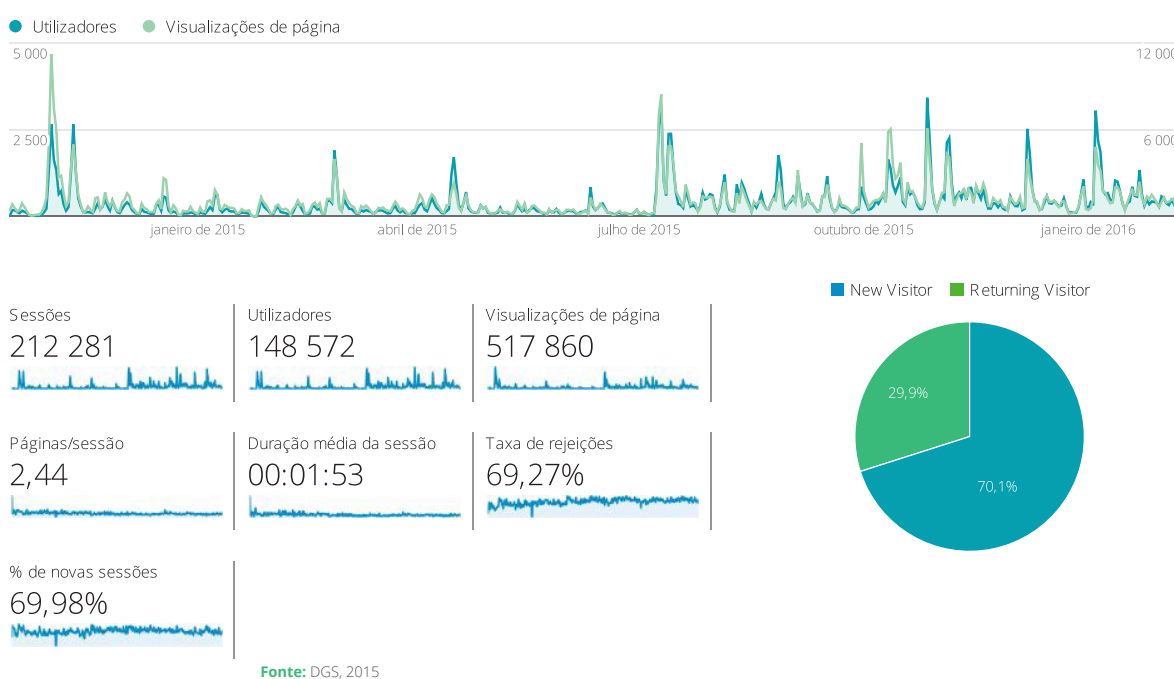
Blogue Nutrimento (www.nutrimento.pt)

O blogue “Nutrimento” iniciou a sua atividade a 16 de outubro de 2014, no Dia Mundial da Alimentação. Desde então, acederam a este espaço digital, 148 572 utilizadores com 517 860 visualizações de página. Dos visitantes do blogue, 70,1% são novos visitantes, enquanto os restantes 29,9% são visitantes que retornam ao blogue.

Pretende-se que o blogue alimente, como um nutrimento, a troca de informação, de ideias, o debate sobre temas da atualidade relacionados com a alimentação e a divulgação de boas práticas e de investigação sobre esta temática. Neste espaço é possível descarregar, de forma simples, acessível e gratuita, informação, ferramentas, imagens, podcasts, vídeos e outros materiais produzidos pelo PNPAS.

Verifica-se que 88,39% (n=187 498) dos utilizadores do blogue visitam-no em Portugal, 4,12% (n=8 735) no Brasil e 1,02% (n=2 169) nos Estados Unidos.

FIGURA 1 BLOGUE NUTRIMENTO - PERFIL DOS UTILIZADORES E MODELO DE UTILIZAÇÃO



Em relação aos conteúdos presentes no blogue, aqueles que tiveram maior número de visualizações foram a *homepage* com 89 483 visualizações

(17,28%), o separador “Dicas” com 21 747 visualizações (4,2%) e o separador “Comer Barato” com 18 721 visualizações (3,62%).

QUADRO 2 PERFIL DE UTILIZAÇÃO DO BLOGUE

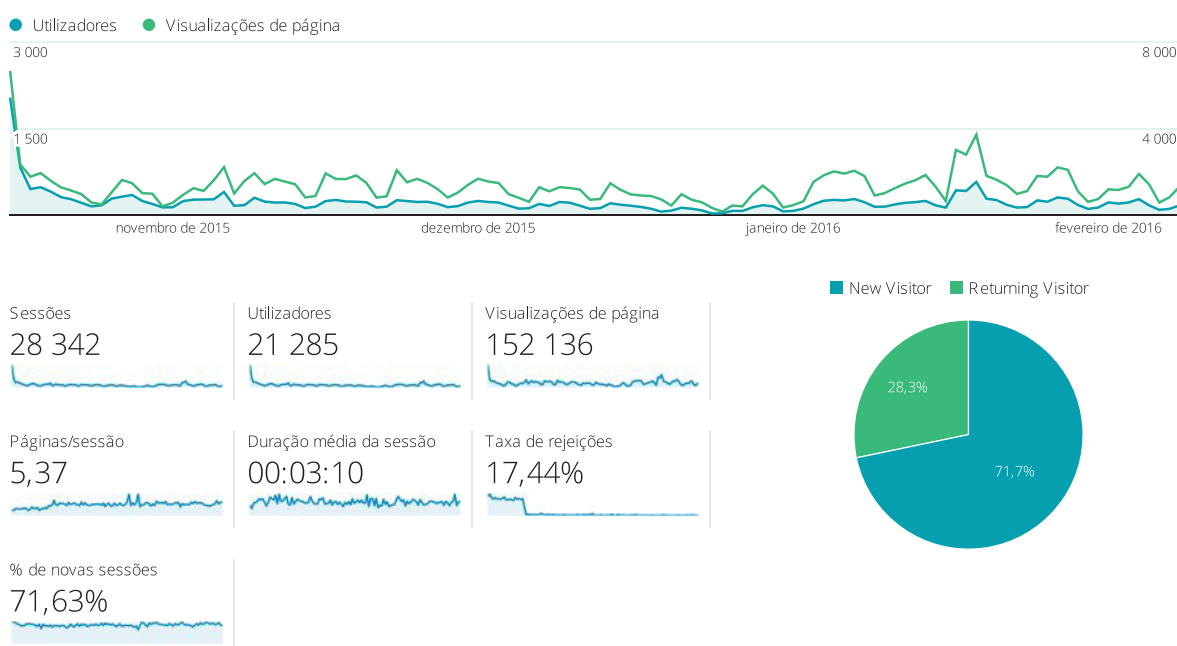
Página	Visualizações de página	Visualizações de página únicas	Tempo médio na página	Entradas	Taxa de rejeições	% de saídas	Valor da Página
	517 860 % do total: 100,00% (517 860)	416 209 % do total: 100,00% (416 209)	00:01:19 Média por visualização de propriedade: 00:01:19 (0,00%)	212 180 % do total: 100,00% (212 180)	69,27% Média por visualização de propriedade: 69,27% (0,00%)	40,97% Média por visualização de propriedade: 40,97% (0,00%)	0,00 US \$ % do total: 0,00% (0,00 US \$)
1. /	89 483 (17,28%)	58 899 (14,15%)	00:01:18	53 513 (25,22%)	32,92%	29,89%	0,00 US \$ (0,00%)
2. /dicas/	21 747 (4,20%)	15 103 (3,63%)	00:00:29	1 203 (0,57%)	34,33%	10,59%	0,00 US \$ (0,00%)
3. /comer-barato/	18 721 (3,62%)	12 970 (3,12%)	00:00:22	554 (0,26%)	37,55%	7,50%	0,00 US \$ (0,00%)
4. /receitas/	18 534 (3,58%)	14 025 (3,37%)	00:00:27	812 (0,38%)	53,08%	15,18%	0,00 US \$ (0,00%)
5. /noticias/linhas-de-orientacao-para-uma-alimentacao-vegetariana-saudavel/	15 787 (3,05%)	13 521 (3,25%)	00:03:11	8 741 (4,12%)	84,53%	73,97%	0,00 US \$ (0,00%)
6. /alimentacao-escolar/	13 680 (2,64%)	9 480 (2,28%)	00:00:28	479 (0,23%)	39,67%	11,88%	0,00 US \$ (0,00%)
7. /noticias/cartaz-porcoes-diaras-recomendadas-segundo-a-nova-roda-dos-alimentos/	12 377 (2,39%)	10 167 (2,44%)	00:02:42	8 258 (3,89%)	76,39%	66,03%	0,00 US \$ (0,00%)
8. /o-que-e-o-nutrimento/	12 148 (2,35%)	10 440 (2,51%)	00:00:53	1 458 (0,69%)	62,35%	25,52%	0,00 US \$ (0,00%)
9. /noticias/dez-recomendacoes-para-perder-peso-de-forma-saudavel/	11 526 (2,23%)	11 120 (2,67%)	00:02:47	10 365 (4,89%)	94,79%	89,54%	0,00 US \$ (0,00%)
10. /noticias/	8 805 (1,70%)	6 406 (1,54%)	00:00:36	697 (0,33%)	49,50%	14,13%	0,00 US \$ (0,00%)

Fonte: DGS, 2015

O sítio do PNPAS www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

O sítio do PNPAS foi recentemente reformulado, tendo reiniciado a sua atividade a 16 de outubro

de 2015. Em poucos meses após o relançamento, acederam a este espaço 21 285 utilizadores com 152 136 visualizações de página. Os novos visitantes representam 71,7% dos utilizadores e 28,3% retornam ao sítio.

FIGURA 2 SÍTIO DO PNPAS - PERFIL DOS UTILIZADORES E MODELO DE UTILIZAÇÃO

Fonte: DGS, 2016

Relativamente ao país de origem das sessões, verifica-se que 91,72% (n=25 996) são em Portugal, 3,70% (n=1 048) no Brasil e 0,58% (n=165) no Reino Unido.

Dos conteúdos presentes no sítio, a *homepage* reuniu o maior número de visualizações – 41 990 (27,60%) –, seguida do separador “Receitas” com 5 156 visualizações (3,39%) e do separador “Alimentos” com 4 031 visualizações (2,65%).

QUADRO 3 PERFIL DE UTILIZAÇÃO DO SÍTIO DO PNPAS

Página	Visualizações de página	Visualizações de página únicas	Tempo médio na página	Entradas	Taxa de rejeições	% de saídas	Valor da Página
	152 136 % do total: 100,00% (152 136)	70 576 % do total: 100,00% (70 576)	00:00:44 Média por visualização de propriedade: 00:00:44 (0,00%)	28 341 % do total: 100,00% (28 341)	17,44% Média por visualização de propriedade: 17,44% (0,00%)	18,63% Média por visualização de propriedade: 18,63% (0,00%)	0,00 US\$ % do total: 0,00% (0,00 US\$)
1. /	41 990 (27,60%)	18 750 (26,57%)	00:00:53	18 033 (63,63%)	19,39%	29,50%	0,00 US\$ (0,00%)
2. /receitas/	5 156 (3,39%)	2 154 (3,05%)	00:00:29	404 (1,43%)	10,64%	9,17%	0,00 US\$ (0,00%)
3. /alimentos/	4 031 (2,65%)	1 468 (2,08%)	00:00:16	81 (0,29%)	9,88%	4,49%	0,00 US\$ (0,00%)
4. /biblioteca/saude-e-doenca-alimentacao-saudavel/	2 943 (1,93%)	1 446 (2,05%)	00:01:12	137 (0,48%)	10,95%	20,83%	0,00 US\$ (0,00%)
5. /recurso/	2 939 (1,93%)	1 398 (1,98%)	00:00:41	115 (0,41%)	20,87%	9,63%	0,00 US\$ (0,00%)
6. /ambientes-saudaveis/escolas/	2 690 (1,77%)	1 381 (1,96%)	00:01:11	551 (1,94%)	17,06%	28,88%	0,00 US\$ (0,00%)
7. /biblioteca/dm-o-que-e/	2 602 (1,71%)	1 262 (1,79%)	00:01:03	194 (0,68%)	12,89%	15,07%	0,00 US\$ (0,00%)
8. /cartazes-e-manuais-de-referencia/	2 570 (1,69%)	1 136 (1,61%)	00:01:18	509 (1,80%)	2,35%	27,78%	0,00 US\$ (0,00%)
9. /pnpas/	2 283 (1,50%)	1 023 (1,45%)	00:00:33	711 (2,51%)	9,70%	17,39%	0,00 US\$ (0,00%)
10. /receitas/? pag=2&search=&recipies=&aliments=&pathologies=	2 190 (1,44%)	890 (1,26%)	00:00:19	19 (0,07%)	10,53%	4,38%	0,00 US\$ (0,00%)

Fonte: DGS, 2016

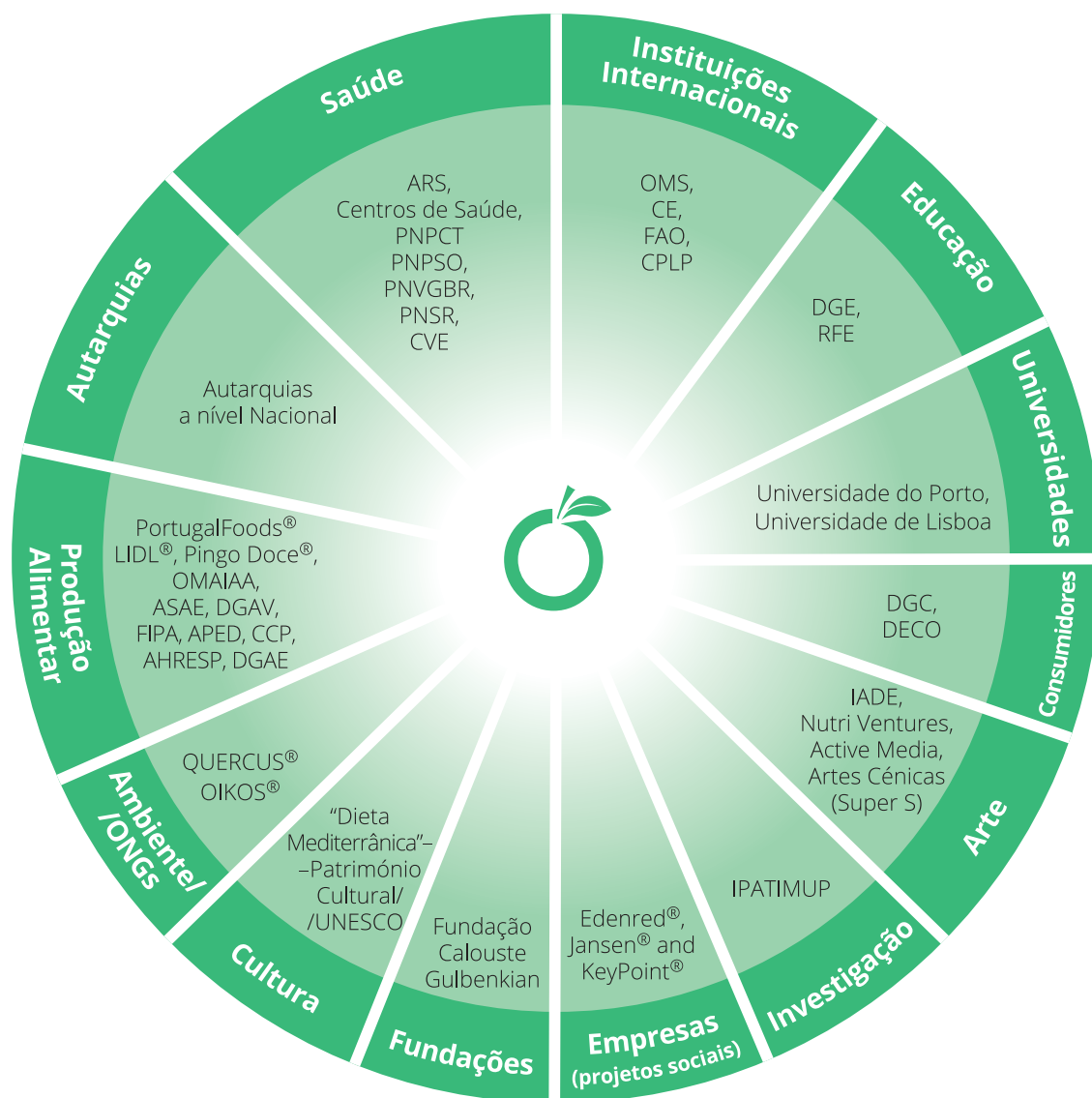
1.6. Atividades de colaboração intersetorial

Um dos objetivos do PNPAS é a identificação e o desenvolvimento de ações transversais com outros setores da sociedade, nomeadamente da agricultura, do desporto, do ambiente, da edu-

cação, das autarquias e da segurança social. Ao longo do período de 2012-2015 foram desenvolvidas várias destas ações, descritas pela primeira vez neste relatório (Fig. 3).

FIGURA 3

AÇÕES TRANSVERSAIS PNPAS



Fonte: DGS, 2016

2. CONSUMO ALIMENTAR

A informação sobre o consumo alimentar de uma população permite identificar quem se encontra em risco nutricional possibilitando uma intervenção pública adequada, mas também, em caso de risco de saúde pública (por ex. contaminação, ambiental, natural), uma capacidade de análise e atuação mais eficaz.

A forma mais correta de avaliar a adequação nutricional de uma população é através da recolha direta e individual de informação sobre ingestão

alimentar a grupos populacionais e amostras representativas da mesma. O último Inquérito Alimentar Nacional (IAN) com recolha direta e metodologia considerada adequada, a nível europeu, data de 1980. Quando tal não é possível, são utilizados métodos indiretos que nos indicam as disponibilidades alimentares ou os gastos das famílias em bens alimentares – dados recolhidos regularmente pelas instituições nacionais como o INE que recolhem e produzem informação estatística.

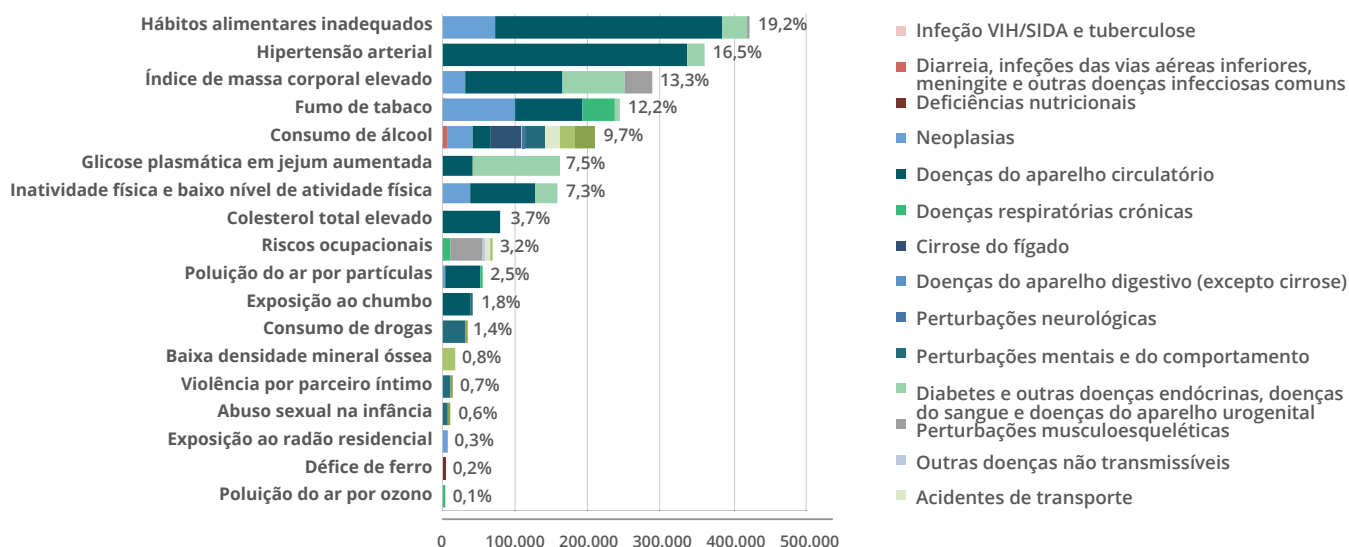
2.1. Consumo alimentar e saúde

De acordo com as estimativas efetuadas no âmbito da iniciativa GBD – *Global Burden of Disease* (The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)), em 2014, os hábitos alimentares inadequados foram o fator de risco que mais contribuiu para o total de anos de vida saudável perdi-

dos pela população portuguesa (19%), seguidos da hipertensão arterial (17%) e índice de massa corporal elevado (13%), expressos em DALY (*Disability Adjusted Life Years* - 1 DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável) (Fig 4).

FIGURA 4

FATORES DE RISCO ORDENADOS POR PESO NA CARGA DE DOENÇA (DALY EM VALOR ABSOLUTO E %) SEGUNDO AS DOENÇAS ASSOCIADAS, AMBOS OS SEXOS, PORTUGAL, 2010



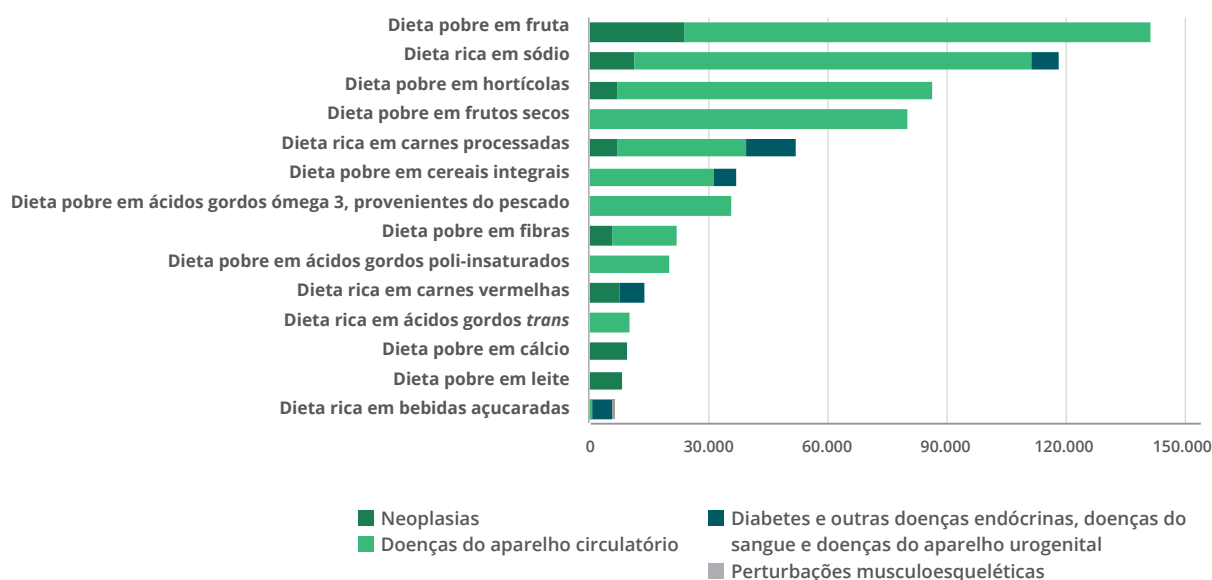
Fonte: Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014. Disponível em <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>, consultado em setembro de 2015

A promoção de hábitos alimentares saudáveis é essencial para a prevenção do desenvolvimento de doenças. De acordo com os valores encontrados, padrões alimentares pobres em fruta, ricos

em sódio ou pobres em hortícolas, são os principais responsáveis para a perda de anos de vida saudável (Fig. 5).

FIGURA 5

ESTIMATIVAS DA CARGA GLOBAL DE DOENÇA ATRIBUÍVEL A HÁBITOS ALIMENTARES INADEQUADOS, EXPRESSA EM DALY, PORTUGAL, 2010



Fonte: Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014. Disponível em <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>, consultado em setembro de 2015

2.2. Disponibilidade alimentar

Antes de se fazer a comparação das disponibilidades diárias *per capita*, ao longo do período 2009-2014, nos diferentes grupos alimentares da Balança Alimentar Portuguesa disponibilizada pelo INE, apresentamos um primeiro quadro sobre o grau de autoaprovisionamento de produtos alimentares em Portugal.

Por autoaprovisionamento alimentar de um país entende-se “a capacidade para satisfazer as necessidades de consumo de bens alimentares da sua população através da sua produção interna e/ou da importação de bens alimentares financiados pelas correspondentes exportações”.

De acordo com o INE, Portugal continua incapaz de ser autossuficiente em cereais, açúcar e leguminosas secas e em menor escala em carnes. Em 2014 registou-se um aumento no autoaprovisionamento de certos produtos alimentares (Quadro 4), como os ovos e os alimentos do grupo do leite e derivados (+5,1% e +2,4%, face a 2013). Outros produtos alimentares como o arroz, raízes e tubérculos e frutos registaram, igualmente, um aumento em 2013/2014 face a 2012/2013. Pelo contrário, o autoaprovisionamento da carne e miudezas comestíveis diminuiu 1,9% em 2014.

QUADRO 4 GRAU DE AUTOAPROVISIONAMENTO (%) DE PRODUTOS ALIMENTARES (BALANÇOS DE MERCADO) POR TIPO DE PRODUTO ALIMENTAR; ANUAL (2009/2010 A 2013/2014)

TIPO DE PRODUTO ALIMENTAR (ANO CAMPANHA)	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014
Cereais	21,4	18,8	21,5	22,1	25,5
Arroz semi-branqueado e branqueado	92,8	98,3	95,2	95,2	97,0
Raízes e tubérculos (batata)	46,3	39,4	41,4	44,8	48,3
Açúcares	1,1	1,3	1,6	1,1	1,1
Leguminosas secas	10,9	12,7	10,4	10,7	10,7
Mel	100,0	116,7	100,0	100,0	100,0
Frutos (maçã, pera, pêssago, uva de mesa e laranja)	90,2	87,6	103,8	91,2	97,0
Frutos (frescos, secos, secados e citrinos)	67,8	63,4	74,8	70,4	76,8
ANO CIVIL	2010	2011	2012	2013	2014
Carne e miudezas comestíveis	71,1	73,0	76,0	74,1	72,2
Ovos	100,0	107,0	103,4	107,7	112,8
Leite e derivados do leite	89,7	91,7	93,8	94,4	96,8
Gorduras e óleos vegetais brutos	15,7	16,1	14,2	20,0	-

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

Em relação aos géneros alimentícios disponíveis para consumo humano (Quadro 5), a disponibilidade de cereais, de frutos e de raízes e tubérculos aumentou em 2013/2014, face a 2012/2013. Entre 2013 e 2014, o grupo do leite e derivados sofreu uma diminuição de 2,6% na sua disponi-

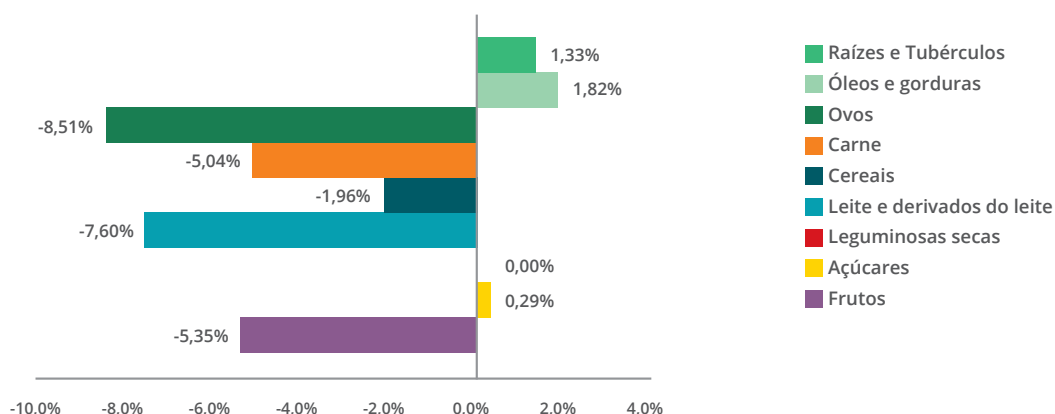
bilidade. De registar a redução consecutiva da disponibilidade do leite e seus derivados desde 2009 e a baixa e estável disponibilidade de leguminosas ao longo dos últimos 5 anos, apesar da divulgação regular das suas vantagens nutricionais e fornecimento de proteína a baixo custo.

QUADRO 5 DISPONIBILIDADE DE PRODUTOS ALIMENTARES PARA CONSUMO HUMANO *PER CAPITA* (Kg/hab.) POR TIPO DE PRODUTO ALIMENTAR; ANUAL (2009/2010 A 2013/2014)

TIPO DE PRODUTO ALIMENTAR (ANO CAMPANHA)	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014*
Arroz semi-branqueado e branqueado	15,5	16,3	15,5	15,6	15,9
Raízes e tubérculos (batata)	90,2	87,0	84,4	89,6	91,4
Leguminosas secas	4,0	3,8	3,4	3,9	4,0
Grão seco	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1
Feijão seco	3,1	2,9	2,5	2,9	2,9
Cereais	132,8	131,2	130,7	128,9	130,2
Açúcares	34,3	34,6	34,1	34,0	34,4
Frutos (frescos, secos, secados e citrinos)	117,8	114,6	111,5	98,3	111,5
Mel	0,7	0,6	0,8	0,7	0,9
ANO CIVIL	2010	2011	2012	2013	2014 *
Carne e miudezas comestíveis	113,5	110,4	105,9	105,5	108,1
Ovos	9,4	8,3	8,5	8,6	8,6
Leite e derivados do leite	131,6	129,3	126,5	124,2	121,6
Óleos e gorduras	22,0	22,2	22,2	22,4	-

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015; *Dado provisório para valores do último período/ano

FIGURA 6

VARIAÇÃO DAS DISPONIBILIDADES PARA CONSUMO HUMANO PER CAPITA, (2009/2010 VS. 2013/2014)


Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

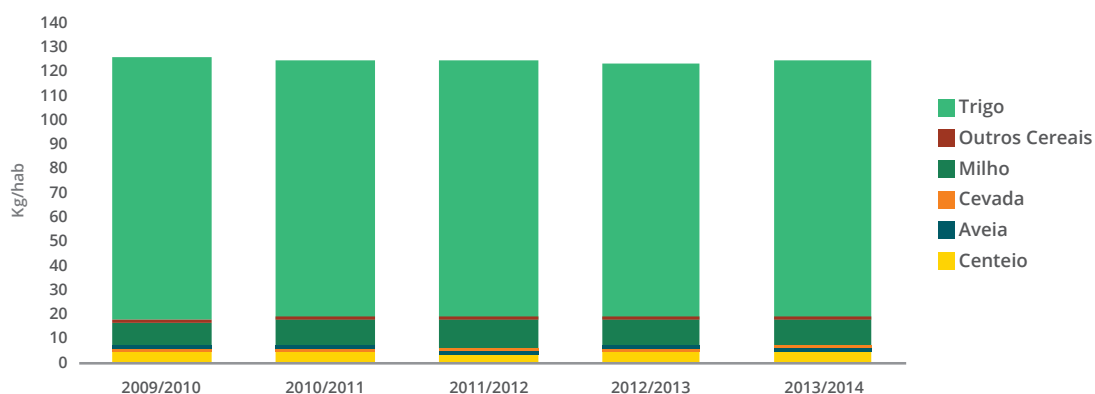
QUADRO 6

DISPONIBILIDADE DE CEREAIS PARA CONSUMO HUMANO PER CAPITA (Kg/hab.) POR TIPO DE CEREAL; ANUAL (2009/2010 A 2013/2014)

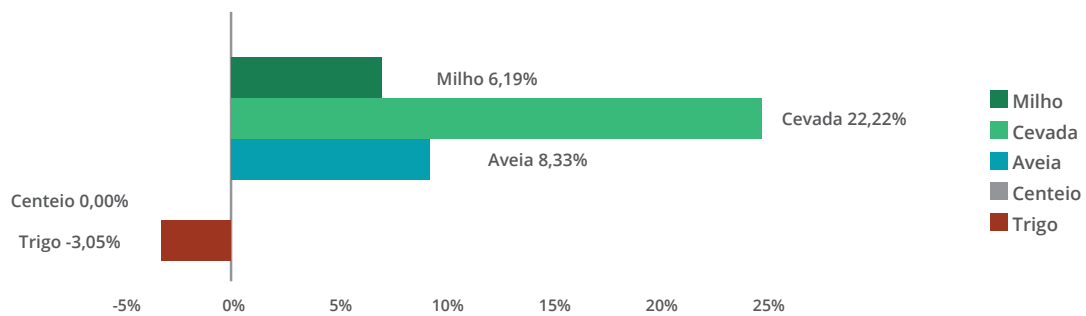
DISPONIBILIDADE DE CEREAIS PARA CONSUMO HUMANO PER CAPITA (Kg/hab.) POR TIPO DE CEREAL	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014
Trigo	114,6	112,4	112,1	110,1	111,1
Centeio	4,5	4,4	4,3	4,5	4,5
Aveia	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3
Cevada	0,9	1,1	1,0	1,0	1,1
Milho	11,3	11,8	11,9	11,9	12,0
Outros cereais	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Total de cereais	132,8	131,2	130,7	128,9	130,2

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

FIGURA 7

EVOLUÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CEREAIS PARA CONSUMO HUMANO PER CAPITA (Kg/hab.) POR TIPO DE CEREAL; ANUAL (2009/2010 A 2013/2014)


Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

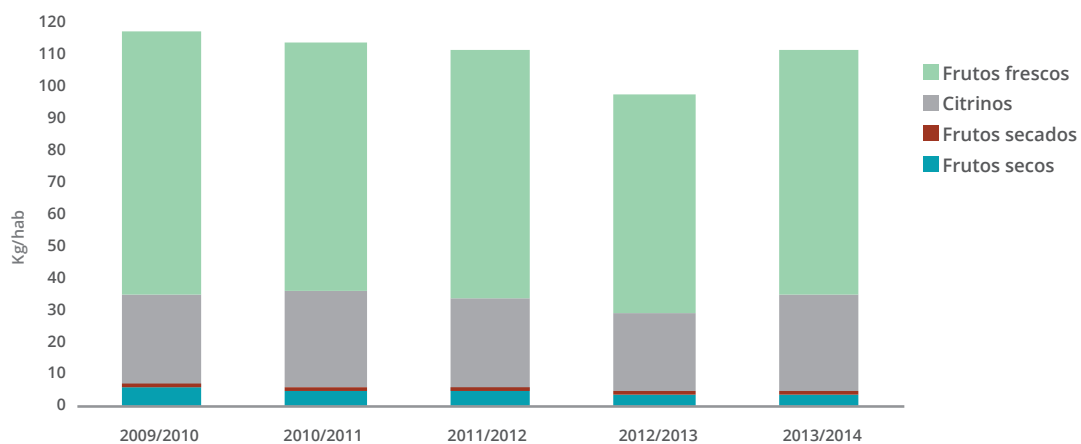
FIGURA 8 VARIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE POR TIPO DE CEREAL (Kg/hab.); (2009/2010) VS (2013/2014)

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

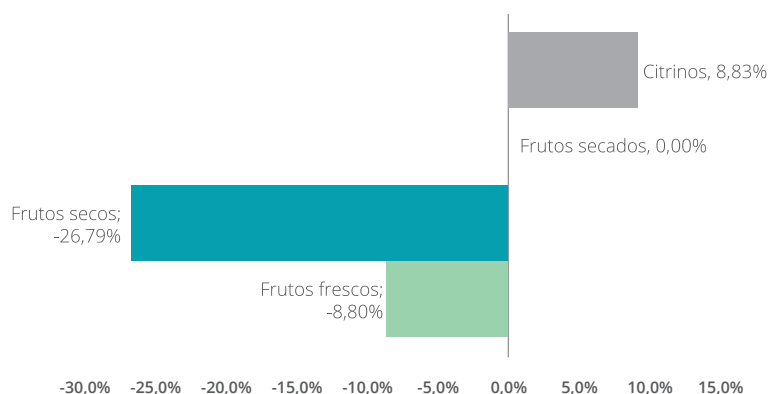
QUADRO 7 DISPONIBILIDADE DE PRODUTOS ALIMENTARES PARA CONSUMO HUMANO *PER CAPITA* (Kg/hab.) POR TIPO DE PRODUTO ALIMENTAR; ANUAL (2009/2010 A 2013/2014)

CONSUMO HUMANO DE FRUTOS <i>PER CAPITA</i> (Kg/hab.) POR ESPÉCIE FRUTÍCOLA	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014
Frutos frescos	83,0	77,7	77,7	68,7	75,7
Frutos secos	5,6	5,4	4,7	3,8	4,1
Frutos secados	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9
Citrinos	28,3	30,7	28,3	25,0	30,8
Total de frutos	117,8	114,6	111,5	98,3	111,5

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

FIGURA 9 EVOLUÇÃO DO CONSUMO HUMANO DE FRUTOS *PER CAPITA* (Kg/hab.) POR ESPÉCIE FRUTÍCOLA; ANUAL (2009/2010 A 2013/2014)

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

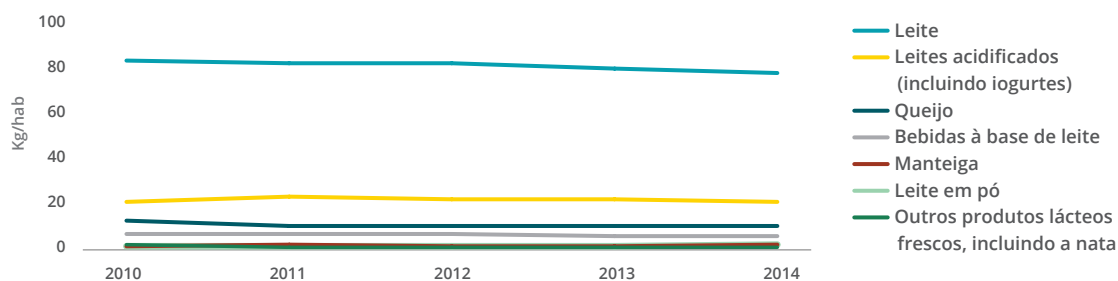
FIGURA 10 VARIACÃO DA DISPONIBILIDADE POR ESPÉCIE FRUTÍCOLA (Kg/hab.); (2009/2010) VS (2013/2014)

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

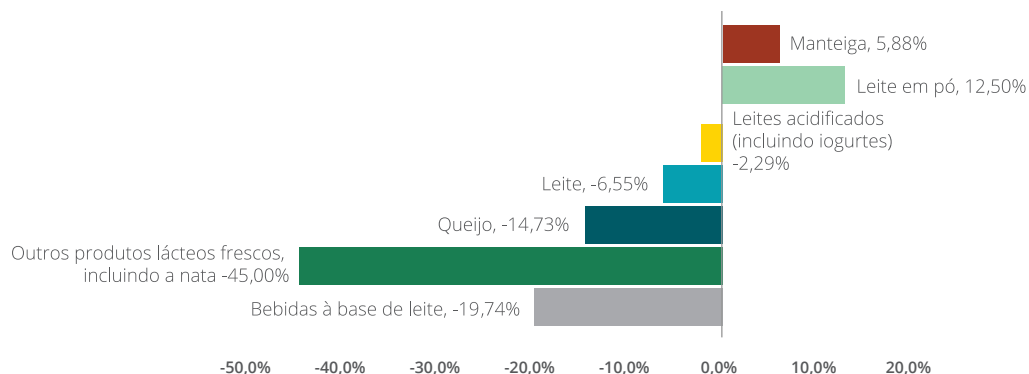
QUADRO 8 EVOLUÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE LEITE E DERIVADOS PARA CONSUMO HUMANO *PER CAPITA* (Kg/hab.) POR TIPO DE LEITES E PRODUTOS LÁCTEOS; ANUAL (2010 A 2014)

DISPONIBILIDADE DE LEITE E DERIVADOS <i>PER CAPITA</i> (Kg/hab.) POR TIPO DE LEITES E PRODUTOS LÁCTEOS	2010	2011	2012	2013	2014
Leite	84,0	83,0	82,7	80,2	78,5
Leites acidificados (incluindo iogurtes)	21,8	23,2	22,2	22,5	21,3
Bebidas à base de leite	7,6	7,6	6,8	6,2	6,1
Outros produtos lácteos frescos, incluindo a nata	2,0	1,4	1,2	1,5	1,1
Leite em pó	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8
Manteiga	1,7	1,9	1,6	1,7	1,8
Queijo	12,9	10,5	10,3	10,4	11,0
Total de leite e derivados	131,6	129,3	126,5	124,2	121,6

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

FIGURA 11 EVOLUÇÃO DA DISPONIBILIDADE PARA CONSUMO HUMANO DE LEITES E PRODUTOS LÁCTEOS *PER CAPITA* (Kg/hab.); ANUAL (2010 A 2014)

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

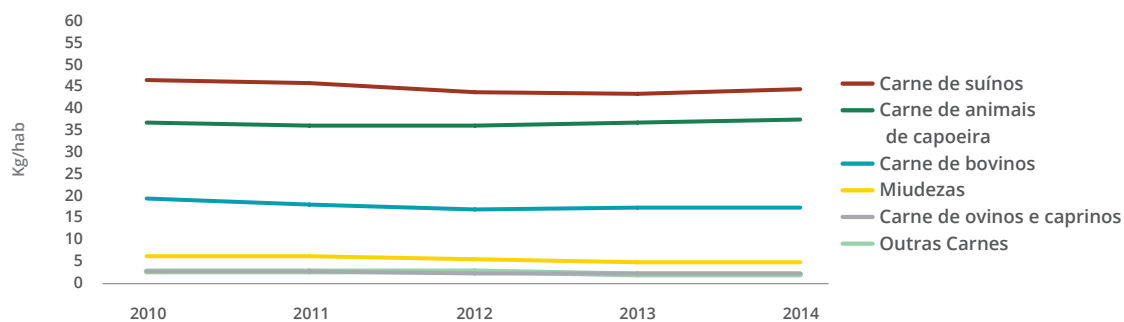
FIGURA 12 VARIACÃO DA DISPONIBILIDADE POR TIPO DE LEITES E PRODUTOS LÁCTEOS (Kg/hab.), (2010/2014)


Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

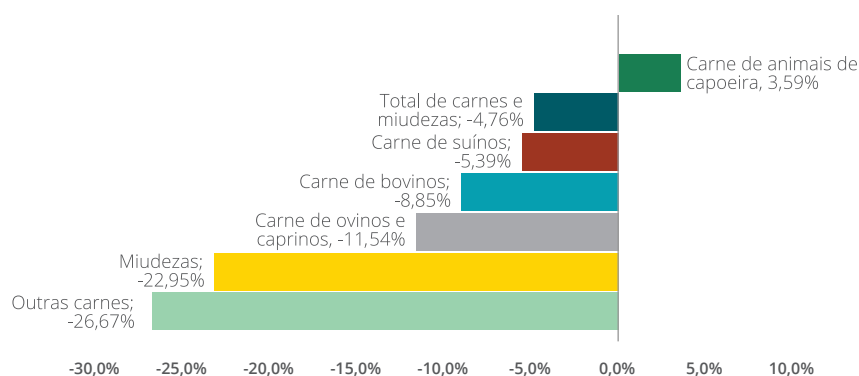
QUADRO 9 DISPONIBILIDADE PARA CONSUMO HUMANO DE CARNE *PER CAPITA* (Kg/hab.) POR TIPO DE CARNE; ANUAL (2010 A 2014)

CONSUMO HUMANO DE CARNE <i>PER CAPITA</i> (Kg/hab.) POR TIPO DE CARNE	2010	2011	2012	2013	2014
Carne de bovinos	19,2	18,1	16,8	16,9	17,5
Carne de suínos	46,4	45,7	43,3	43,0	43,9
Carne de ovinos e caprinos	2,6	2,6	2,4	2,4	2,3
Carne de animais de capoeira	36,2	35,5	35,7	36,4	37,5
Outras carnes	3,0	2,6	2,5	1,9	2,2
Miudezas	6,1	5,9	5,2	4,9	4,7
Total de carnes e miudezas	113,5	110,4	105,9	105,5	108,1

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

FIGURA 13 EVOLUÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CARNE *PER CAPITA* (Kg/hab.) POR TIPO DE CARNE; ANUAL (2010 A 2014)


Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

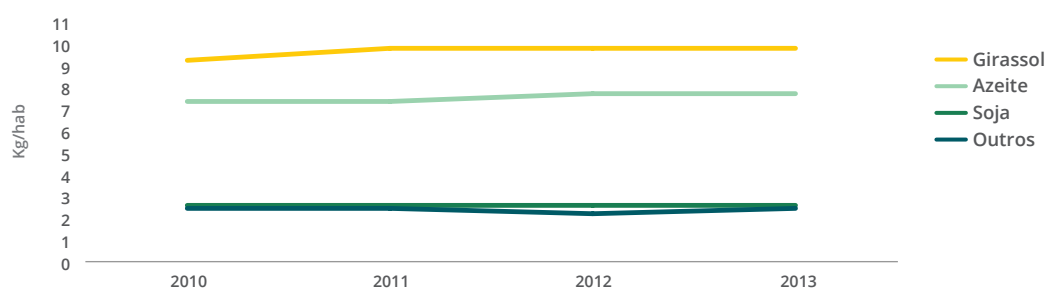
FIGURA 14 VARIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE POR TIPO DE CARNE (Kg/hab.); 2010/2014

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

QUADRO 10 DISPONIBILIDADE PARA CONSUMO HUMANO DE GORDURAS E ÓLEOS VEGETAIS BRUTOS *PER CAPITA* (Kg/hab.) POR TIPO DE GORDURAS E ÓLEOS VEGETAIS; ANUAL (2010 A 2013)

CONSUMO HUMANO DE GORDURAS E ÓLEOS VEGETAIS BRUTOS <i>PER CAPITA</i> (Kg/hab.) POR TIPO DE GORDURA E ÓLEOS VEGETAIS	2010	2011	2012	2013
Girassol	9,3	9,8	9,8	9,9
Soja	2,6	2,6	2,6	2,6
Azeite	7,4	7,4	7,8	7,7
Outros	2,5	2,4	2,2	2,4
Total de gorduras e óleos vegetais	22,0	22,2	22,2	22,4

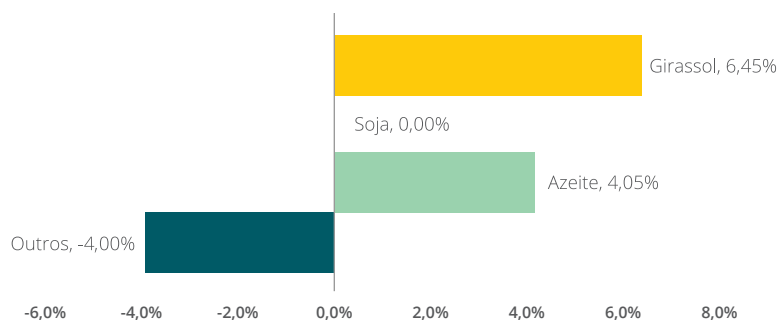
Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

FIGURA 15 EVOLUÇÃO DA DISPONIBILIDADE (Kg/hab.) POR TIPO DE GORDURAS E ÓLEOS VEGETAIS; ANUAL (2010 A 2013)

Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

FIGURA 16

VARIACÃO DA DISPONIBILIDADE POR TIPO DE GORDURAS E ÓLEOS VEGETAIS (Kg/hab.); 2010/2013



Fonte: INE, Balanços de Aprovisionamento, dezembro 2015

2.3. Consumo de sal pelos portugueses

O consumo excessivo de sal pela população é um dos maiores riscos de Saúde Pública em Portugal, tornando-se urgente propor medidas para a sua redução. Pequenas reduções no consumo podem trazer grandes benefícios para a saúde das populações, não só ao nível das doenças cardiovasculares, mas também ao nível de outras doenças crónicas prevalentes em Portugal. Para atingir estes objetivos, podem ser utilizadas com sucesso estratégias ao nível da informação/educação do consumidor e da oferta dos produtos alimentares, nomeadamente através da reformulação da sua composição nutricional.

Para além do compromisso com a indústria e com o setor da restauração, o PNPAS tem trabalhado em estreita parceria com o Ministério da Educação para uma menor oferta de sal nas refeições escolares e na redução da oferta de alimentos com teores elevados de sal disponibilizados nos bufetes escolares.

O PNPAS apoiou, ainda, o desenvolvimento pela Universidade do Porto, de uma ferramenta inova-

dora para a medição do sal nos alimentos.

Recentemente, Portugal fez um grande investimento e está, atualmente, num processo de produção de informação que permitirá no final de 2016 (resultante de avaliação da ingestão de sal através de inquéritos epidemiológicos em curso e de análise dos produtos alimentares produzidos em Portugal) ter resultados de qualidade como nunca teve sobre a ingestão e disponibilidade de sal por parte dos portugueses.

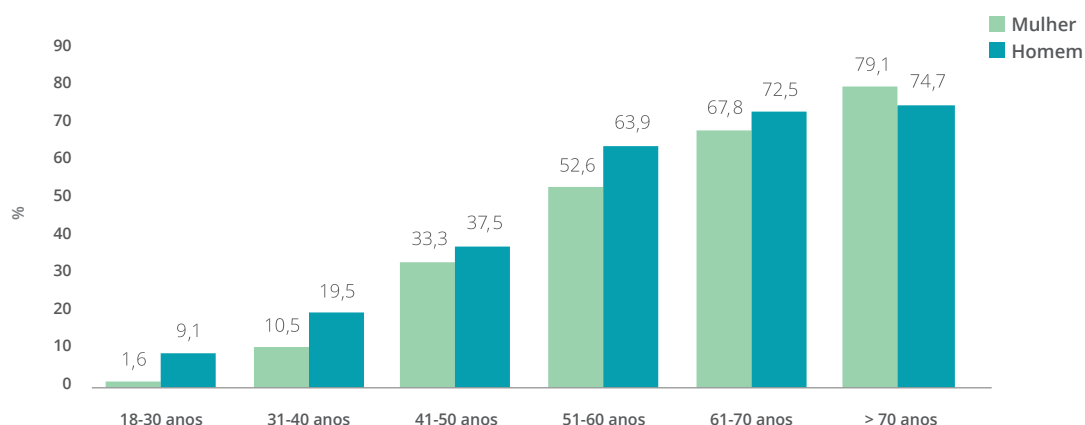
Os dados que agora se apresentam resultam de trabalhos já produzidos a nível nacional entre 2010-2015. Para o estudo PHISA – *Portuguese Hypertension and Salt Study*, foi considerada uma amostra de 3720 indivíduos representando uma população de Portugal Continental para 2011/2012, com base nos Censos de 2001. Este estudo foi efetuado através dos centros de saúde entre novembro de 2011 e dezembro de 2012, tendo por base uma análise de urina de 24 horas, sendo a amostra composta por 1765 homens e 1955 mulheres.

QUADRO 11

PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO POR SEXO E GRUPO ETÁRIO NA POPULAÇÃO ADULTA, PORTUGAL, 2012

SEXO/IDADE	18-30 ANOS	31-40 ANOS	41-50 ANOS	51-60 ANOS	61-70 ANOS	>70 ANOS
Mulher	1,6	10,5	33,3	52,6	67,8	79,1
Homem	9,1	19,5	37,5	63,9	72,5	74,7

Fonte: Estudo PHISA- Portuguese Hypertension and salt study, realizado entre nov 2011 e dez 2012.

FIGURA 17 PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL CONTINENTAL, 2012

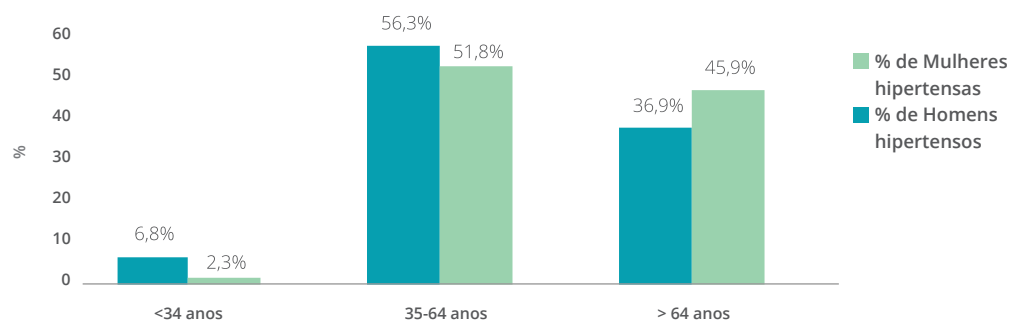
Fonte: Estudo PHISA- Portuguese Hypertension and salt study, realizado entre nov 2011 e dez 2012.

QUADRO 12 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES (n=3720) POR EXAME DA AMOSTRA, PORTUGAL CONTINENTAL, 2012

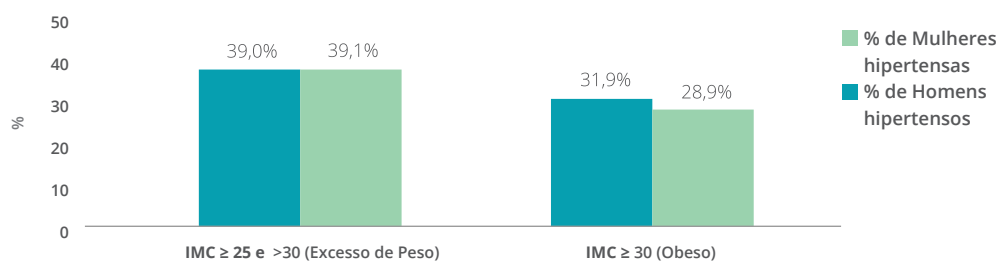
VARIÁVEL	Homens			Mulheres	
	TOTAL HM	TOTAL	HTs, n (%)	TOTAL	HTs, n (%)
Total	3.720	1.765	783 (44,4%)	1955	785 (40,2%)
Idade (anos)					
<34 anos	1.046	525	53 (6,8%)	521	18 (2,3%)
35-64 anos	1.808	854	441 (56,3%)	954	407 (51,8%)
>64	866	386	289 (36,9%)	480	360 (45,9%)
IMC					
IMC ≥25 e >30 (Excesso de peso)	574	574	305 (39,0%)	581	307 (39,1%)
IMC ≥30 (Obeso)	361	361	250 (31,9%)	399	227 (28,9%)
Urina com excreção de sódio (mmol/24 horas) média ± DP		185,6 ±66,7	189,5 ±65,1	176,6 ±63,9	182,1 ±63,9
Urina com excreção de potássio (mmol/24 horas) média ± DP		76,4 ±66,8	77,6 ±26,5	75,4 ±25,7	77,4 ±26,0

HM – Homens e mulheres; HTs – paciente hipertenso; DP – desvio padrão

Fonte: Estudo PHISA- Portuguese Hypertension and salt study, realizado entre nov 2011 e dez 2012.

FIGURA 18 PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO POR GRUPO ETÁRIO E SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL, 2012

Fonte: Estudo PHISA- Portuguese Hypertension and salt study, realizado entre nov 2011 e dez 2012.

FIGURA 19 PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO DE ACORDO COM IMC, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL, 2012

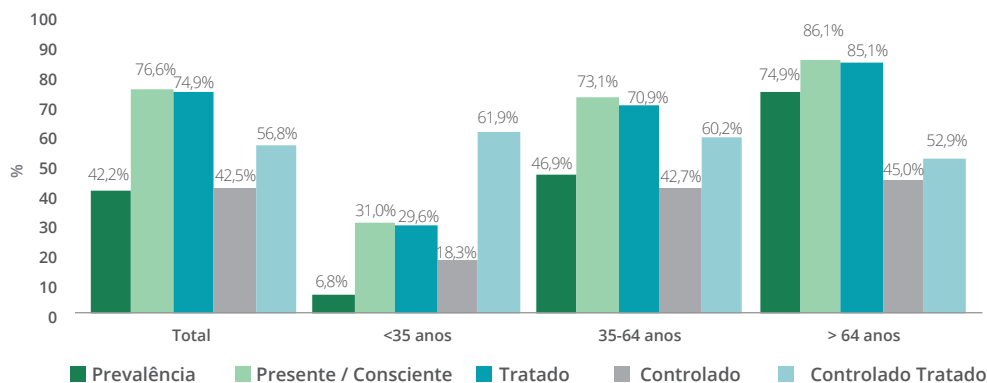
Fonte: Estudo PHISA- Portuguese Hypertension and salt study, realizado entre nov 2011 e dez 2012.

QUADRO 13 PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO E PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS CONSCIENTES DA SUA HIPERTENSÃO, TRATADOS E/OU CONTROLADOS, NA POPULAÇÃO ADULTA, ENTRE OS 18 E OS 90 ANOS

VARIÁVEL	PREVALÊNCIA	CONSCIENTE	TRATADO	CONTROLADO	CONTROLADO TRATADO
Total	42,2%	76,6%	74,9%	42,5%	56,8%
n	1.568/3.720	1.201/1.568	1.174/1.568	667/1.568	667/1.174
<35 anos	6,8%	31,0%	29,6%	18,3%	61,9%
n	71/1047	22/72	21/72	13/71	13/21
35-64 anos	46,9%	73,1%	70,9%	42,7%	60,2%
n	848/1.808	620/848	601/848	362/848	362/601
>64	74,9%	86,1%	85,1%	45,0%	52,9%
n	649/866	559/649	552/649	292/649	292/552
% Total em 2003	42,1%	45,7%	38,9%	11,2%	28,6%

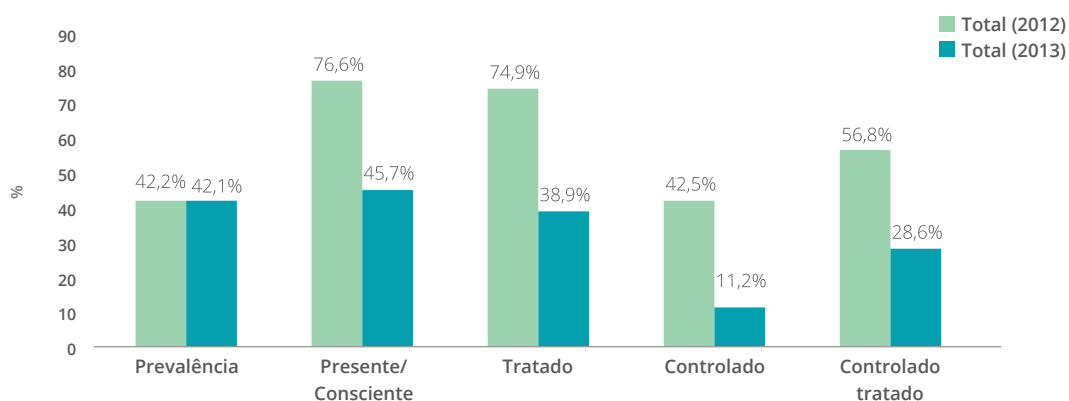
Fonte: Estudo PHISA- Portuguese Hypertension and salt study, realizado entre nov 2011 e dez 2012.

FIGURA 20

PERCENTAGEM DA PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO E DE INDIVÍDUOS CONSCIENTES DA SUA HIPERTENSÃO, TRATADOS E/OU CONTROLADOS, NA POPULAÇÃO ADULTA, POR GRUPO ETÁRIO


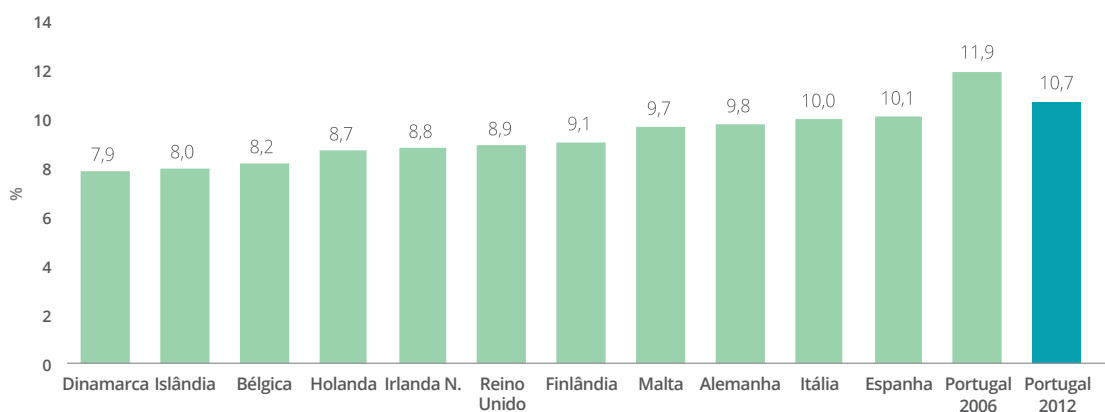
Fonte: Estudo PHISA- Portuguese Hypertension and salt study, realizado entre nov 2011 e dez 2012.

FIGURA 21

COMPARAÇÃO DA PERCENTAGEM DA PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO E DE INDIVÍDUOS CONSCIENTES DA SUA HIPERTENSÃO, TRATADOS E/OU CONTROLADOS, 2003/2012


Fonte: Estudo PHISA- Portuguese Hypertension and salt study, realizado entre nov 2011 e dez 2012.

FIGURA 22

INGESTÃO DE SAL EM 2012 (COMPARAÇÃO COM 2006 E COM OUTROS PAÍSES EUROPEUS)


Fonte: Estudo PHISA- Portuguese Hypertension and salt study, realizado entre nov 2011 e dez 2012; Meneton P et al. Physiol Rev 2005 – 85: 679; Polonia J et al. Rev Port Cardiol 2006 – 25: 801

QUADRO 14 MÉDIA DE CONSUMO E PREVALÊNCIA DA INADEQUAÇÃO DA INGESTÃO (%) DE SAL

FAIXA ETÁRIA	SEXO (n)	SAL (g/Dia)	% INADEQUAÇÃO ^(a)
8-9 ^(b)	Masculino (159)	6,8 ± 2,4	74%
	Feminino (139)	6,1 ± 1,9	70%
13-17 ^(c)	Masculino (82)	9,6 ± 3,7	84%
	Feminino (118)	7,9 ± 3,5	72%
18-90 ^(d)	Masculino (1234)	10,9 ± 3,9	Dados não disponíveis
	Feminino (1344)	10,5 ± 3,7	Dados não disponíveis

a) De acordo com o limite máximo de ingestão recomendado pelo Food and Nutrition Board ($\leq 4,8$ g de sal/dia para idades entre os 4 a 8 anos e $\leq 5,6$ g sal/dia para idades entre os 9 a 13 anos de idade).

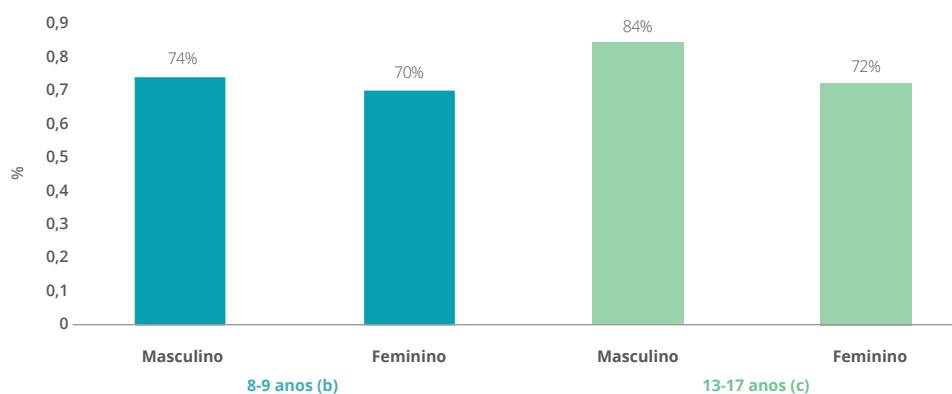
b) Fonte: CORREIA-COSTA, Liane *et al.* (2015)

c) Fonte: GONÇALVES, Carla *et al.* (2015)

d) Fonte: POLONIA, Jorge *et al.* (2014)

No quadro 14 e figura 23 pode-se observar que o consumo excessivo de sal não se restringe apenas à população adulta. Esta situação também se

verifica em crianças e adolescentes cujas percentagens de inadequação de consumo de sal são elevadas.

FIGURA 23 PERCENTAGEM DE INADEQUAÇÃO^(a) DE CONSUMO DE SAL (%)

a) De acordo com o limite máximo de ingestão recomendado pelo Food and Nutrition Board ($\leq 4,8$ g de sal/dia para idades entre os 4 a 8 anos e $\leq 5,6$ g sal/dia para idades entre os 9 a 13 anos de idade).

b) Fonte: CORREIA-COSTA, Liane *et al.* (2015)

c) Fonte: GONÇALVES, Carla *et al.* (2015)

2.4. Modelos de intervenção para a redução da oferta do sal

Em junho de 2013 foi elaborada uma primeira estratégia para a redução do sal em Portugal via DGS/PNPAS e divulgada publicamente. A base dessa estratégia mantém-se atualmente. Da observação do que foi realizado ao longo destes 2 anos pode dizer-se o seguinte:

- Os dados entretanto obtidos apontam para que a oferta de sal seja feita, maioritariamente, através da confeção doméstica e da oferta na restauração quando se come fora de casa.
- Ao longo do ano de 2015, a maioria dos produtos alimentares embalados à venda em Portugal colocou na sua rotulagem a quantidade de sal oferecida, permitindo pela primeira vez uma capacidade de escolha e tomada de decisão ao consumidor como nunca até agora tivera.
- Contudo, a capacidade dos cidadãos lerem rótulos e tomarem decisões é ainda reduzida. A maioria dos trabalhos científicos nesta área sugere a necessidade de existirem processos facilitadores da tomada de decisão como a existência de informação por cores por exemplo.

Em 2015, foram realizadas reuniões e trabalhos de parceria com a indústria alimentar e restauração no sentido da oferta alimentar apresentar menor teor em sal. O despacho nº 8272/2015 de 29 de julho criou um grupo de trabalho interministerial para propor um conjunto de medidas para a redução do consumo do sal pela população, nomeadamente na área da disponibilidade alimentar. Este grupo foi constituído pelas seguintes entidades: Direção-Geral da Saúde (coordenador), AHRESP - Associação da Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal, APED - Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição, ASAE - Autoridade da Segurança Alimentar e Económica, CCP - Confederação de Comércio e Serviços de Portugal, DECO - Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor, DGAE - Direção-Geral das Atividades Económicas, DGAV - Direção-Geral de Alimentação e Veterinária, DGC - Direção-Geral do Consumidor, FIPA - Federação das Indústrias Portuguesas Agro-Alimentares e PortugalFoods.

O Grupo de trabalho apresentou as seguintes medidas:

1. Considera-se que a redução de sal é um assunto prioritário e que o excesso de consumo de sal é um importante problema de Saúde Pública. É por isso necessário definir metas de redução quantificáveis e monitorizáveis ao nível do consumo (população/consumidor) e da oferta (produtos alimentares e refeições à venda);
2. As questões da educação e informação direcionadas quer ao consumidor quer aos profissionais do setor deverão fazer parte das estratégias dos vários intervenientes nesta área para que, de forma integrada, acompanhem as ações ao nível da modificação da disponibilidade alimentar. Estas metas e ações devem ser monitorizadas e apresentadas anualmente;
3. De acordo com as recomendações da OMS e da CE, considera-se como meta a atingir a redução do consumo de sal entre 3% a 4% ao ano na população portuguesa, durante os próximos 4 anos, procurando alcançar a recomendação preconizada pela OMS para o consumo de sal de 5g per capita/dia a atingir até 2025.
4. Tendo por base evidência científica e Diretrizes da CE foram definidas como categorias a trabalhar prioritariamente no ano de 2015: grupo dos cereais, carnes e derivados de carne, refeições prontas para consumo, batatas fritas e outros snacks e molhos;
5. Estabelece-se como valor indicativo uma redução média anual de sal em 4% ao ano nas diferentes categorias de produtos alimentares disponibilizados e definidos anteriormente. Sendo uma média, admite-se que nem todas as categorias poderão conseguir atingir esse objetivo, por motivos tecnológicos, de segurança dos alimentos ou outros, devendo essa situação ser reportada;

6. Deverão ser consideradas como referência as boas práticas de vigilância da oferta de sal nos produtos alimentares à venda já utilizadas;
7. Na restauração a prioridade será dada a dois componentes da refeição: sopa e prato;
8. Fica definido atualizar e publicar a partir de janeiro de 2016, o Referencial de Boas Práticas Nutricionais para o setor da restauração;
9. O setor da restauração compromete-se a desenvolver todos os esforços para uma redução gradual e faseada no teor de sal na sopa e nas guarnições/acompanhamentos até ao valor de referência de 0,2g de sal/100g de alimento;
10. Até final de 2016, o setor da restauração compromete-se a iniciar esta redução, gradual e faseada, ao nível do sal adicionado ao produto final através dos seus métodos de preparação e confeção;
11. No final de 2016, o setor da restauração apresentará, com base nos resultados obtidos e resultantes de trabalho interno, uma proposta de ações, ajustada e exequível, que vise reduzir o teor de sal na componente proteica do prato e nos pratos compostos;
12. Entende-se ser necessária uma estratégia de monitorização frequente e sistemática da oferta de sal nas refeições colocadas à venda pelo setor da restauração;
13. As associações representativas da área da restauração deverão promover a auto-avaliação da oferta de sal por parte dos seus associados com o apoio das autoridades públicas, nomeadamente ao nível do tratamento da informação;
14. A DGS/Ministério da Saúde deverá, em articulação com o presente grupo, criar condições técnicas para fazer o acompanhamento em permanência da presente estratégia e das suas propostas, estimular a comunidade científica a investigar na área e preparar uma reunião intercalar a cada 6 meses para apresentação e discussão dos resultados obtidos.

O grupo de trabalho vai agora trabalhar ao longo de 2016 para tornar estas medidas uma realidade.

2.5. Perfil da gordura *trans* dos alimentos portugueses

Existe evidência científica consistente sobre os efeitos prejudiciais do consumo de gordura *trans* produzida industrialmente. Nomeadamente, no aumento do risco de doença cardiovascular, cancro e diabetes. Face a esta informação têm sido tomadas várias medidas a nível europeu de forma a reduzir a gordura *trans* nos alimentos processados.

Para a implementação de medidas adequadas para a redução da ingestão de gordura *trans* é necessário obter dados precisos sobre o seu consumo a nível nacional. Não sendo obrigatória a rotulagem deste tipo de gordura a realidade é desconhecida para o cidadão. Nesse sentido foi realizado recentemente, e com o apoio da DGS,

um estudo cujo objetivo consistiu em traçar o perfil do teor de gordura *trans* em alimentos comercializados no mercado português.

Neste estudo, intitulado “Ácidos gordos *trans* no mercado alimentar português”, conduzido por uma equipa de investigadores da Universidade do Porto, avaliou-se o teor de gordura *trans* em 268 amostras adquiridas entre outubro e dezembro de 2013. As amostras foram categorizadas em vários grupos de alimentos como por exemplo, margarinas, cremes para barra à base de chocolate, batatas fritas, produtos de pasteleria, cereais de pequeno-almoço e sopas instantâneas.

Em termos percentuais o conteúdo em gordura *trans* presente na gordura total variou entre os 0,06% e os 30,2% (média de 1,87%), com os grupos das bolachas e biscoitos (3,42%) segui-

dos dos produtos de pastelaria tipicamente disponíveis para venda (1,96%) a apresentarem os valores mais elevados de *trans* na sua gordura.

QUADRO 15 PERFIL DA GORDURA *TRANS* DOS ALIMENTOS PORTUGUESES

GRUPO DE ALIMENTO	NÚMERO (n)	TOTAL DE ÁCIDOS GORDOS <i>TRANS</i> (g/100g DE ÁCIDOS GORDOS)	> 2%	TOTAL DE ÁCIDOS GORDOS <i>TRANS</i> (g/100g DE PRODUTO)
Cremses à base de chocolate	6	0,45 (0,14-0,86)	0	0,18 (0,07-0,32)
Sopas instantâneas	5	0,51 (0,34-0,77)	0	0,07 (0,02-0,18)
Batatas fritas ^(a)	25	0,62 (0,17-1,26)	0	0,18 (0,05-0,38)
Produtos de panificação e cereais de pequeno-almoço	7	0,71 (0,40-1,02)	0	0,03 (0,01-0,07)
Snack de chocolate	4	0,83 (0,26-2,00)	0	0,32 (0,07-0,75)
Margarinas e gorduras vegetais sólidas	16	0,83 (0,26-2,16)	1	0,56 (0,16-1,57)
Pipocas	4	0,87 (0,50-1,54)	0	0,11 (0,08-0,13)
Sobremesas instantâneas ^(b)	6	0,95 (0,06-3,05)	1	0,19 (0,01-0,78)
Caldos de cozinha instantâneos	5	1,10 (0,60-2,79)	1	0,28 (0,12-0,85)
<i>Fast food</i> ^(c)	13	1,15 (0,38-3,07)	3	0,15 (0,06-0,40)
Pastelaria ^(d)	120	1,96 (0,07-8,47)	35	0,49 (0,01-2,51)
Biscoitos e bolachas	53	3,42 (0,21-30,2)	9	0,72 (0,02-6,02)
Manteiga	4	2,92 (2,07-3,58)	4	1,46 (1,14-2,00)
Total	283	1,87 (0,06-30,2)	50 ^(e)	0,47 (0,01-6,02)

a) Batatas fritas embaladas (fritas e pré-fritas)

b) Mousse de chocolate e chantilly

c) Nuggets, pizza, hambúrgueres e menus com batatas fritas

d) Croissants, donuts, waffles, produtos de massa doce recheados com chocolate, bolo de chocolate, cupcakes, pastelaria tradicional portuguesa e massa folhada congelada

e) Sem manteiga

Fonte: Costa, N. et al, 2015

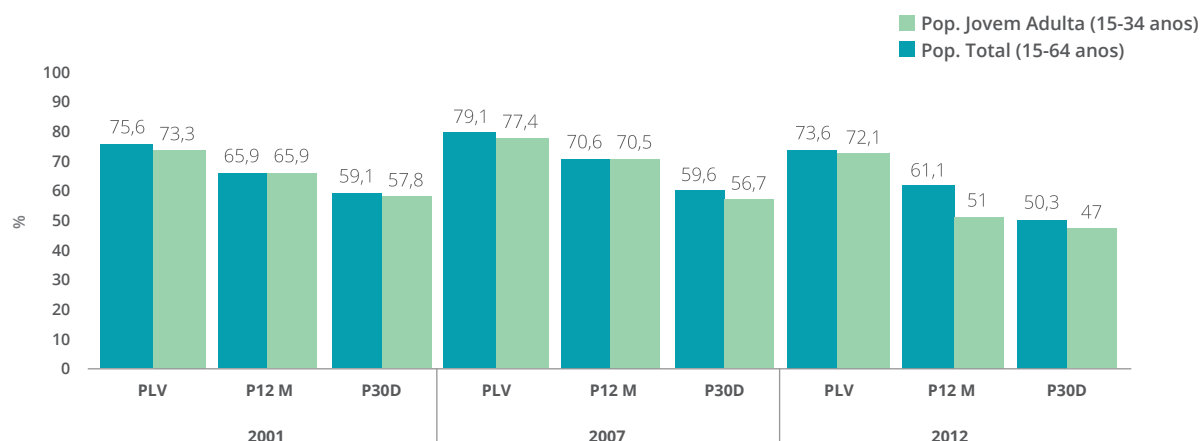
2.6. Perfil do consumo de álcool

De acordo com o Relatório anual de 2014 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), as prevalências do consumo de bebidas alcoólicas, para a população portuguesa (15 – 64 anos), registaram um aumento de 2001 para 2007, tendo em 2012 baixado para valores inferiores aos de 2001. No que respeita à população jovem adulta (15 – 34 anos) a tendência foi a mesma, exceto para a prevalência de consumo nos últimos 30 dias que não sofreu um aumento em 2007, mas em vez disso veio sempre a diminuir desde 2001.

Os valores de prevalência do consumo de álcool entre os dois grupos estudados apresentaram-se muito próximos, embora a população jovem adulta tenha registado sempre valores inferiores ou iguais ao da população total.

Em 2012, a prevalência do consumo de álcool ao longo da vida foi de 73,6% para a população total e de 72,1% para a população jovem adulta.

FIGURA 24 PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE QUALQUER TIPO DE BEBIDA ALCOÓLICA AO LONGO DA VIDA (NOS ÚLTIMOS 12 MESES E ÚLTIMOS 30 DIAS), %, 2001/2007/2012

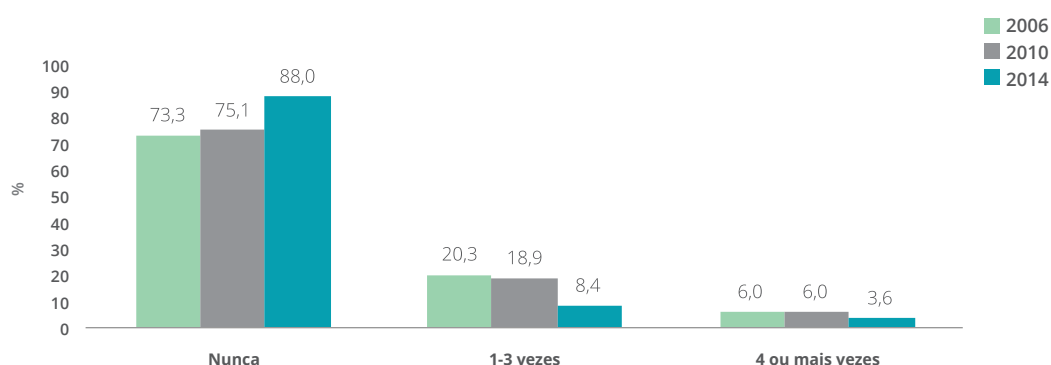


PVL – Pelo menos uma experiência de consumo na vida; P12 M – nos últimos 12 meses; P30 D – nos últimos 30 dias.
 Fonte: SICAD, Relatório anual de 2014, "Situação do País em Matéria de Alcool"

De acordo com os resultados do estudo HBSC/OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*), a grande maioria dos jovens menciona nunca se ter

embriagado durante toda a vida, verificando-se um aumento desta frequência em comparação com anos anteriores.

FIGURA 25 POPULAÇÃO ESCOLAR-HBSC/OMS (ALUNOS 6º/8º/10º ANO), FREQUÊNCIA DA EMBRIAGUEZ AO LONGO DA VIDA (%), 2006/2010/2014



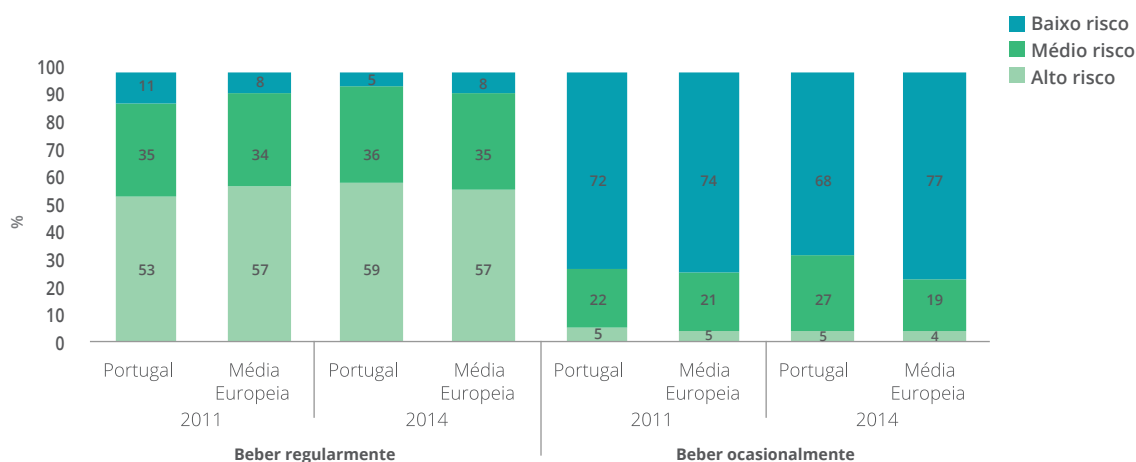
Fonte: Matos et al., 2006/2010/2014, SICAD: DMI-DEI

Relativamente à perceção do risco para a saúde associado ao consumo de álcool verificou-se que a maior parte dos jovens portugueses entre os 15 e 24 anos considerou de alto risco (59%) para a saúde um consumo regular de álcool. No que respeita ao consumo ocasional a grande maioria

considerou de baixo risco (68%). Em ambos os tipos de consumo os valores nacionais aproximam-se da média europeia. Comparativamente com anos anteriores verifica-se uma maior atribuição de risco ao consumo regular e ocasional de bebidas alcoólicas.

FIGURA 26

PERCEÇÃO DO RISCO PARA A SAÚDE ASSOCIADO AO CONSUMO REGULAR E OCASIONAL DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, PORTUGAL E MÉDIA EUROPEIA (%), 2011/2014



Nota: a soma das partes não é igual ao total por questões de arredondamentos.

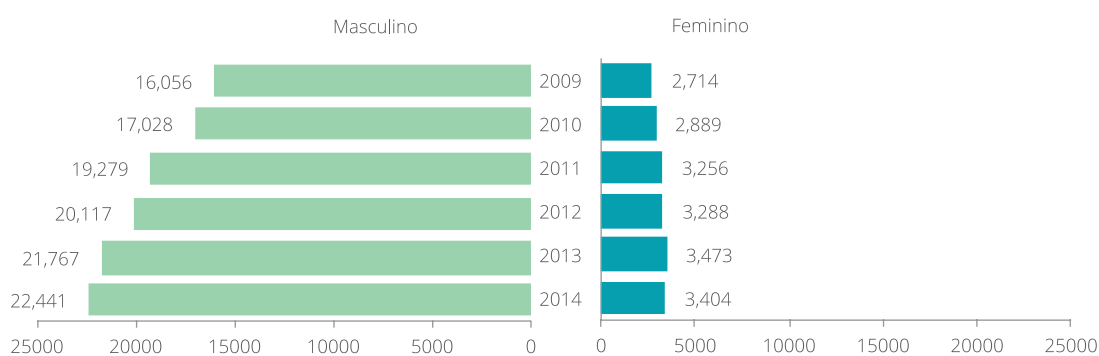
Fonte: SICAD, Relatório anual de 2013, "Situação do País em Matéria de Álcool"

Com base no Relatório Global sobre Álcool e Saúde - 2014, o número de indivíduos internados com diagnóstico relacionado com o consumo de álcool, entre 2009 e 2014, foi marcadamente superior para o sexo masculino. Entre 2013 e 2014,

os resultados mostram que o número de indivíduos internados aumentou para o sexo masculino (de 21.767 para 22.441 indivíduos) e diminuiu para o sexo feminino (de 3.473 para 3.404 indivíduos).

FIGURA 27

INDIVÍDUOS INTERNADOS COM DIAGNÓSTICO (PRINCIPAL OU SECUNDÁRIO) RELACIONADO COM O CONSUMO DE ÁLCOOL, POR ANO, POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL, 2009-2014



Fonte: Relatório Global sobre Álcool e Saúde-2014 CISA

2.7. Hábitos alimentares em adolescentes

Os dados apresentados para adolescentes são provenientes do estudo HBSC/OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*), desenvolvido pela OMS onde participam atualmente mais de 44 países, incluindo Portugal. Este estudo é realizado de 4 em 4 anos e pretende avaliar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas, nomeadamente na área alimentar, através da aplicação de um questionário às várias turmas do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade selecionadas e representativas da população escolar portuguesa, com idades compreendidas entre os 11, 13 e 15 anos de idade.

Com base nos resultados, os hábitos alimentares dos adolescentes portugueses evidenciam uma redução da qualidade à medida que o ano de escolaridade avança. A toma do pequeno-

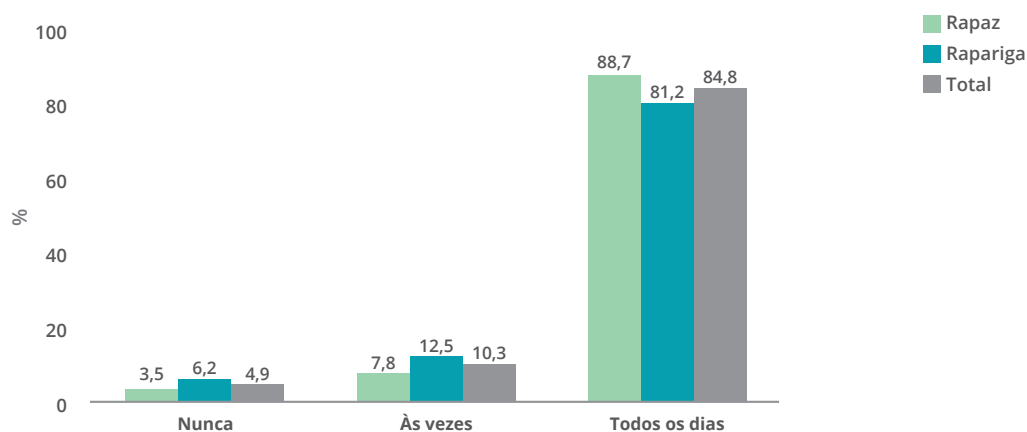
-almoço diariamente é frequente, em especial por parte dos rapazes (88,7%). Contrariamente, as raparigas consomem mais frequentemente frutas e hortícolas pelo menos uma vez por dia (42,6% e 30,7%, respetivamente).

Comparativamente com anos anteriores verifica-se um ligeiro aumento na percentagem de alunos que tomam o pequeno-almoço todos os dias durante a semana em conjunto com um aumento dos alunos que raramente ou nunca consomem frutas e hortícolas.

O consumo de doces e refrigerantes é feito pelo menos uma vez por semana e os alunos que raramente ou nunca consomem aumentaram face a anos anteriores. Relativamente ao café a grande maioria refere que nunca ou quase nunca bebe café.

2.7.1. Pequeno-almoço

FIGURA 28 FREQUÊNCIA DA TOMA DO PEQUENO-ALMOÇO DURANTE A SEMANA POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)



a) (Qui-quadrado=64,91; graus de liberdade=2, $p \leq 0,001$). n=5948

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de, et al. 2014

FIGURA 29

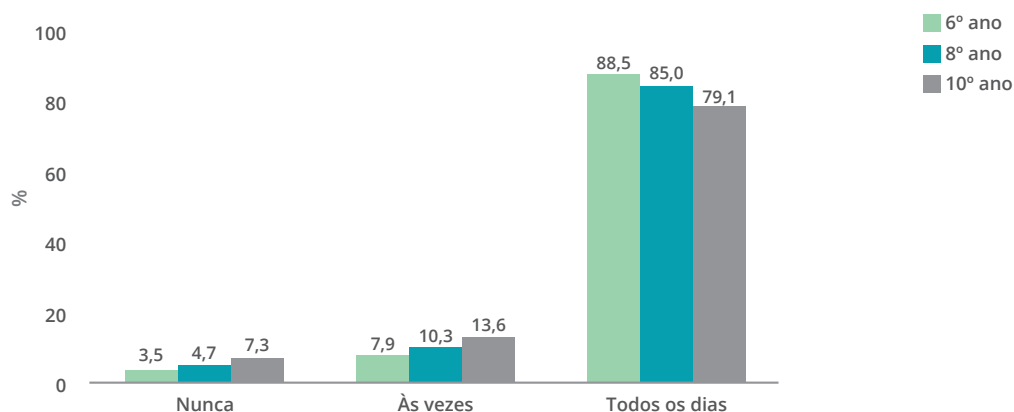
FREQUÊNCIA DA TOMA DO PEQUENO-ALMOÇO DURANTE A SEMANA POR ANO DE ESCOLARIDADE, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)a) (Qui-quadrado=64,91; graus de liberdade=2, $p \leq 0,001$). $n=5948$ Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. *et al.* 2014

FIGURA 30

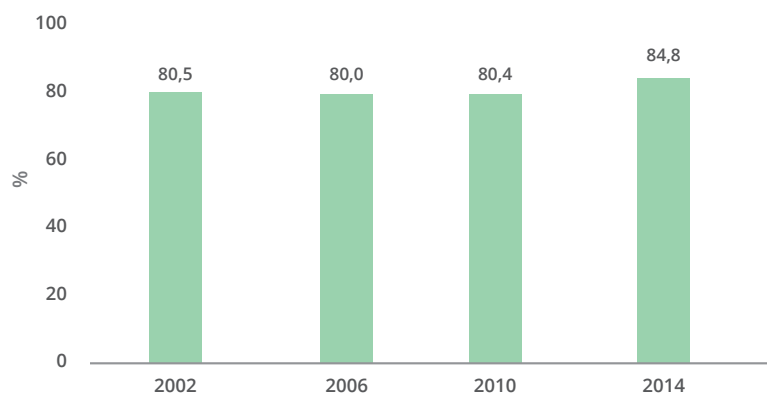
ALUNOS QUE TOMAM O PEQUENO-ALMOÇO DURANTE A SEMANA TODOS OS DIAS, PORTUGAL CONTINENTAL – 2002, 2006, 2010, 2014 ^(a)a) (Qui-quadrado=64,91; graus de liberdade=2, $p \leq 0,001$). $n=5948$ Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. *et al.* 2014

FIGURA 31

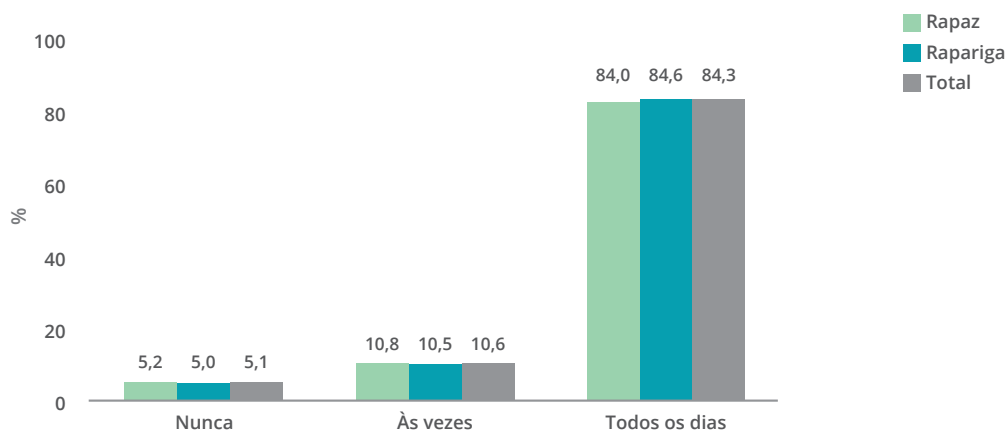
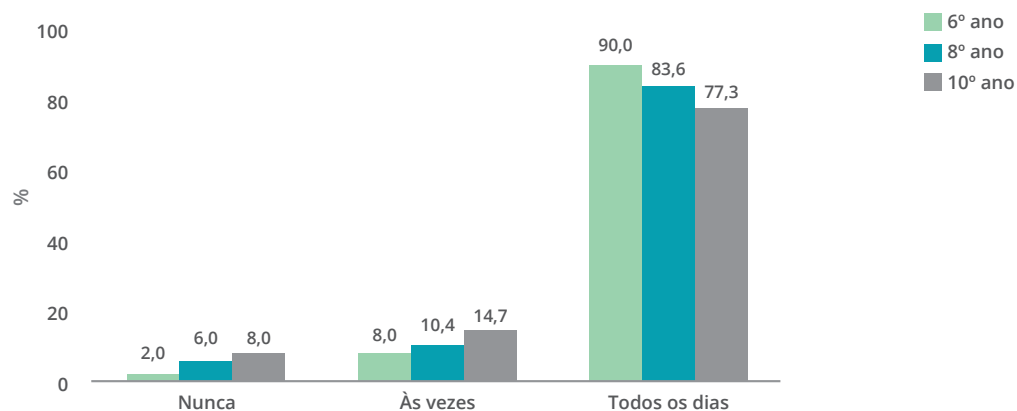
FREQUÊNCIA DA TOMA DO PEQUENO-ALMOÇO DURANTE O FIM DE SEMANA POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)a) (Qui-quadrado=0,369; graus de liberdade=2, $p=0,831$). $n=5.945$ Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. *et al.* 2014

FIGURA 32

FREQUÊNCIA DA TOMA DO PEQUENO-ALMOÇO DURANTE O FIM DE SEMANA POR ANO DE ESCOLARIDADE, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)



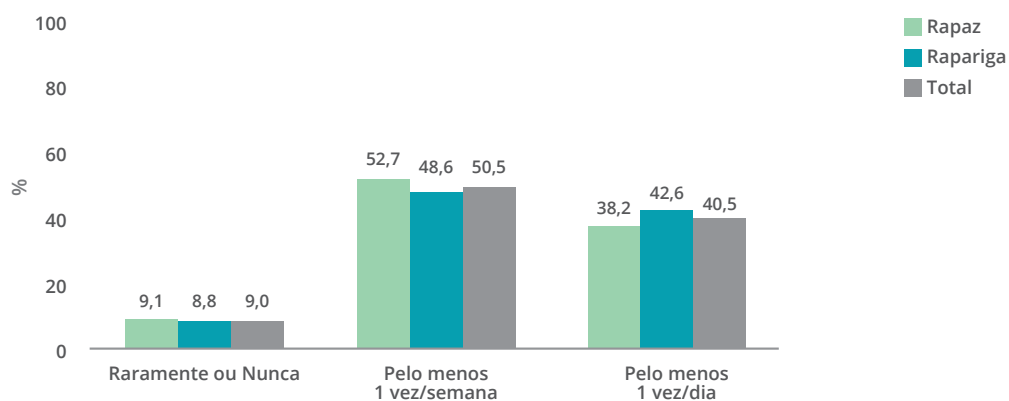
a) (Qui-quadrado=124,081; graus de liberdade=4, $p \leq 0,001$). $n = 5,945$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

2.6.2. Frutas e hortícolas

FIGURA 33

FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE FRUTA POR SEXO E TOTAL, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)

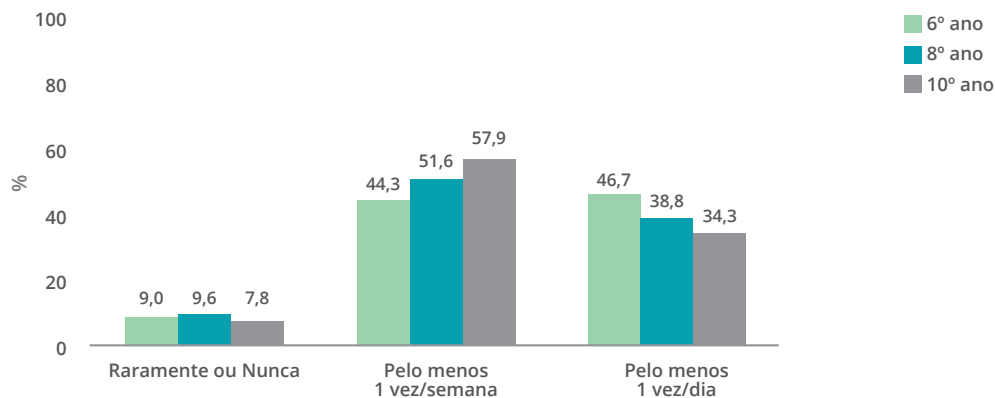


a) (Qui-quadrado=12,10; graus de liberdade=2, $p < 0,01$). $n = 5,943$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

FIGURA 34

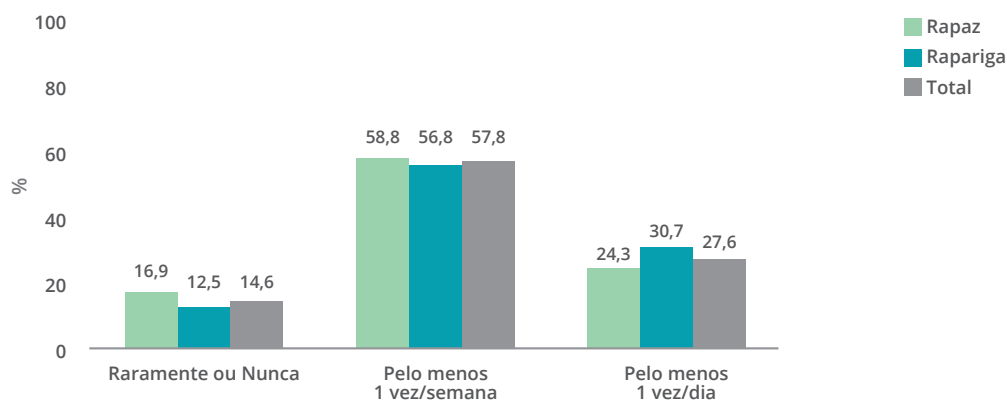
FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE FRUTA POR ANO DE ESCOLARIDADE, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)



a) (Qui-quadrado=71,88; graus de liberdade=4, $p \leq 0,001$). $n = 5,943$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

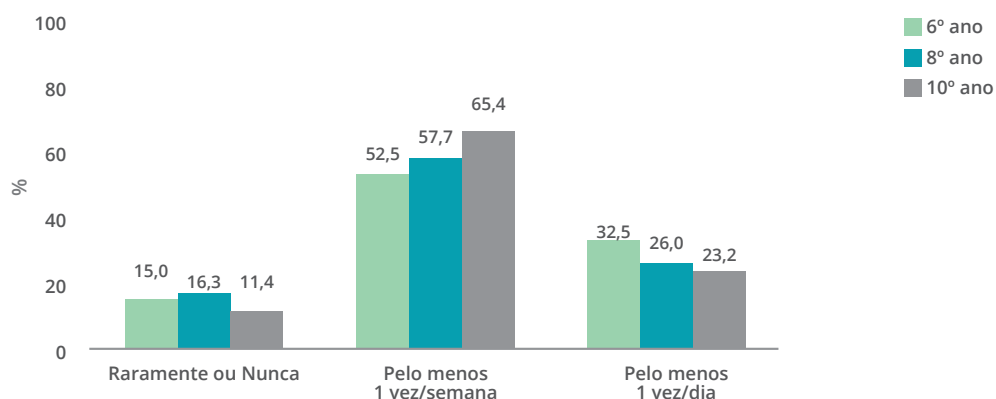
FIGURA 35

FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE HORTÍCOLAS POR SEXO E TOTAL, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)

Nota: Avaliação realizada em 2014; a) (Qui-quadrado=42,44; graus de liberdade=2, $p \leq 0,001$). $n = 5.942$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

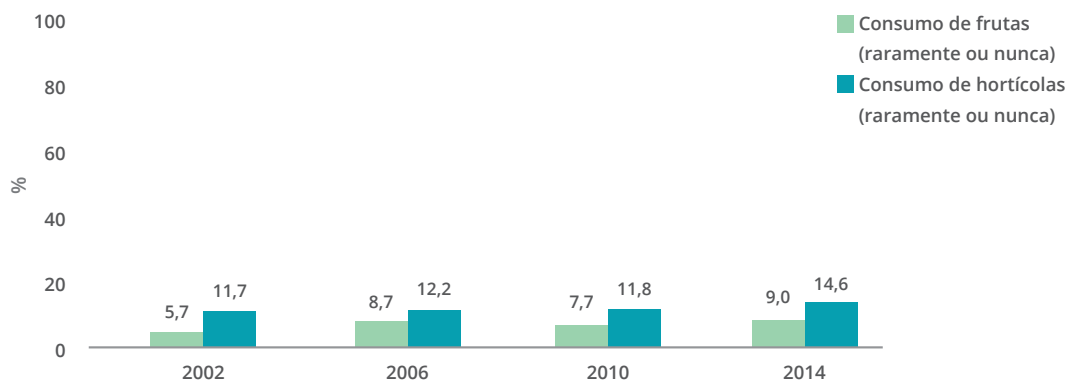
FIGURA 36

FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE HORTÍCOLAS POR SEXO E TOTAL, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)

a) (Qui-quadrado=71,04; graus de liberdade=4, $p \leq 0,001$). $n = 5.942$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

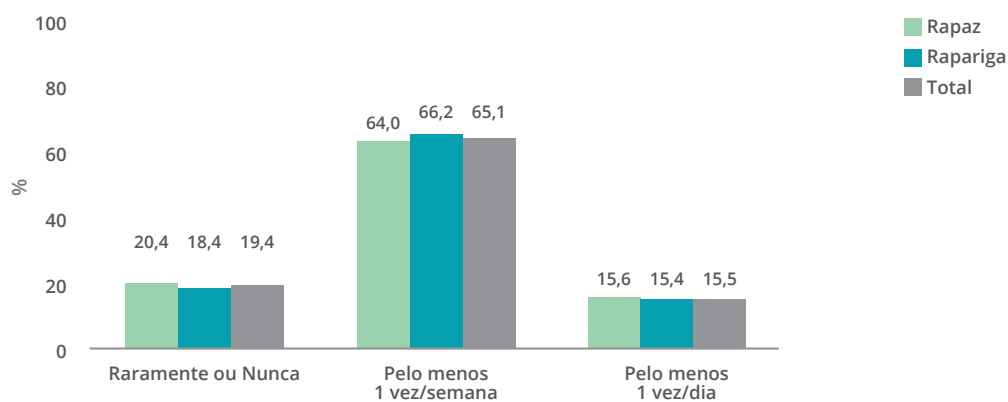
FIGURA 37

ALUNOS QUE CONSOMEM RARAMENTE OU NUNCA FRUTAS E HORTÍCOLAS, PORTUGAL CONTINENTAL, 2002, 2006, 2010, 2014 ^(a)

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

2.6.3. Doces e refrigerantes

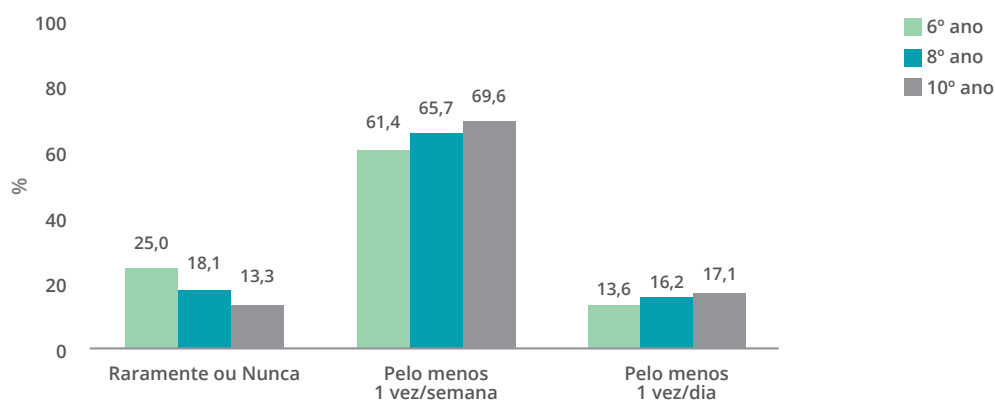
FIGURA 38

FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE DOCES POR SEXO E TOTAL, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)

a) (Qui-quadrado=4,12; graus de liberdade=2, p=0,128). n=5.943

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. *et al.* 2014

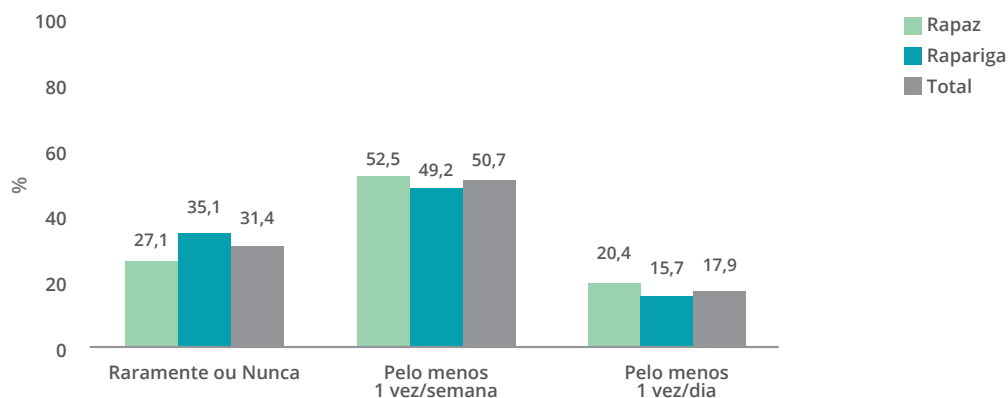
FIGURA 39

FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE DOCES POR ANO DE ESCOLARIDADE, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)

a) (Qui-quadrado=83,27; graus de liberdade=4, p<0,001). n=5.943

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. *et al.* 2014

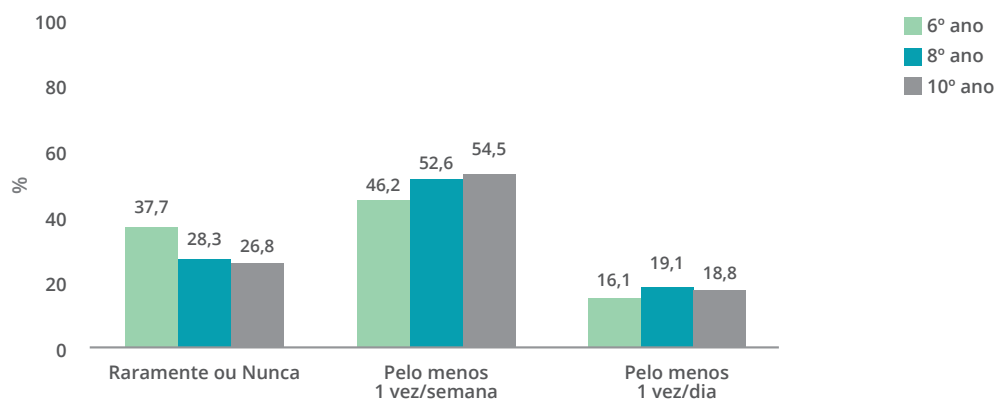
FIGURA 40

FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE REFRIGERANTES POR SEXO E TOTAL, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)

a) (Qui-quadrado=51,59; graus de liberdade=2, p<0,001). n=5.941

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. *et al.* 2014

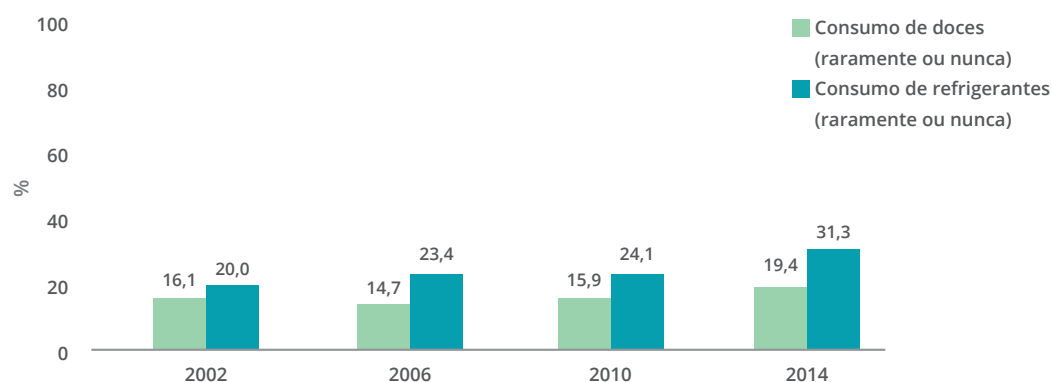
FIGURA 41

FREQÜÊNCIA DE CONSUMO DE REFRIGERANTES POR ANO DE ESCOLARIDADE, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)

a) (Qui-quadrado=65,13; graus de liberdade=4, $p \leq 0,001$). $n=5.941$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

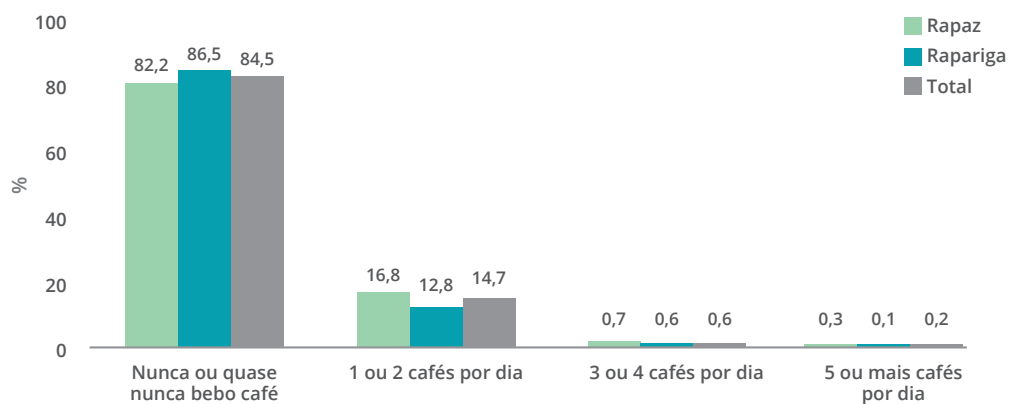
FIGURA 42

ALUNOS QUE CONSUMEM RARAMENTE OU NUNCA DOCES E REFRIGERANTES, PORTUGAL CONTINENTAL, 2002, 2006, 2010, 2014 ^(a)

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

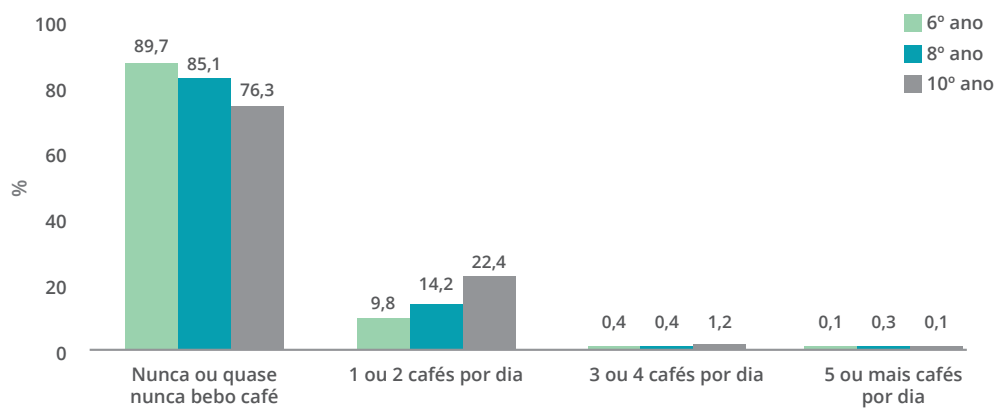
2.6.4. Café

FIGURA 43

FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE CAFÉ POR SEXO E TOTAL, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014^(a)a) (Qui-quadrado=22,17; graus de liberdade=3, $p \leq 0,001$). $n=5872$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

FIGURA 44

FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE CAFÉ POR ANO DE ESCOLARIDADE, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014^(a)a) (Qui-quadrado=124,70; graus de liberdade=6, $p \leq 0,001$). $n=5872$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

3. ALGUNS DETERMINANTES DO CONSUMO ALIMENTAR

3.1. INFOFAMÍLIA

Para além da elevada prevalência da obesidade e de outras doenças crónicas associadas a hábitos alimentares inadequados implicar, por si só, a necessidade de novas abordagens e estratégias de intervenção no âmbito das políticas de saúde, é de realçar uma desigualdade na prevalência destas doenças atribuída a fatores de ordem socioeconómica, o que acarreta enormes desafios para a intervenção na área da saúde pública em particular em anos de crise económica e de agravamento das desigualdades sociais.

Os diversos documentos estratégicos recentemente publicados pela OMS e pela Comissão Europeia (CE) e que orientam a formulação de políticas de saúde, nomeadamente aquelas relacionadas com a alimentação e nutrição e com a prevenção e controlo das doenças crónicas – *“Health 2020: Policy framework and strategy”*, *“Action Plan for the Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control Noncommunicable Diseases 2012-2016”*, *“Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the context of Health 2020”*, *“European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020”*, *“Report of Health Inequalities in the European Union”* – consideram a redução das desigualdades na saúde como um dos seus principais eixos estratégicos. Em todos estes documentos é sublinhada a necessidade da diminuição das assimetrias no acesso a alimentos de boa qualidade nutricional e das doenças influenciadas pelo consumo alimentar ser um pressuposto na construção de todas as políticas públicas, respeitando neste sentido os princípios da equidade e universalidade no acesso a uma alimentação saudável.

A questão das desigualdades sociais e o seu impacto no acesso e consumo adequado de alimentos e consequentemente no estado de saúde dos indivíduos parece assumir uma importância ainda maior no atual contexto de crise económica que se faz sentir na Europa e em particular em Portugal. É de esperar que a atual situação de instabilidade

económica, caracterizada pelas elevadas taxas de desemprego, aumentos consideráveis ao nível da carga fiscal com impacto também no que se refere ao preço dos alimentos e a redução de salários e dos apoios sociais prestados pelo Estado, tenha um impacto considerável nos índices de pobreza e desigualdades sociais em Portugal. Portugal mantém-se como um dos países europeus com maior desigualdade na distribuição de rendimento e taxas mais elevadas de risco de pobreza monetária, tendo nas últimas décadas a taxa de pobreza mantido um nível elevado e relativamente estável.

Assim, é expectável que um período marcado por crescentes desigualdades na distribuição de rendimento e por elevadas taxas de pobreza tenha um significativo impacto no consumo alimentar e estado de saúde da população portuguesa, podendo estar comprometida a garantia da segurança alimentar (*food security*) para um número elevado de agregados familiares portugueses, isto é, a garantia do acesso a alimentos em quantidade suficientes, seguros e nutricionalmente adequados. É neste contexto que a insegurança alimentar (*food insecurity*) se pode configurar como um problema sério no âmbito da saúde pública.

Em Portugal, até muito recentemente poucos estudos têm sido realizados com o objetivo de avaliar a situação de insegurança alimentar na população portuguesa, não existindo um instrumento de avaliação direta e validado para avaliar esta condição especificamente para a população portuguesa. A criação de sistemas de monitorização da situação de insegurança alimentar da população portuguesa, em particular num período marcado por uma forte instabilidade socioeconómica como a que Portugal atravessa, torna-se necessária de modo a sustentar o desenvolvimento e a implementação de estratégias políticas na área da alimentação e da nutrição que sejam capazes de lidar com problemas tão complexos com os quais nos confrontamos na atualidade.

Os dados apresentados são provenientes de um sistema de avaliação e de monitorização da situação de segurança alimentar da população portuguesa – INFOFAMÍLIA: Estudo de avaliação da segurança alimentar e outras questões de saúde relacionadas com condições económicas em agregados familiares portugueses. Este sistema de informação, foi implementado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2011, considerando as possíveis consequências da atual crise económica em Portugal nas condições de acesso a uma alimentação saudável.

Este estudo foi desenhado de modo a permitir fazer um diagnóstico rápido da situação de segurança alimentar da população portuguesa, identificando os seus principais determinantes e possíveis grupos de risco, através da realização de um inquérito de saúde junto dos utentes do Serviço Nacional de Saúde Português. Mais ainda, este estudo longitudinal permitiu também uma monitorização regular e contínua da segurança alimentar nesta amostra da população portuguesa, no período de tempo de 2011 a 2014, período no qual Portugal esteve sob intervenção de um Plano de Assistência Económica e Financeira do Fundo Monetário Internacional (FMI). Assim, salienta-se o facto deste sistema de monitorização e de avaliação da situação de segurança alimentar ser o primeiro a ser implementado nesta área em Portugal, ainda mais num período de crise económica em Portugal.

Neste âmbito, o estudo INFOFAMÍLIA, utilizou um instrumento de avaliação direta da situação de segurança alimentar dos agregados familiares portugueses - uma escala psicométrica de insegurança alimentar adaptada da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, que foi desenvolvida inicialmente pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA). A utilização destes instrumentos tem a vantagem de avaliar diretamente este fenómeno a partir da auto percepção que os indivíduos detêm no que diz respeito à insegurança alimentar, englobando as várias dimensões subsequentes desta condição. Assim, as perguntas desta escala e a sua ordem sequencial refletem o conhecimento teórico sobre o fenómeno da insegurança alimentar, permitindo classificar os

agregados familiares em diferentes graus de gravidade face a esta condição. Com este instrumento, a insegurança alimentar é assim percebida nos seus vários níveis, desde a preocupação de que os alimentos venham a acabar antes que haja condições económicas suficientes para a sua aquisição, o que configura a dimensão psicológica da insegurança alimentar, passando de seguida para uma situação em que existe comprometimento da qualidade da alimentação, mas sem que se verifique uma restrição quantitativa significativa, até chegar ao ponto mais grave, em que os agregados familiares passam por períodos concretos de restrição na disponibilidade de alimentos. São também instrumentos extremamente simples, de fácil aplicação nomeadamente por diversos profissionais, de compreensão universal e apresenta ainda uma excelente relação custo-efetividade.

Assim, no presente momento, existe informação disponível, sobre a situação de segurança alimentar de uma amostra de agregados familiares portugueses, para 4 momentos de análise, 2011, 2012, 2013 e 2014. No entanto, neste relatório incluiu-se apenas a informação relativa ao período de 2012 a 2014. Salienta-se ainda que no ano de 2014, a avaliação da situação de segurança alimentar no âmbito do estudo INFOFAMÍLIA foi realizada em dois momentos distintos: vaga 1 (maio/junho) e vaga 2 (novembro/dezembro), sendo que no presente relatório apenas serão apresentados os resultados referentes à primeira vaga. Esta avaliação em dois momentos distintos no ano de 2014 irá permitir verificar se existe alguma variação sazonal ao nível da auto-percepção dos agregados familiares portugueses face à situação de segurança alimentar.

A classificação dos inquiridos de acordo com a situação de Segurança Alimentar encontra-se representada no quadro 16, tendo-se verificado uma prevalência de 45,8% (503) de Insegurança Alimentar para os agregados familiares incluídos no estudo. A maioria das famílias em situação de Insegurança Alimentar, 29,7% (326) apresentou um nível de Insegurança Alimentar Ligeira, seguido da Insegurança Alimentar Moderada (9,5%) e por fim da Insegurança Alimentar Grave (6,6%).

Comparando os resultados obtidos neste estudo durante o período de 2012 a 2014, verificou-se um aumento de 1,7 pontos percentuais para a prevalência de Insegurança Alimentar (de 49,1 para 50,7%) entre 2012 e 2013 e uma diminuição

de 4,9 pontos percentuais (de 50,7 para 45,8%) entre 2013 e 2014. No entanto, as estimativas dos respetivos intervalos de confiança não revelam qualquer evidência de diferenças entre os três anos.

QUADRO 16 CLASSIFICAÇÃO DOS INQUIRIDOS DE ACORDO COM A SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR, PORTUGAL CONTINENTAL, 2012, 2013 E 2014

CLASSE DE INSEGURANÇA ALIMENTAR 2012-2014									
	2012			2013			2014*		
VARIÁVEL	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N
Sem Insegurança Alimentar	50,9	48,1-53,8	615	49,3	46,6-51,9	681	54,2	51,2-57,2	595
Com Insegurança Alimentar	49,0	46,2-51,9	593	50,7	48,1-53,4	701	45,8	42,8-48,8	503
Insegurança Alimentar Ligeira	32,1	29,5-34,8	388	33,4	30,9-35,9	461	29,7	27,0-32,5	326
Insegurança Alimentar Moderada	8,1	6,7-9,9	99	10,1	8,6-11,8	140	9,5	7,8-11,3	104
Insegurança Alimentar Grave	8,8	7,2-10,5	106	7,2	5,9-8,7	100	6,6	5,2-8,3	73
Total (sem insegurança alimentar e com insegurança alimentar)			1.208			1.382			1.098

* Os valores do ano 2014 correspondem aos resultados da primeira vaga do estudo InfoFamília 2014

IC95%: Intervalos de 95% de confiança

Fonte: InfoFamília, DGS 2014

Considerando que uma elevada percentagem de agregados familiares englobados no estudo apresentou pelo menos algum nível de Insegurança Alimentar, analisaram-se quais as variáveis socioeconómicas e demográficas que podiam ser consideradas como fatores de risco para a situação de Insegurança Alimentar dos agregados familiares portugueses. Para identificar se a

situação de Insegurança Alimentar está associada com alguma variável de caracterização socioeconómica/demográfica dos agregados familiares, foi realizada regressão logística multifatorial, apresentando-se os valores das estimativas de OR e respetivos intervalos de confiança (IC95%) (Quadro 17).

QUADRO 17 ESTIMATIVAS AJUSTADAS DE RISCO PARA AS SITUAÇÕES DE INSEGURANÇA ALIMENTAR, PORTUGAL CONTINENTAL 2014 (REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIFATORIAL)

FATORES ASSOCIADOS À INSEGURANÇA ALIMENTAR (IA)			
	ALGUM GRAU DE IA (OR E IC95%)	IA MODERADO OU GRAVE (OR E IC95%)	IA GRAVE (OR E IC95%)
REGIÃO DE SAÚDE			
Alentejo	0,675 (0,418-1,090)	0,511 (0,248-1,051)	0,188 (0,039-0,911)*
Algarve	1,664 (1,063-2,605)*	1,443 (0,849-2,451)	1,722 (0,832-3,565)
Centro	0,989 (0,662-1,477)	0,449 (0,247-0,816)*	0,407 (0,153-1,081)
Lisboa e Vale do Tejo	1,981 (1,360-2,887)**	0,811 (0,499-1,318)	1,026 (0,515-2,043)
Norte	Ref.	Ref.	Ref.
SEXO			
Feminino	Ref.	Ref.	Ref.
Masculino	0,892 (0,648-1,227)	1,085 (0,718-1,639)	1,142 (0,618-2,109)
GRAU DE INSTRUÇÃO			
Ensino Básico - 1º ciclo	Ref.	Ref.	Ref.
Ensino Básico - 2º ciclo	0,928 (0,552-1,559)	1,673 (0,908-3,083)	1,353 (0,566-3,239)
Ensino Básico - 3º ciclo	1,277 (0,734-2,219)	1,170 (0,600-2,282)	0,429 (0,142-1,301)
Ensino Secundário	0,516 (0,319-0,835)*	0,479 (0,251-0,914)*	0,325 (0,125-0,846)*
Ensino Superior	0,372 (0,223-0,622)**	0,492 (0,245-0,986)*	0,348 (0,124-0,977)*
Não sabe ler nem escrever	1,806 (0,812-4,016)	3,444 (1,479-8,015)*	4,840 (1,523-15,378)*
Sabe ler sem ter frequentado a escola	1,598 (0,697-3,662)	1,629 (0,657-4,037)	4,018 (1,295-12,469)*
NACIONALIDADE			
Outra	Ref.	Ref.	Ref.
Portuguesa	0,561 (0,149-2,114)	0,691 (0,151-3,155)	1,058 (0,099-11,299)
EXISTÊNCIA DE CRIANÇAS			
Não	Ref.	Ref.	Ref.
Sim	1,476 (1,004-2,169)*	0,811 (0,484-1,360)	0,538 (0,240-1,208)
GRUPO ETÁRIO			
Até 29 anos	1,193 (0,537-2,653)	1,773 (0,649-4,839)	3,319 (0,705-15,635)
30 a 39 anos	1,095 (0,534-2,247)	1,006 (0,401-2,524)	3,237 (0,826-12,694)
40 a 49 anos	1,312 (0,656-2,625)	1,261 (0,540-2,944)	2,682 (0,759-9,477)
50 a 64 anos	1,074 (0,602-1,914)	1,471 (0,739-2,930)	3,150 (1,153-8,606)*
65 ou mais anos	Ref.	Ref.	Ref.
SITUAÇÃO PROFISSIONAL			
Ativo	Ref.	Ref.	Ref.
Desempregado	1,767 (1,128-2,770)*	1,768 (1,034-3,024)*	2,656 (1,219-5,786)*
Doméstica(o)	0,921 (0,506-1,679)	0,881 (0,422-1,840)	1,125 (0,392-3,233)
Estudante	0,957 (0,386-2,373)	1,505 (0,468-4,840)	1,486 (0,228-9,683)
Reformado	1,792 (1,003-3,199)*	1,639 (0,812-3,305)	1,444 (0,533-3,918)
Nº ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR			
1	Ref.	Ref.	Ref.
2	1,259 (0,692-2,288)	1,330 (0,637-2,776)	1,642 (0,589-4,583)
3	2,039 (1,055-3,942)*	2,576 (1,165-5,693)*	1,530 (0,478-4,894)
4	2,031 (1,006-4,102)*	2,749 (1,159-6,522)*	2,381 (0,683-8,300)
5 ou mais (máx20)	2,650 (1,184-5,929)*	4,026 (1,522-10,652)*	3,657 (0,880-15,192)

FATORES ASSOCIADOS À INSEGURANÇA ALIMENTAR (IA) – CONTINUAÇÃO

	ALGUM GRAU DE IA (OR E IC95%)	IA MODERADO OU GRAVE (OR E IC95%)	IA GRAVE (OR E IC95%)
Nº ELEMENTOS QUE CONTRIBUI PARA O RENDIMENTO			
0	Ref.	Ref.	Ref.
1	0,256 (0,080-0,817)*	0,263 (0,107-0,647)*	0,107 (0,040-0,288)**
2	0,125 (0,038-0,409)*	0,121 (0,046-0,316)**	0,078 (0,026-0,235)**
Mais de 3 (máx10)	0,071 (0,020-0,255)**	0,049 (0,014-0,169)**	0,011 (0,001-0,109)**
CLASSES DE IMC			
Peso Normal	Ref.	Ref.	Ref.
Baixo peso	1,134 (0,256-5,030)	-- --	-- --
Excesso de peso	1,133 (0,825-1,556)	1,161 (0,763-1,769)	1,129 (0,610-2,093)
Obesidade	1,258 (0,853-1,856)	0,925 (0,549-1,561)	0,530 (0,226-1,245)

a) Os valores do ano 2014 correspondem aos resultados da primeira vaga do estudo InfoFamília 2014

Notas: OR - Odds Ratio *valor p<0,05; ** valor p<0,001

IC95%: Intervalos de 95% de confiança

Fonte: InfoFamília, DGS 2014

Mostraram-se associados aos níveis de Insegurança Alimentar: a Região de Saúde; a existência de crianças no agregado familiar (apenas relevante no nível mais abrangente de Insegurança Alimentar); o nível de instrução do indivíduo inquirido; o grupo etário (apenas com significado estatístico para o nível mais extremo de Insegurança Alimentar Grave); a situação profissional; o número de pessoas do agregado familiar (apenas relevante no nível mais abrangente de Insegurança Alimentar e para a Insegurança Alimentar Moderada ou Grave) e o número de pessoas que contribui para o rendimento familiar. Para a nacionalidade, o sexo do inquirido e para as classes de IMC, não se verificou associação para com os níveis de Insegurança Alimentar estudados.

Após ajustamento para os restantes fatores, e comparando com o observado nos agregados familiares da Região de Saúde do Norte, residir nas Regiões de Saúde do Algarve e de Lisboa e Vale do Tejo apresenta-se como um fator de risco para o nível mais abrangente Insegurança Alimentar. Por outro lado, parece existir uma tendência para um menor risco de Insegurança Alimentar nos indivíduos pertencentes à Região de Saúde do Centro e do Alentejo. Para a Insegurança Alimentar Moderada ou Grave (OR = 0,449; IC 95% 0,247-0,816) mostraram-se protegidos os agregados familiares pertencentes à Região do Centro e para a Insegurança Alimentar Grave (OR=0,188; IC95% 0,039-0,911) mostraram-se protegidos os agregados familiares pertencentes à Região do Alentejo.

No que diz respeito ao grau de instrução dos inquiridos, tendo como referência o observado nos agregados familiares dos inquiridos com o 1º ciclo do Ensino Básico, as famílias dos inquiridos com menos instrução mostraram risco acrescido de Insegurança Alimentar, em particular para os níveis mais graves da Insegurança Alimentar, e as famílias dos inquiridos com habilitações mais elevadas mostraram-se protegidas.

Relativamente à situação profissional, os agregados familiares dos inquiridos desempregados, apresentaram um risco mais elevado de Insegurança Alimentar, quando comparado com o que se verifica nos agregados familiares dos indivíduos ativos. Para a categoria profissional “Reformado”, os agregados familiares possuem um risco aumentado para a Insegurança Alimentar Moderada ou Grave.

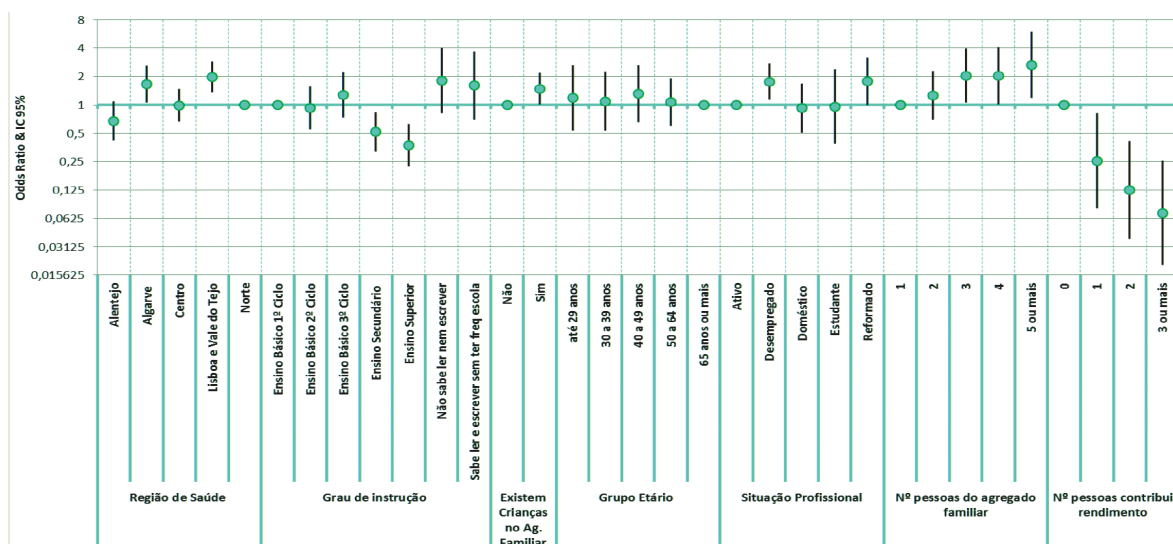
Comparando com a situação dos agregados familiares dos inquiridos com 65 ou mais anos de idade, nos agregados dos inquiridos com idades inferiores verificou-se uma tendência para um risco aumentado. No entanto, apenas se verificaram diferenças com significado estatístico para os agregados familiares dos inquiridos com idades compreendidas entre os 40 e os 64 anos, evidenciando maiores riscos de Insegurança Alimentar Grave, comparativamente aos agregados familiares dos inquiridos com 65 ou mais anos de idade.

Relativamente ao número de pessoas que constituem o agregado familiar, usando os agregados de apenas uma pessoa como referência, apenas se verificaram diferenças com significado estatístico para algum grau de Insegurança Alimentar e para a Insegurança Alimentar Moderada ou Grave. Assim, para algum grau de Insegurança Alimentar e para a Insegurança Alimentar Moderada ou Grave, o risco parece crescer sustentadamente à medida que o número de pessoas no agregado familiar aumentou, no entanto apenas se obtiveram diferenças com significado estatísti-

co para os agregados familiares com três ou mais elementos.

Relativamente ao número de pessoas que contribuem para o rendimento familiar, usando a situação observada nas famílias com zero pessoas a contribuir para o orçamento familiar como referência, observou-se que ter uma, duas, três ou mais pessoas a contribuir para o rendimento familiar é um fator protetor para todos os níveis de Insegurança Alimentar.

FIGURA 45 FATORES ASSOCIADOS A ALGUM GRAU DE INSEGURANÇA ALIMENTAR, PORTUGAL CONTINENTAL 2014



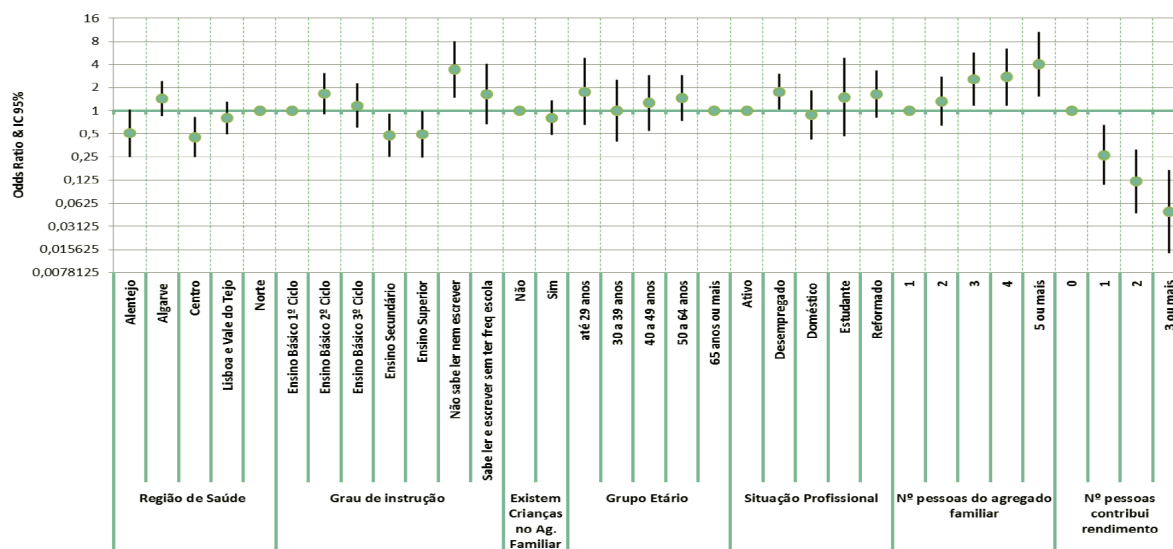
a) Os valores do ano 2014 correspondem aos resultados da primeira vaga do estudo InfoFamília 2014

Notas: OR - Odds Ratio; IC95%: Intervalos de 95% de confiança

Fonte: InfoFamília, DGS 2014

FIGURA 46

FATORES ASSOCIADOS A INSEGURANÇA ALIMENTAR MODERADA OU GRAVE, PORTUGAL CONTINENTAL 2014



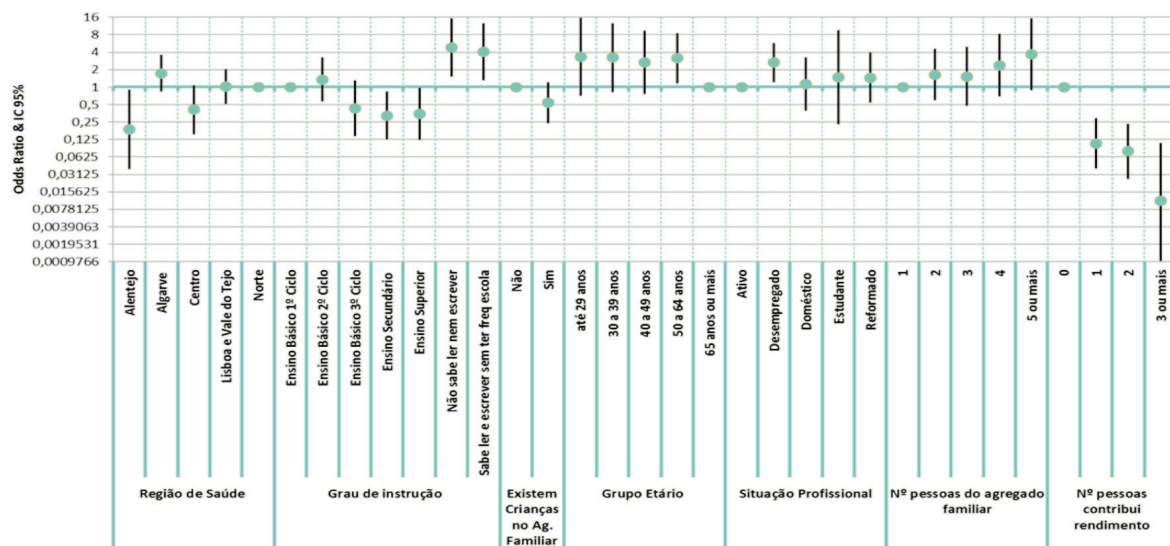
a) Os valores do ano 2014 correspondem aos resultados da primeira vaga do estudo InfoFamília 2014

Notas: OR - Odds Ratio; IC95%: Intervalos de 95% de confiança

Fonte: InfoFamília, DGS 2014

FIGURA 47

FATORES ASSOCIADOS A INSEGURANÇA ALIMENTAR GRAVE, PORTUGAL CONTINENTAL 2014



a) Os valores do ano 2014 correspondem aos resultados da primeira vaga do estudo InfoFamília 2014

Notas: OR - Odds Ratio; IC95%: Intervalos de 95% de confiança

Fonte: InfoFamília, DGS 2014

Em 2014, apesar da maioria dos inquiridos (71,4%) referir que “não houve alterações no consumo de algum alimento considerado essencial, nos últimos 3 meses devido a dificulda-

des económicas para a sua aquisição”, 291 dos inquiridos (26,6%) responderam afirmativamente a esta questão. Esta foi uma tendência observada ao longo dos 3 anos em análise (Quadro 18).

QUADRO 18 DISTRIBUIÇÃO DOS AGREGADOS FAMILIARES DE ACORDO COM A ALTERAÇÃO DO CONSUMO DE ALGUM ALIMENTO CONSIDERADO ESSENCIAL, NOS ÚLTIMOS 3 MESES, DEVIDO A DIFICULDADES ECONÓMICAS, PORTUGAL CONTINENTAL, 2012, 2013 E 2014

ALTERAÇÃO NO CONSUMO DE ALGUM ALIMENTO CONSIDERADO ESSENCIAL, NOS ÚLTIMOS 3 MESES, DEVIDO A DIFICULDADES ECONÓMICAS

	2012			2013			2014*		
	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N
Sim	28,6	26,1-31,3	346	27,3	24,9-29,7	377	26,6	24,0-29,3	291
Não	70	67,3-72,5	845	71,6	69,1-73,9	990	71,4	68,6-74,1	781
Não sabe	1,4	0,8-2,2	17	1,1	0,6-1,8	15	2	1,3-3,0	22
Total			1.208			1.382			1.094

* Os valores do ano 2014 correspondem aos resultados da primeira vaga do estudo InfoFamília 2014

IC95%: Intervalos de 95% de confiança

Fonte: InfoFamília, DGS 2014

Também tendo em consideração os dados mais recentes (2014), verificou-se que de acordo com a perceção do inquirido acerca dos motivos pelos quais se verificaram alterações no padrão alimentar, a falta de dinheiro foi apontada como a principal razão para “nem sempre comer o suficien-

te” (22,8%) e para “nem sempre ter os alimentos que quer ou precisa” (24,7%). No entanto, para a maioria dos inquiridos, estas questões não foram consideradas relevantes (65,0% e 64,4% respectivamente) (Quadro 19 e 20).

QUADRO 19 RAZÕES PELAS QUAIS NEM SEMPRE COME O SUFICIENTE, PORTUGAL CONTINENTAL, 2012, 2013 E 2014

“RAZÕES PELAS QUAIS NEM SEMPRE COME O SUFICIENTE”

	2012			2013			2014*		
	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N
Não tem dinheiro suficiente para comprar alimentos	22,8	20,4-25,2	275	23,9	21,6-26,2	330	22,8	20,4-25,4	251
É muito difícil ter acesso a um local de venda de alimentos	1,8	1,1-2,7	22	2,2	1,5-3,1	30	3,2	2,2-4,4	35
Está em dieta para perda de peso	6,7	5,4-8,3	81	5,8	4,6-7,1	80	7,5	6,0-9,2	82
Não tem condições para cozinhar adequadamente (p. ex. falta de gás, eletricidade ou de algum electrodoméstico)	0,8	0,4-1,5	10	1,2	0,7-2,0	17	3,6	2,5-4,8	39
Não é capaz de cozinhar ou comer por problemas de saúde	2,2	1,5-3,2	27	2,1	1,4-3,0	29	3,5	2,5-4,8	39
Outra razão	2,0	1,3-2,9	24	1,3	0,8-2,0	18	1,2	0,6-2,0	13
Não se aplica	65,8	63,1-68,5	795	66,6	64,0-69,0	921	65,0	62,1-67,8	714

* Os valores do ano 2014 correspondem aos resultados da primeira vaga do estudo InfoFamília 2014

IC95%: Intervalos de 95% de confiança

Fonte: InfoFamília, DGS 2014

QUADRO 20 RAZÕES PELAS QUAIS NEM SEMPRE TEM OS ALIMENTOS QUE QUER OU PRECISA, PORTUGAL CONTINENTAL, 2012, 2013 E 2014

“RAZÕES PELAS QUAIS NEM SEMPRE TEM OS ALIMENTOS QUE QUER OU PRECISA”									
	2012			2013			2014		
	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N	PREVALÊNCIA (%)	IC95%	N
Não tem dinheiro suficiente para comprar alimentos	26,8	24,3-29,4	324	25,4	23,1-27,7	351	24,7	22,1-27,3	271
É muito difícil ter acesso a um local de venda de alimentos	2,3	1,5-3,3	28	1,9	1,2-2,7	26	3,8	2,8-5,1	42
Está em dieta para perda de peso	4,5	3,4-5,8	54	4,4	3,4-5,6	61	5,9	4,6-7,5	65
Não tem condições para cozinhar adequadamente (p, ex, falta de gás, eletricidade ou de algum electrodoméstico)	1,3	0,8-2,1	16	0,7	0,3-1,2	9	1,2	0,6-2,0	12
Não é capaz de cozinhar ou comer por problemas de saúde	1,7	1,1-2,6	21	1,1	0,6-1,8	15	1,3	0,7-2,1	14
Outra razão	1,9	1,2-2,8	23	1,5	0,9-2,3	21	1,2	0,6-2,0	13
Não se aplica	62,8	60,0-65,6	759	66,2	63,6-68,6	915	64,4	61,5-67,3	707

IC95%: Intervalos de 95% de confiança

Fonte: InfoFamília, DGS 2014

4. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

4.1. COSI

O *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI)/OMS Europa é um sistema europeu de vigilância nutricional infantil que produz dados comparáveis entre países na Europa e que permite a monitorização da obesidade infantil a cada 2-3 anos.

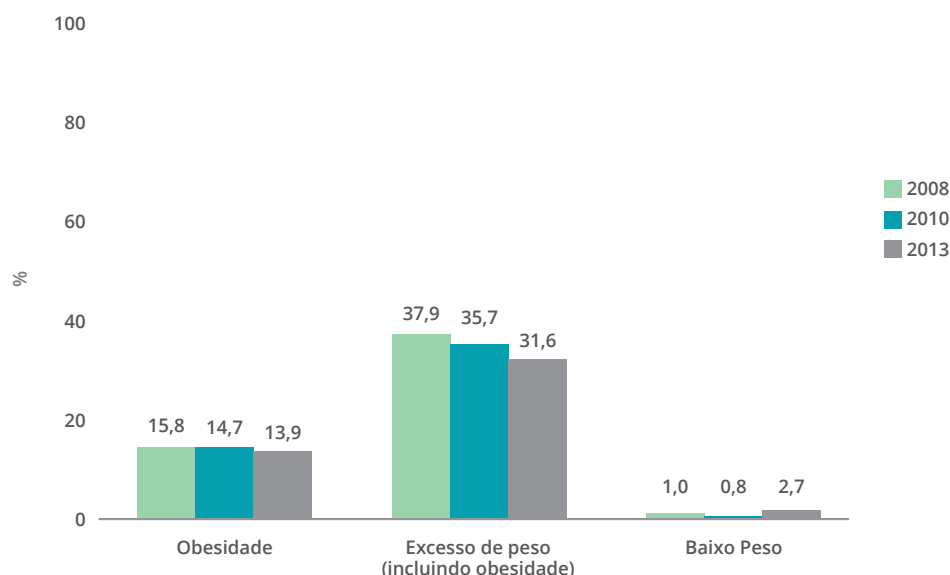
Trata-se de uma colaboração entre a DGS/INSA e OMS Europa que o PNPAS tem apoiado desde o seu lançamento, com a recolha de informação realizada por equipas de todas as ARS do país e regiões autónomas da Madeira e Açores. Esta informação sistematizada e periódica, comparável ao longo do tempo e com outros países europeus, é determinante para a definição de uma política

alimentar em Portugal. No presente momento, existe informação disponível para 3 momentos de análise, 2008, 2010 e 2013, permitindo pela primeira vez uma avaliação da evolução da obesidade infantil nesta faixa etária e sua comparação com outros países Europeus, através de uma metodologia idêntica de recolha de informação.

Apresenta-se pela primeira vez uma comparação da evolução do estado nutricional das crianças a nível nacional entre 2008 e 2013. Os dados parecem sugerir a estabilização do crescimento da obesidade infantil neste período.

4.1.1. Evolução do estado nutricional de crianças de acordo com os critérios da OMS

FIGURA 48 ESTADO NUTRICIONAL, DE ACORDO COM O CRITÉRIO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2008, 2010, 2013)



Fonte: Rito, A. I.; Graça, P., 2015

4.2. Estudo Vila Nova de Gaia. A prevalência de pré-obesidade/obesidade nas crianças do ensino pré-escolar e escolar na Autarquia de Vila Nova de Gaia, Portugal

A Câmara Municipal de V.N. de Gaia tem implementado um sistema de avaliação da obesidade infantil abrangendo praticamente toda a população do pré-escolar e primeiro ciclo do ensino básico dos estabelecimentos de ensino da responsabilidade do município.

Através desta metodologia única, de grande qualidade e inovadora a nível nacional, é possível a monitorização anual de praticamente todas as crianças da região e deste grave problema de saúde pública nacional.

Neste relatório apresentam-se os resultados de 8.974 crianças seguidas no ano letivo 2013/14 com idades compreendidas entre os 3 e os 13 anos, provenientes de 93 dos 113 estabelecimentos de ensino pré-escolar e primeiro ciclo do ensino básico de Vila Nova de Gaia.

A prevalência de excesso de peso encontrada neste estudo foi de 37,4%, valor superior ao habitualmente encontrado em estudos nacionais existentes e comparáveis na mesma região.

QUADRO 21 CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA, NO GERAL, DE ACORDO COM O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC), SEGUNDO OS CRITÉRIOS OMS, CDC E IOTF

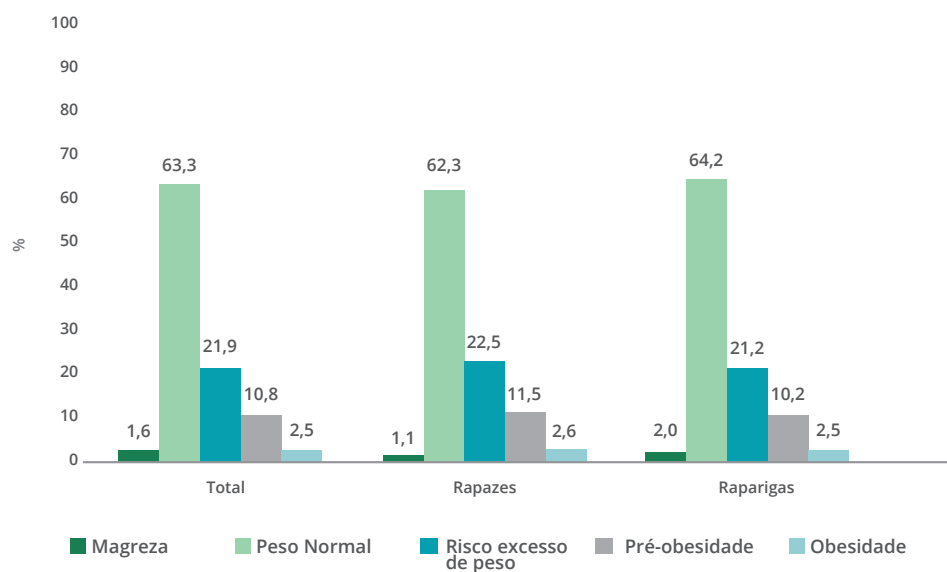
		OMS 2006/2007		CDC		IOTF	
		N	%	N	%	N	%
Total	Magreza	158	1,8	257	2,9	802	8,9
	Peso normal	5.456	60,8	5.348	59,6	5.314	59,2
	Pré-obesidade	1.989	22,2	1.382	15,4	1.767	19,7
	Obesidade	1.371	15,3	1.987	22,1	1.091	12,2
	Total	8.974	100	8.974	100	8.974	100
Rapazes	Magreza	86	1,9	136	3,0	414	9,0
	Peso normal	2.782	60,4	2.728	59,2	2.702	58,7
	Pré-obesidade	970	21,1	684	14,9	848	18,4
	Obesidade	768	16,7	1.058	23,0	642	13,9
	Total	4.606	100	4.606	100	4.606	100
Raparigas	Magreza	72	1,6	121	2,8	388	8,9
	Peso normal	2.674	61,2	2.620	60,0	2.612	59,8
	Pré-obesidade	1.019	23,3	698	16,0	919	21,0
	Obesidade	603	13,8	929	21,3	449	10,3
	Total	4.368	100	4.368	100	4.368	100

OMS - Organização Mundial da Saúde; CDC - Center of Diseases Control; IOTF International Obesity Task Force;

Fonte: CAMARINHA, Bárbara *et al.* (2016).

FIGURA 49

CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC), SEGUNDO O CRITÉRIO DA OMS 2006/2007 POR SEXO NO GRUPO ETÁRIO 3-4 ANOS DE IDADE



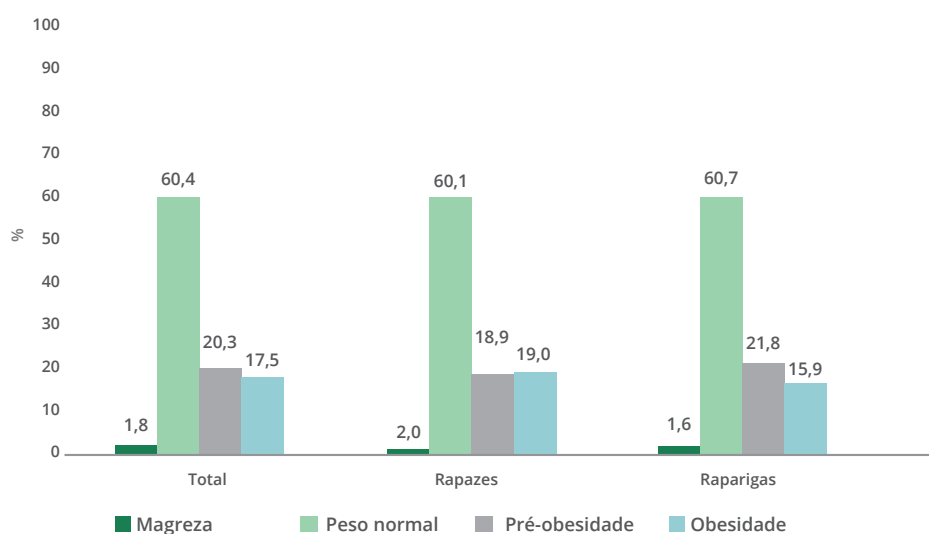
Rapazes n=661; Raparigas n=689; Total n=1350

OMS - Organização Mundial da Saúde

Fonte: CAMARINHA, Bárbara *et al.* (2016).

FIGURA 50

CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC), SEGUNDO O CRITÉRIO DA OMS 2006/2007 POR SEXO NO GRUPO ETÁRIO 5-13 ANOS DE IDADE



Rapazes n=3.945; Raparigas n=3.679; Total n=7.624

OMS - Organização Mundial da Saúde

Fonte: CAMARINHA, Bárbara *et al.* (2016).

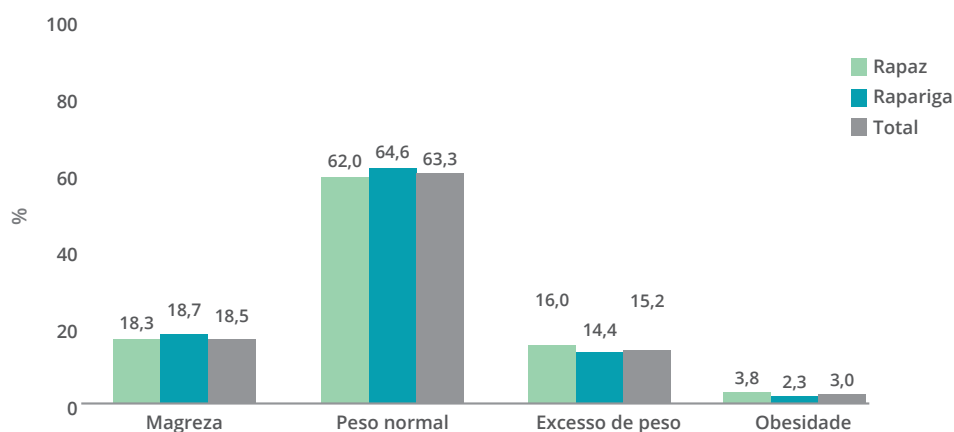
4.3. Índice de massa corporal nos adolescentes

Com base nos resultados do estudo HBSC/OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) verificou-se que a maioria dos adolescentes apresenta um índice de massa corporal normal (63,3%), com um decréscimo da obesidade e excesso de

peso à medida que o ano de escolaridade avança. Comparativamente com anos anteriores a prevalência de alunos com excesso de peso e obesidade sofreu pouca variação.

FIGURA 51

PERCENTAGEM DE ALUNOS DE ACORDO COM O SEU ÍNDICE DE MASSA CORPORAL POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)

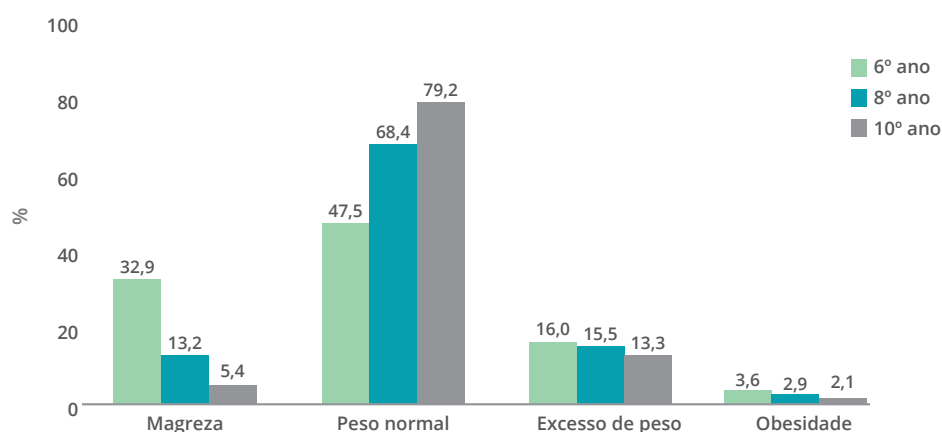


a) (Qui-quadrado=14,68; graus de liberdade=3; $p < 0,01$). $n=5767$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

FIGURA 52

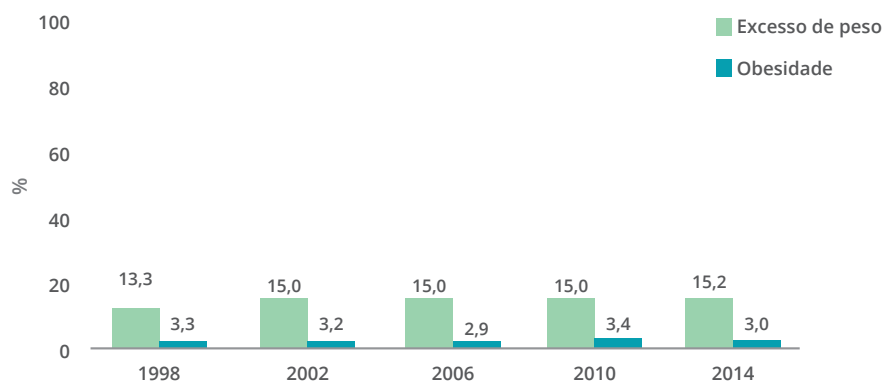
PERCENTAGEM DE ALUNOS DE ACORDO COM SEU ÍNDICE DE MASSA CORPORAL POR ANO DE ESCOLARIDADE, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)



a) (Qui-quadrado=555,04; graus de liberdade=6; $p < 0,001$). $n=5767$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

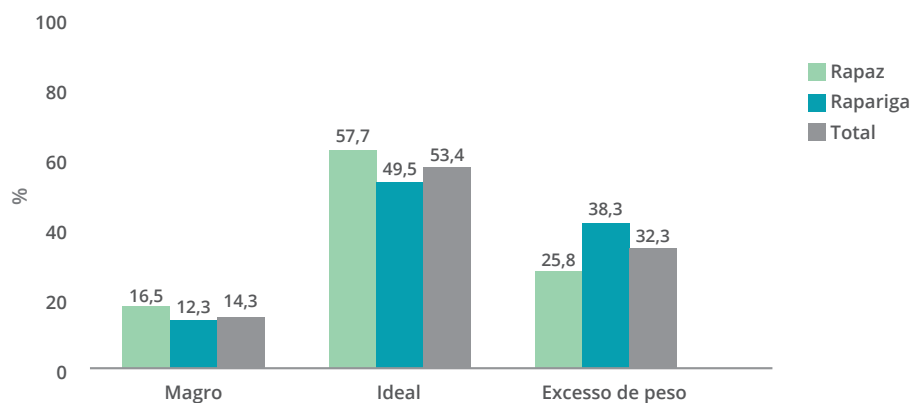
FIGURA 53 PERCENTAGEM DE ALUNOS COM EXCESSO DE PESO E/OU COM OBESIDADE, PORTUGAL CONTINENTAL, 2002, 2006, 2010, 2014



Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. *et al.* 2014

4.4. Perceção do corpo ideal nos adolescentes

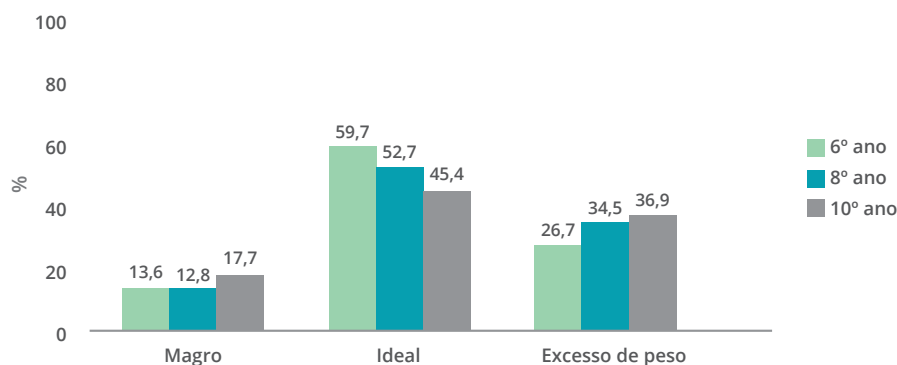
FIGURA 54 PERCENTAGEM DE ALUNOS DE ACORDO COM A PERCEÇÃO DO CORPO POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)



a) (Qui-quadrado=108,36; graus de liberdade=2, $p < 0,001$). $n=5939$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. *et al.* 2014

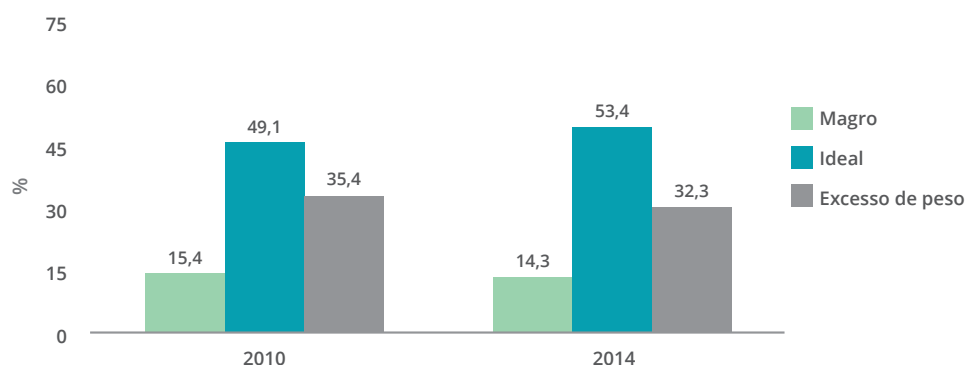
FIGURA 55 PERCENTAGEM DE ALUNOS DE ACORDO COM A PERCEÇÃO DO CORPO POR ANO DE ESCOLARIDADE, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014 ^(a)



a) (Qui-quadrado=84,77; graus de liberdade=4, $p \leq 0,001$), $n=5939$

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

FIGURA 56 PERCENTAGEM DE ALUNOS DE ACORDO COM A PERCEÇÃO DO CORPO, PORTUGAL CONTINENTAL, 2010 E 2014



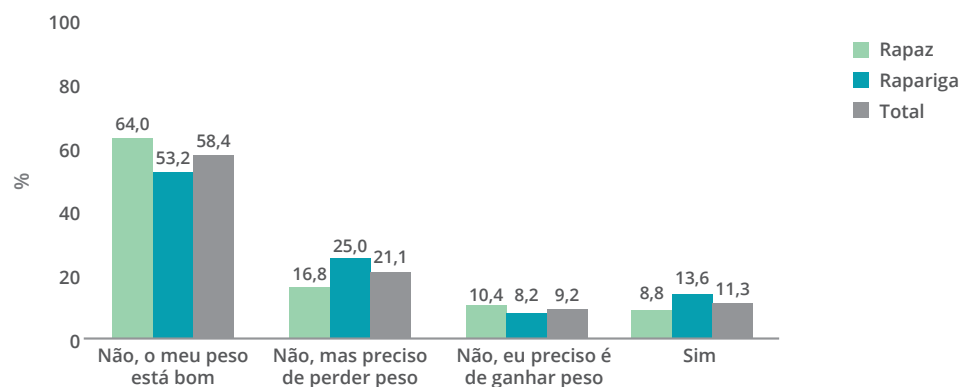
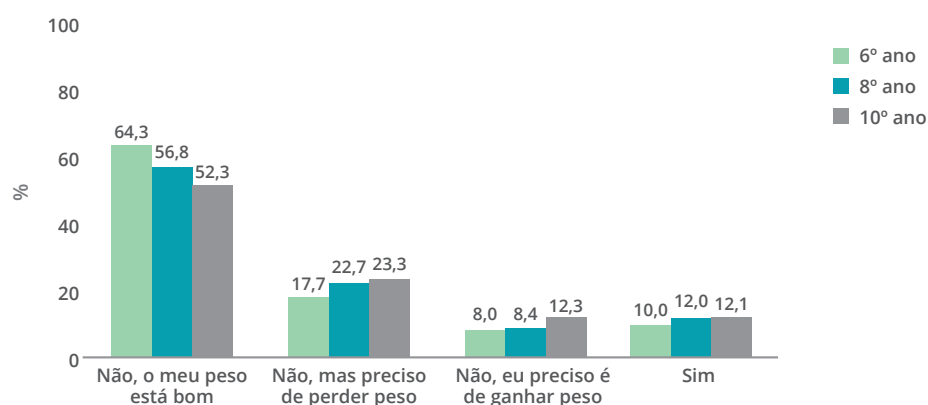
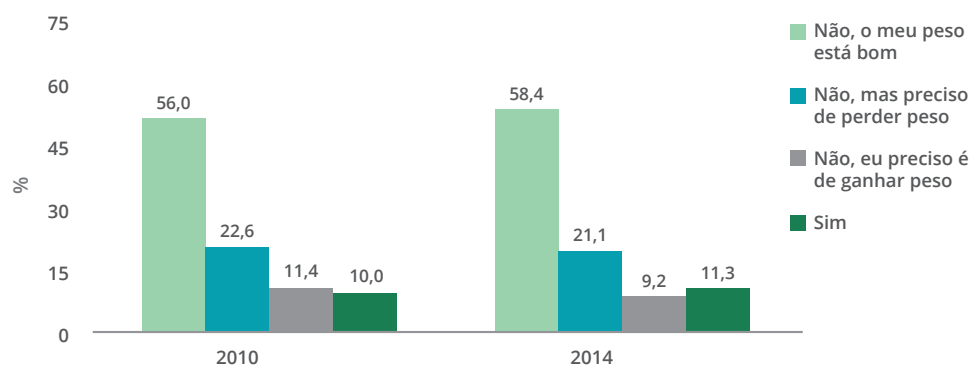
2010 - N=5010 e 2014 - N=5939

Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. et al. 2014

4.5. Dieta para perda de peso nos adolescentes

Considerando a questão “está a fazer dieta?” mais de metade dos adolescentes (58,4%) refere não estar a fazê-lo, pois consideram o seu peso como adequado. Comparando entre géneros verifica-se que as raparigas são quem mais frequentemente está a fazer dieta (13,6%).

Os alunos do 10º ano são aqueles que referem com maior frequência não estarem a fazer dieta, mas que consideram necessitar de perder peso. Em comparação com anos anteriores verifica-se um aumento da percentagem de alunos que não está a fazer dieta pois consideram que o seu peso é o adequado.

FIGURA 57 AUTOPERCEÇÃO DOS ALUNOS FACE À NECESSIDADE DE FAZER DIETA PARA A PERDA DE PESO POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014^(a)a) (Qui-quadrado=114,10; graus de liberdade=3, $p<0,001$). n=5940Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. *et al.* 2014**FIGURA 58** AUTOPERCEÇÃO DE ALUNOS FACE À NECESSIDADE DE FAZER DIETA PARA A PERDA DE PESO POR ANO DE ESCOLARIDADE, PORTUGAL CONTINENTAL, 2014^(a)a) (Qui-quadrado=65,74; graus de liberdade=6, $p<0,001$). n= 5.940Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. *et al.* 2014**FIGURA 59** PERCENTAGEM DE ALUNOS FACE AO SEU À SUA AUTOPERCEÇÃO FACE À NECESSIDADE DE FAZER DIETA PARA A PERDA DE PESO, PORTUGAL CONTINENTAL, 2010 E 2014^(a)a) (Qui-quadrado=114,10; graus de liberdade=3, $p<0,001$). n=5940Fonte: Matos, Margarida Gaspar de. *et al.* 2014

4.6. Prevalência de excesso de peso/obesidade na população adulta portuguesa de acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014 e sua comparação com os resultados obtidos em 2005/2006

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde, em 2014, mais de metade da população portuguesa (52,8%) com 18 ou mais anos tinha excesso de peso.

O aumento da obesidade verificou-se sobretudo no sexo feminino e na população com idades entre 45 e 74 anos.

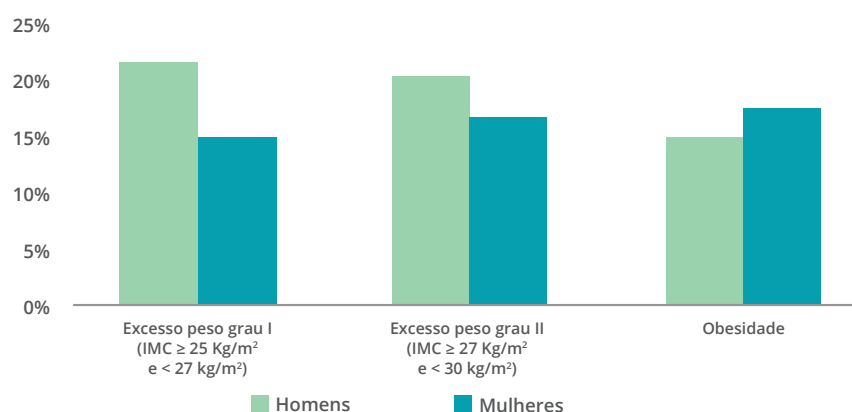
QUADRO 22 POPULAÇÃO RESIDENTE COM 18 OU MAIS ANOS POR CLASSES DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E POR SEXO, PORTUGAL, 2014

SEXO	TOTAL		BAIXO PESO		PESO NORMAL		EXCESSO PESO GRAU I *		EXCESSO PESO GRAU II *		OBESIDADE	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Total	8.555.583	100,0	155.083	1,8	3.760.239	44,0	1.537.769	18,0	1.577.020	18,4	1.401.790	16,4
Homens	3.996.894	100,0	x	x	1.639.136	41,0	859.540	21,5	817.932	20,5	604.791	15,1
Mulheres	4.558.688	100,0	115.161	2,5	2.121.102	46,5	678.229	14,9	759.088	16,7	796.999	17,5

* De acordo com a classificação definida pela OMS, excesso peso graus I e II são equivalentes à categoria de pré-obesidade (IMC entre 25 - 29.9 kg/m²).

Fonte: INE/INSA - INS - Inquérito Nacional de Saúde 2014

FIGURA 60 PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO COM EXCESSO DE PESO E OBESIDADE POR SEXO, PORTUGAL 2014 ^(a)



a) (Qui-quadrado=65,74; graus de liberdade=6, p<0,001). n= 5.940

Fonte: INE/INSA - INS - Inquérito Nacional de Saúde 2014

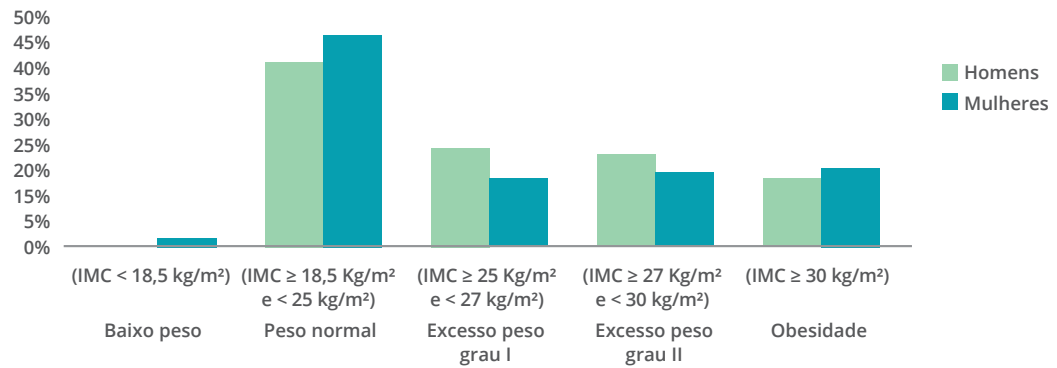
QUADRO 23 COEFICIENTES DE VARIAÇÃO DAS ESTIMATIVAS DE POPULAÇÃO RESIDENTE COM 18 OU MAIS ANOS, POR CLASSES DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (Kg/m²) E POR SEXO, PORTUGAL 2014

SEXO	BAIXO PESO	PESO NORMAL	EXCESSO PESO GRAU I *	EXCESSO PESO GRAU II *	OBESIDADE
	(IMC < 18,5 Kg/m²)	(IMC ≥ 18,5 Kg/m² E < 25 Kg/m²)	(IMC ≥ 25 Kg/m² E < 27 Kg/m²)	(IMC ≥ 27 Kg/m² E < 30 Kg/m²)	(IMC ≥ 30 Kg/m²)
Total	1,80	44,00	18,00	18,40	16,40
Homens	-	41,00	21,50	20,50	15,10
Mulheres	2,50	46,50	14,90	16,70	17,50

* De acordo com a classificação definida pela OMS, excesso peso grau I e II é equivalente à categoria de pré-obesidade (IMC entre 25 - 29.9 kg/m²).

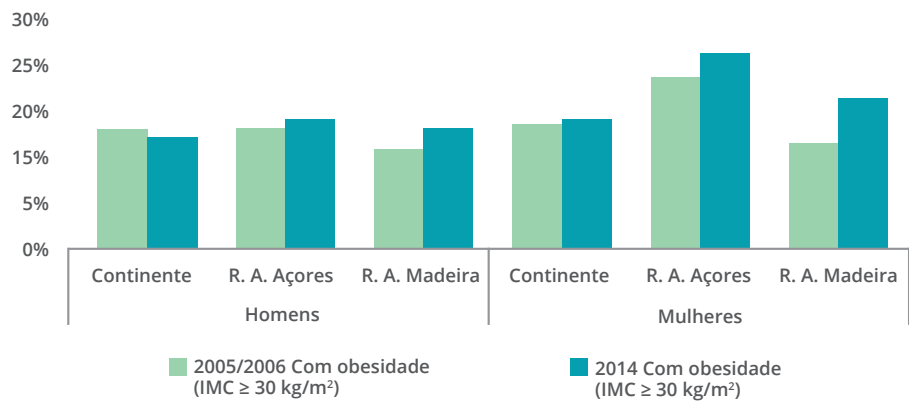
Fonte: INE/INSA - INS - Inquérito Nacional de Saúde 2014

FIGURA 61 | PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO POR SEXO E IMC, PORTUGAL 2014



Fonte: INE/INSA - INS - Inquérito Nacional de Saúde 2014

FIGURA 62 | COMPARAÇÃO DA PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO POR SEXO E IMC, ANO 2005/2006 COM 2014



Fonte: INE/INSA - INS - Inquérito Nacional de Saúde 2014

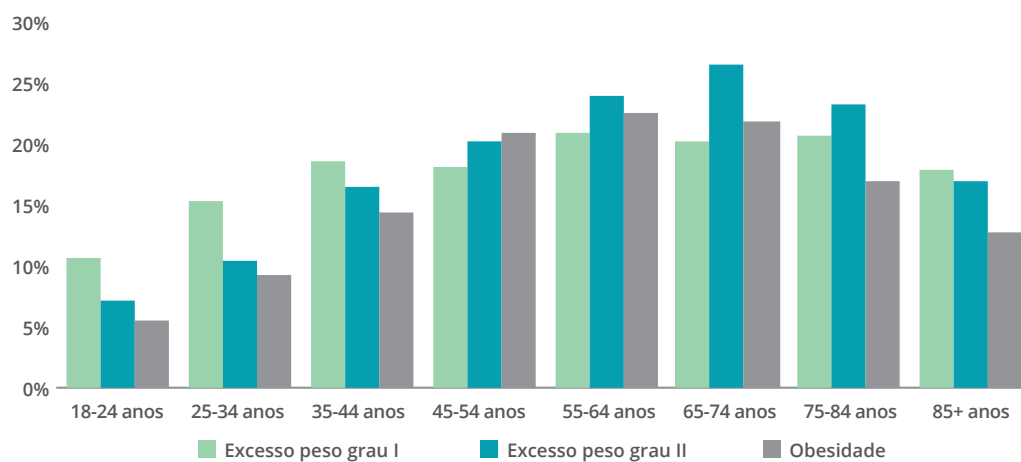
QUADRO 24 | PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO COM 18 OU MAIS ANOS COM EXCESSO DE PESO E OBESIDADE POR GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL 2014

GRUPO ETÁRIO	EXCESSO PESO GRAU I	EXCESSO PESO GRAU II	OBESIDADE
18-24 anos	10,60	7,10	5,60
25-34 anos	15,20	10,50	9,30
35-44 anos	18,60	16,50	14,30
45-54 anos	18,00	20,10	20,80
55-64 anos	20,80	23,90	22,60
65-74 anos	20,20	26,40	21,80
75-84 anos	20,60	23,20	17,00
85 + anos	17,90	17,00	12,70
Total	18,00	18,40	16,40

Fonte: INE/INSA - INS - Inquérito Nacional de Saúde 2014

FIGURA 63

PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO COM 18 OU MAIS ANOS COM EXCESSO DE PESO E OBESIDADE POR GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL 2014



Fonte: INE/INSA - INS - Inquérito Nacional de Saúde 2014

5. MORBILIDADE E MORTALIDADE ASSOCIADA À ALIMENTAÇÃO

O estado nutricional avaliado pela relação peso/altura revela uma proporção muito elevada de crianças e adultos portugueses com pré-obesidade e obesidade. Aparentemente, o crescimento da obesidade em crianças parece abrandar nos últimos anos, mas esta eventual tendência necessita de ser confirmada em estudos posteriores e utilizando metodologias semelhantes.

De notar o forte crescimento do número de utentes com registo de obesidade e excesso de peso (embora desigual por região) que poderá ser devido a diferentes fatores, entre eles uma maior atenção dos profissionais de saúde a este fenómeno.

5.1. Registo de doentes com obesidade e excesso de peso nos Cuidados de Saúde Primários

5.1.1. Obesidade em utentes nos Cuidados de Saúde Primários

QUADRO 25 EVOLUÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DE PESSOAS COM REGISTO DE OBESIDADE ENTRE O NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS EM CSP, POR ARS (2010 A 2014)

NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS

ARS	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	4.061.980	4.057.684	4.011.448	3.811.831	3.835.870
Centro	1.944.616	1.924.672	1.907.299	1.774.533	1.804.531
Lisboa e Vale do Tejo	4.164.326	4.136.056	3.742.433	3.756.598	3.685.828
Alentejo	555.722	548.307	540.329	511.655	514.938
Algarve	503.747	509.446	510.723	452.176	463.139
Portugal Continental	11.230.391	11.176.165	10.712.232	10.306.793	10.304.306

NÚMERO DE UTENTES COM REGISTO DE OBESIDADE

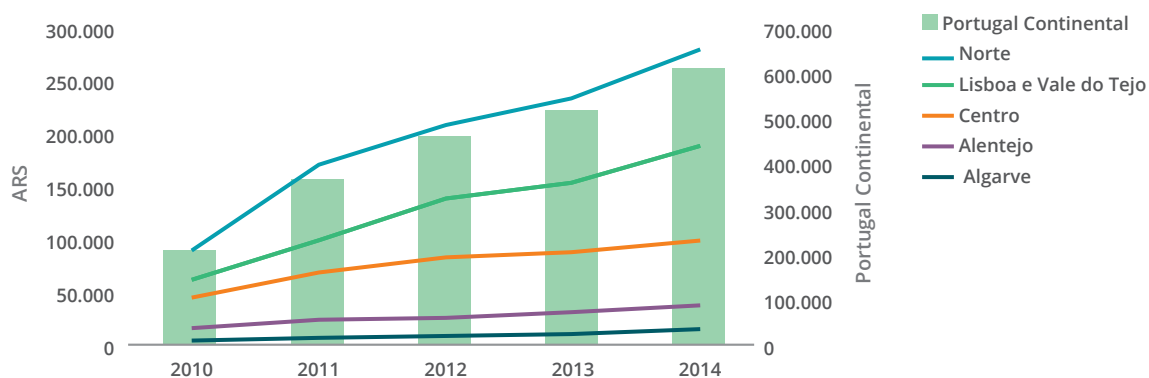
ARS	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	92.609	170.232	209.794	240.194	283.439
Centro	42.288	69.664	82.820	88.263	99.077
Lisboa e Vale do Tejo	62.231	100.487	139.180	156.184	189.787
Alentejo	14.727	22.087	25.860	29.148	34.936
Algarve	2.356	5.755	8.551	10.965	13.530
Portugal Continental	214.211	368.225	466.205	524.754	620.769

PERCENTAGEM DE PESSOAS COM REGISTO DE OBESIDADE

ARS	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	2,3	4,2	5,2	6,3	7,4
Centro	2,2	3,6	4,3	5,0	5,5
Lisboa e Vale do Tejo	1,5	2,4	3,7	4,2	5,1
Alentejo	2,7	4,0	4,8	5,7	6,8
Algarve	0,5	1,1	1,7	2,4	2,9
Portugal Continental	1,9	3,3	4,4	5,1	6,0

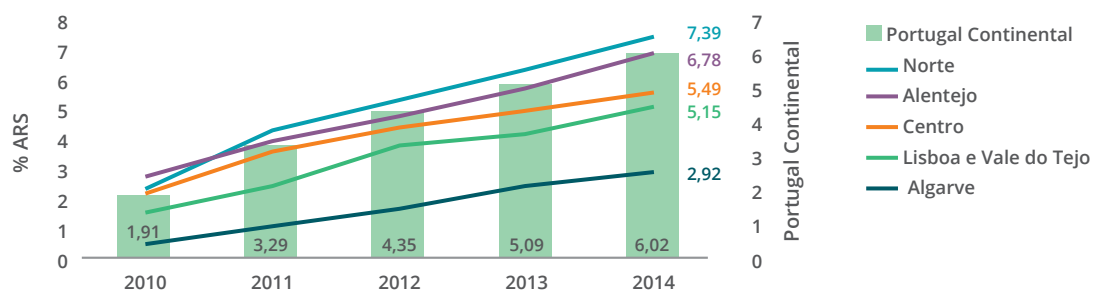
Fonte: SIARS - ACSS/SPMS, 2015

FIGURA 64 NÚMERO DE PESSOAS COM REGISTO DE OBESIDADE ENTRE O NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) POR ARS E PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



Fonte: SIARS - ACSS/SPMS, 2015

FIGURA 65 PERCENTAGEM DE PESSOAS COM REGISTO DE OBESIDADE ENTRE O NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) POR ARS E PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)



Fonte: SIARS - ACSS/SPMS, 2015

5.1.2. Excesso de peso em utentes dos Cuidados de Saúde Primários

QUADRO 26 EVOLUÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DE PESSOAS COM REGISTO DE EXCESSO DE PESO ENTRE O NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) POR ARS E PORTUGAL CONTINENTAL. (2010 A 2014)**NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS**

ARS	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	4.061.980	4.057.684	4.011.448	3.811.831	3.835.870
Centro	1.944.616	1.924.672	1.907.299	1.774.533	1.804.531
Lisboa e Vale do Tejo	4.164.326	4.136.056	3.742.433	3.756.598	3.685.828
Alentejo	555.722	548.307	540.329	511.655	514.938
Algarve	503.747	509.446	510.723	452.176	463.139
Portugal Continental	11.230.391	11.176.165	10.712.232	10.306.793	10.304.306

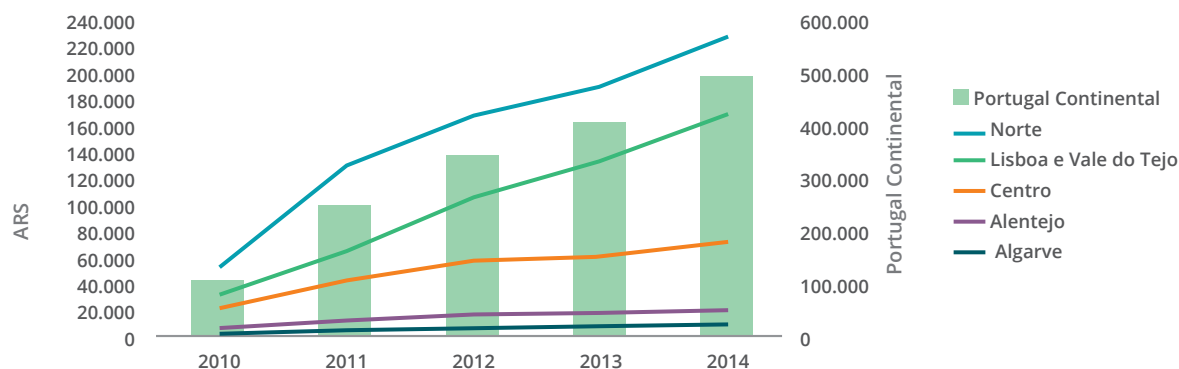
NÚMERO DE UTENTES COM REGISTO DE EXCESSO DE PESO

ARS	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	51.139	128.128	166.286	190.282	227.343
Centro	18.199	44.051	55.246	61.900	71.685
Lisboa e Vale do Tejo	31.845	63.842	103.244	132.793	167.579
Alentejo	5.218	11.886	15.127	17.187	19.683
Algarve	752	3.240	5.136	8.024	10.877
Portugal Continental	107.153	251.147	345.039	410.186	497.167

PORCENTAGEM DE PESSOAS COM REGISTO DE EXCESSO DE PESO

ARS	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	1,3	3,2	4,1	5,0	5,9
Centro	0,9	2,3	2,9	3,5	4,0
Lisboa e Vale do Tejo	0,8	1,5	2,8	3,6	4,5
Alentejo	0,9	2,2	2,8	3,4	3,8
Algarve	0,1	0,6	1,0	1,8	2,3
Portugal Continental	1,0	2,2	3,2	4,0	4,8

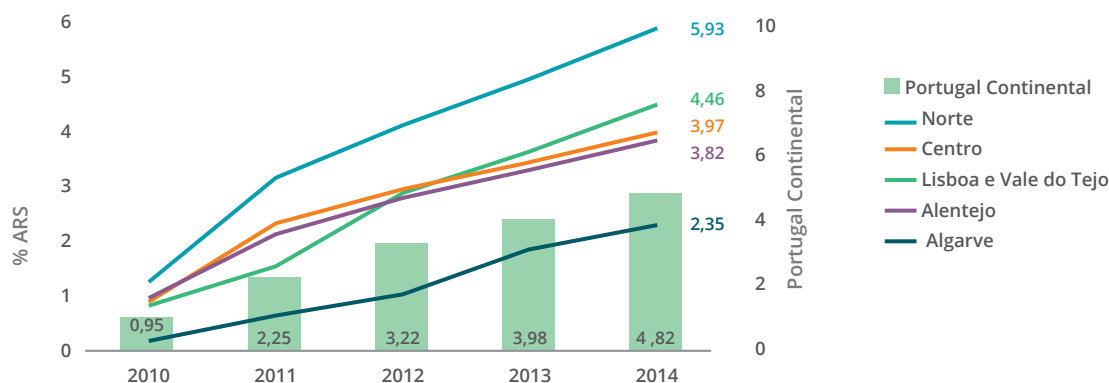
Fonte: SIARS - ACSS/SPMS, 2015

FIGURA 66 PORCENTAGEM DE PESSOAS COM REGISTO DE OBESIDADE DE ENTRE O NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) POR ARS E PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

Fonte: SIARS - ACSS/SPMS, 2015

FIGURA 67

PERCENTAGEM DE PESSOAS COM REGISTO DE EXCESSO DE PESO ENTRE O NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) POR ARS E PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



Fonte: SIARS - ACSS/SPMS, 2015

5.2. Mortalidade relacionada com o estado nutricional

QUADRO 27

INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A OBESIDADE E OUTRAS FORMAS DE HIPERALIMENTAÇÃO. PORTUGAL CONTINENTAL. 2009-2013

OBESIDADE E OUTRAS FORMAS DE HIPERALIMENTAÇÃO

	2009	2010	2011	2012	2013
Número de óbitos	153	137	166	216	210
Taxa de mortalidade	1,5	1,4	1,7	2,2	2,1
Taxa de mortalidade padronizada	1,1	0,9	1,1	1,2	1,2
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	4,4	4,3	4,9	7,3	7,1
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	5,9	4,8	6,2	9,6	9,3

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: E65-E68.

Fonte: INE, 2013

QUADRO 28 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A DESNUTRIÇÃO E OUTRAS DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS. PORTUGAL CONTINENTAL. 2009-2013

DESNUTRIÇÃO E OUTRAS DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS

	2009	2010	2011	2012	2013
Número de óbitos	51	62	59	61	71
Taxa de mortalidade	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7
Taxa de mortalidade padronizada	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	0	0	0,1	0	0,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	2,2	2,5	2,1	2,3	2,4
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	0	0	0,1	0	0,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	3,3	3,8	3,3	3,4	3,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: E40-E64

Fonte: INE, 2013

5.3. Cuidados Hospitalares relacionados com o estado nutricional

5.3.1. Caracterização da produção hospitalar relacionada com o estado nutricional segundo diagnóstico principal

QUADRO 29 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “OUTRAS FORMAS DE DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRICAS”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

OUTRAS FORMAS DE DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRICAS					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	77	61	67	54	40
Dias Internamento	930	624	382	771	398
Demora Média	12,1	10,2	5,7	14,3	10,0
Day Cases	...	0	0	0	0
Demora Média sem DC	...	10,2	5,7	14,3	10,0
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	5	4	...	11	...

... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 30 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “AVITAMINOSES”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**AVITAMINOSES**

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	51	53	60	49	67
Dias Internamento	429	850	782	628	786
Demora Média	8,4	16,0	13,0	12,8	11,7
Day Cases	...	4	...	...	...
Demora Média sem DC	...	17,4	...	...	...
Casos Ambulatório	0	...	...	...	...
Óbitos	3	0	...	3	...

... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 31 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO**

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	1.746	1.679	1.711	1.573	1.636
Dias Internamento	13.128	13.101	13.437	12.078	13.101
Demora Média	7,5	7,8	7,9	7,7	8,0
Day Cases	103	34	41	61	63
Demora Média sem DC	8,0	8,0	8,1	8,0	8,2
Casos Ambulatório	0	0	...	0	0
Óbitos	20	32	25	17	33

... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 32 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “PESO A MAIS E OBESIDADE”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**PESO A MAIS E OBESIDADE**

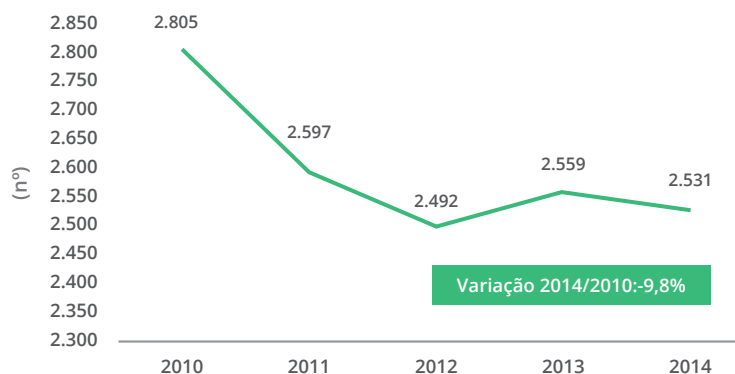
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	2.805	2.597	2.492	2.559	2.531
Dias Internamento	12.762	12.518	11.914	12.248	10.937
Demora Média	4,6	4,8	4,8	4,8	4,3
Day Cases	105	94	90	87	163
Demora Média sem DC	4,7	5,0	5,0	5,0	4,6
Casos Ambulatório	29	27	25	6	33
Óbitos	6	7	7	11	...

... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 68

EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A PESO A MAIS E OBESIDADE, (2010 A 2014)



Nota: Taxa de crescimento médio anual: -2,0%

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 33

CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A ADIPOSIDADE LOCALIZADA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

ADIPOSIDADE LOCALIZADA

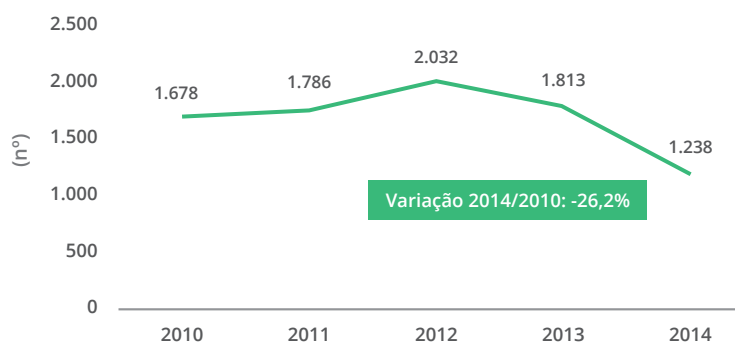
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	1.678	1.786	2.032	1.813	1.238
Dias Internamento	6.146	6.554	7.183	6.812	4.691
Demora Média	3,7	3,7	3,5	3,5	3,8
Day Cases	78	92	122	99	89
Demora Média sem DC	3,8	3,9	3,8	4,0	4,1
Casos Ambulatório	67	71	91	77	60
Óbitos	...	...	0	0	0

... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 69

EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A ADIPOSIDADE LOCALIZADA, (2010 A 2014)



Nota: Taxa de crescimento médio anual: -5,9%

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 34 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 NCOP”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 NCOP**

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	80	73	88	97	102
Dias Internamento	945	719	766	888	1.042
Demora Média	11,8	9,9	8,7	9,2	10,2
Day Cases	0	0	...	4	0
Demora Média sem DC	11,8	9,9	...	9,5	10,2
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	...	0	...	...	0

...Dado confidencial; NCOP – não codificadas em outra parte

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 35 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE ÁCIDO FÓLICO”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE ÁCIDO FÓLICO**

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	19	20	10	19	19
Dias Internamento	214	283	132	161	172
Demora Média	11,3	14,2	13,2	8,5	9,1
Day Cases	0	0	...	...	0
Demora Média sem DC	11,3	14,2	...	...	9,1
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	0	0	0	...	0

...Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 36 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “ANOREXIA”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**ANOREXIA**

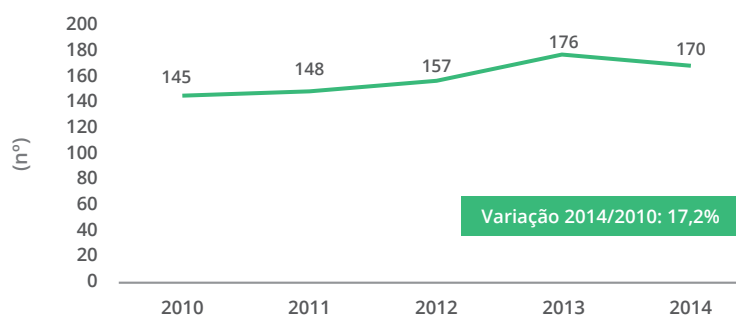
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	145	148	157	176	170
Dias Internamento	3.871	5.158	5.534	5.980	5.557
Demora Média	26,7	34,9	35,3	34,0	32,7
Day Cases	3	5	...	4	4
Demora Média sem DC	27,3	36,1	...	34,8	33,5
Casos Ambulatório	0	0	0	0	...
Óbitos	0	...	...	...	0

...Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 70

EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A ANOREXIA (2010 A 2014)



Nota: Taxa de crescimento médio anual: 3,2%

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 37

CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “BULIMIA NERVOSA”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

BULIMIA NERVOSA

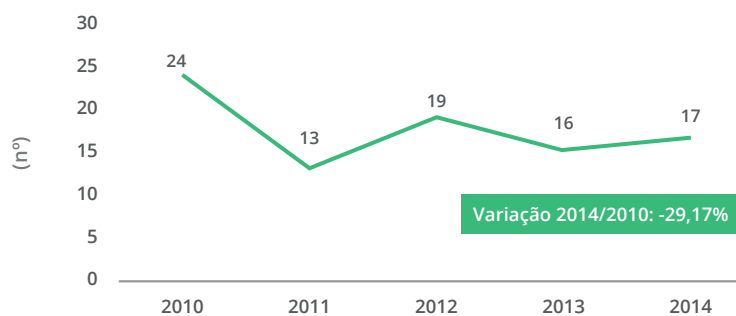
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	24	13	19	16	17
Dias Internamento	355	147	379	325	382
Demora Média	14,8	11,3	20,0	20,3	22,5
Day Cases	3	...	0	0	...
Demora Média sem DC	16,9	...	20,0	20,3	22,5
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	0	0	0	0	0

...Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 71

EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A BULIMIA NERVOSA (2010 A 2014)



Nota: Taxa de crescimento médio anual: -6,7%

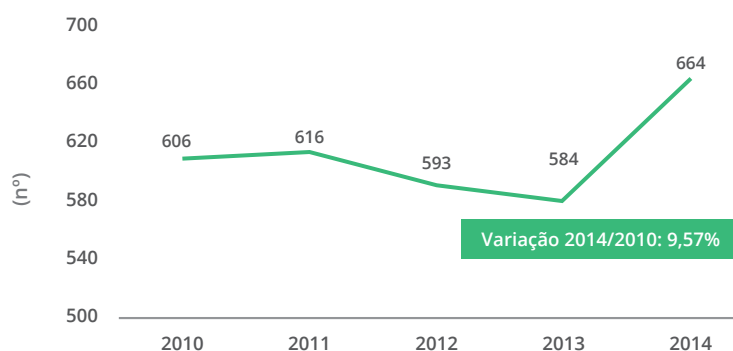
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 38 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “ÚLCERA DE PRESSÃO”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**ÚLCERA DE PRESSÃO**

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	606	616	593	584	664
Dias Internamento	16.251	14.716	12.911	13.080	15.381
Demora Média	26,8	23,9	21,8	22,4	23,2
Day Cases	19	20	33	15	18
Demora Média sem DC	27,7	24,7	23,1	23,0	24,0
Casos Ambulatório	7	9	21	10	11
Óbitos	124	104	86	81	120

...Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 72 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A ÚLCERA DE PRESSÃO (2010 A 2014)

Nota: Taxa de crescimento médio anual: 1,8%

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 39 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “DESIDRATAÇÃO”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**DESIDRATAÇÃO**

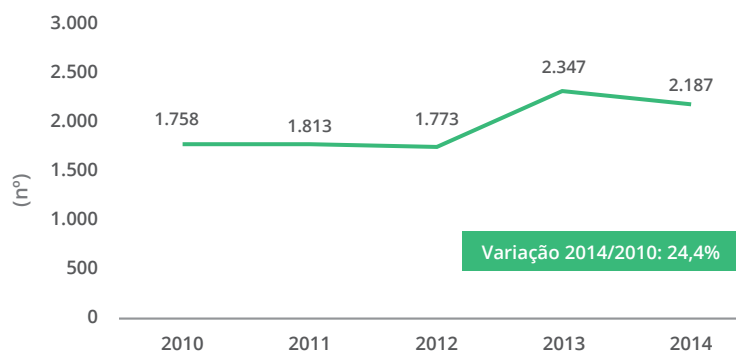
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	1.758	1.813	1.773	2.347	2.187
Dias Internamento	12.660	12.149	13.502	17.147	15.854
Demora Média	7,2	6,7	7,6	7,3	7,2
Day Cases	57	35	26	53	97
Demora Média sem DC	7,4	6,8	7,7	7,5	7,6
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	191	215	234	325	272

...Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 73

EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A DESIDRATAÇÃO (2010 A 2014)



Nota: Taxa de crescimento médio anual: 4,3%

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 40

CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “INFUSÃO ENTERAL DE SUBSTÂNCIAS NUTRICIONAIS CONCENTRADAS”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

INFUSÃO ENTERAL DE SUBSTÂNCIAS NUTRICIONAIS CONCENTRADAS

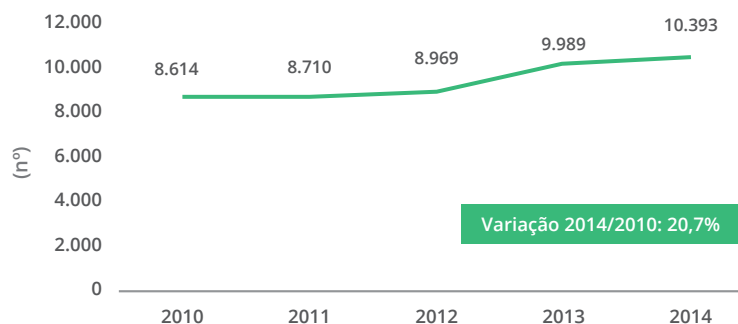
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	8.614	8.710	8.969	9.989	10.393
Dias Internamento	200.151	194.916	202.378	234.150	240.781
Demora Média	23,2	22,4	22,6	23,4	23,2
Day Cases	25	35	21	27	43
Demora Média sem DC	23,3	22,5	22,6	23,4	23,3
Casos Ambulatório	0	...	0	0	0
Óbitos	2.445	2.594	2.698	2.951	3.006

...Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 74

EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A INFUSÃO ENTERAL DE SUBSTÂNCIAS NUTRICIONAIS CONCENTRADAS (2010 A 2014)



Nota: Taxa de crescimento médio anual: 3,8%

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

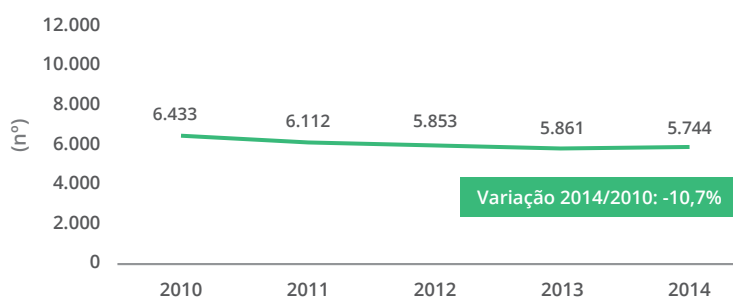
QUADRO 41 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PERFUSÃO PARENTÉRICA DE SUBSTÂNCIAS NUTRICIONAIS CONCENTRADAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

PERFUSÃO PARENTÉRICA DE SUBSTÂNCIAS NUTRICIONAIS CONCENTRADAS

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	6.433	6.112	5.853	5.861	5.744
Dias Internamento	173.108	170.176	166.488	168.661	168.016
Demora Média	26,91	27,84	28,44	28,8	29,3
Day Cases	182	55	61	38	36
Demora Média sem DC	27,69	28,1	28,74	28,96	29,43
Casos Ambulatório	16	18	15	7	0
Óbitos	1.021	1.013	985	1.011	961

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 75 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A PERFUSÃO PARENTÉRICA DE SUBSTÂNCIAS NUTRICIONAIS CONCENTRADAS (2010 A 2014)



Nota: Taxa de crescimento médio anual: -2,2%

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

5.3.2. Caracterização da produção hospitalar relacionada com o estado nutricional segundo diagnóstico principal e secundários

QUADRO 42 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A OUTRAS FORMAS DE DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRICAS*, PORTUGAL CONTINENTAL. 2010-2014

OUTRAS FORMAS DE DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRICAS*

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	1.853	2.115	1.870	2.430	2.380
Dias Internamento	34.930	39.990	38.375	45.157	44.498
Demora Média	18,9	18,9	20,5	18,6	18,7
Day Cases	14	15	4	8	11
Demora Média sem DC	19,0	19,0	20,6	18,6	18,8
Casos Ambulatório	3	4	...	...	4
Óbitos	464	497	438	568	570

*diagnósticos principal e secundários /... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 43 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “AVITAMINOSES”*, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**AVITAMINOSES***

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	1.158	1.421	1.455	2.029	2.827
Dias Internamento	16.331	19.759	20.202	31.016	41.000
Demora Média	14,1	13,9	13,9	15,3	14,5
Day Cases	...	9	10	14	11
Demora Média sem DC	...	14,0	14,0	15,4	14,6
Casos Ambulatório	0	4	7	9	6
Óbitos	95	71	64	116	164

*diagnósticos principal e secundários /... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 44 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO”*, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO***

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	14.593	15.074	15.435	16.020	17.147
Dias Internamento	184.511	179.151	185.298	192.638	202.912
Demora Média	12,6	11,9	12,0	12,0	11,8
Day Cases	292	225	294	359	374
Demora Média sem DC	12,9	12,1	12,2	12,3	12,1
Casos Ambulatório	110	105	120	131	167
Óbitos	1.117	1.192	1.245	1.266	1.451

*diagnósticos principal e secundários

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 45 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “PESO A MAIS E OBESIDADE”, PORTUGAL CONTINENTAL. 2010-2014**PESO A MAIS E OBESIDADE**

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	41.942	46.634	52.574	63.594	71.633
Dias Internamento	335.603	364.543	412.633	489.408	532.345
Demora Média	8,0	7,8	7,9	7,7	7,4
Day Cases	3.006	4.471	5.194	7.699	10.379
Demora Média sem DC	8,6	8,7	8,7	8,8	8,7
Casos Ambulatório	2.350	3.752	4.499	6.419	9.080
Óbitos	1.426	1.621	1.976	2.430	2.658

*diagnósticos principal e secundários

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 46 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “ADIPOSIDADE LOCALIZADA”*, PORTUGAL CONTINENTAL. 2010-2014

ADIPOSIDADE LOCALIZADA*

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	1.872	2.040	2.291	2.086	1.389
Dias Internamento	7.059	7.746	8.887	8.261	5.702
Demora Média	3,8	3,8	3,9	4,0	4,1
Day Cases	101	150	160	150	115
Demora Média sem DC	4,0	4,1	4,2	4,3	4,5
Casos Ambulatório	88	127	126	124	86
Óbitos	3	7	3	7	7

*diagnósticos principal e secundários

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 47 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 NCOP”*, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 NCOP*

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	336	347	498	582	744
Dias Internamento	4.222	4.014	6.081	6.702	9.394
Demora Média	12,6	11,6	12,2	11,5	12,6
Day Cases	4	...	3	11	3
Demora Média sem DC	12,7	...	12,3	11,7	12,7
Casos Ambulatório	4	...	0	...	...
Óbitos	14	12	27	25	39

*diagnósticos principal e secundários /... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 48 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE ÁCIDO FÓLICO”*, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE ÁCIDO FÓLICO*

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	603	605	659	784	851
Dias Internamento	8.205	8.018	9.887	11.486	13.044
Demora Média	13,6	13,3	15,0	14,7	15,3
Day Cases	...	...	...	6	4
Demora Média sem DC	...	...	...	14,8	15,4
Casos Ambulatório	...	...	0	...	0
Óbitos	34	38	42	52	74

*diagnósticos principal e secundários /... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 49 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “ANOREXIA”*, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**ANOREXIA***

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	998	1.257	1.850	2.395	2.754
Dias Internamento	16.396	19.394	26.797	35.430	37.692
Demora Média	16,4	15,4	14,5	14,8	13,7
Day Cases	17	25	40	30	38
Demora Média sem DC	16,7	15,7	14,8	15,0	13,9
Casos Ambulatório	...	8	17	10	13
Óbitos	106	161	285	408	499

*diagnósticos principal e secundários /... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 50 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “BULIMIA NERVOSA”*, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**BULIMIA NERVOSA***

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	50	39	34	42	49
Dias Internamento	640	322	470	559	589
Demora Média	12,8	8,3	13,8	13,3	12,0
Day Cases	3	4	...	...	3
Demora Média sem DC	13,6	9,2	...	...	12,8
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	0	0	0	...	0

*diagnósticos principal e secundários /... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 51 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “ÚLCERA DE PRESSÃO”*, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**ÚLCERA DE PRESSÃO***

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	8.918	9.498	9.780	11.198	11.367
Dias Internamento	177.684	180.372	178.294	200.773	201.063
Demora Média	19,9	19,0	18,2	17,9	17,7
Day Cases	55	68	80	68	79
Demora Média sem DC	20,1	19,1	18,4	18,0	17,8
Casos Ambulatório	9	11	22	12	13
Óbitos	2.567	2.722	2.927	3.223	3.241

*diagnósticos principal e secundários /... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 52 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “DESIDRATAÇÃO”*, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

DESIDRATAÇÃO*

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	20.282	22.154	24.471	29.376	27.716
Dias Internamento	218.132	240.283	271.878	325.531	301.626
Demora Média	10,8	10,9	11,1	11,1	10,9
Day Cases	344	303	272	321	344
Demora Média sem DC	10,9	11,0	11,2	11,2	11,0
Casos Ambulatório	5	5	...	0	0
Óbitos	20.282	22.154	24.471	29.376	27.716

*diagnósticos principal e secundários /... Dado confidencial

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 53 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “PESO A MAIS E OBESIDADE* ASSOCIADO A NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON, RETO, JUNÇÃO RETO-SIGMOIDEIA E ÂNUS”*, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

PESO A MAIS E OBESIDADE* ASSOCIADO A NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON, RETO, JUNÇÃO RETO-SIGMOIDEIA E ÂNUS*

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	394	454	564	731	819
Dias Internamento	6.129	6.185	7.741	10.065	11.533
Demora Média	15,6	13,6	13,7	13,8	14,1
Day Cases	17	12	16	26	38
Demora Média sem DC	16,3	14,0	14,1	14,3	14,8
Casos Ambulatório	15	11	9	15	34
Óbitos	33	41	44	51	51

*diagnósticos principal e secundários

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 54 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “PESO A MAIS E OBESIDADE* ASSOCIADO A NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA”*, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

PESO A MAIS E OBESIDADE* ASSOCIADO A NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA*

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	349	478	611	764	759
Dias Internamento	2.331	3.349	3.873	4.633	4.839
Demora Média	6,7	7,0	6,3	6,1	6,4
Day Cases	16	13	33	17	37
Demora Média sem DC	7,0	7,2	6,7	6,2	6,7
Casos Ambulatório	12	9	33	14	29
Óbitos	7	19	28	15	27

*diagnósticos principal e secundários

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 55 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “PESO A MAIS E OBESIDADE* ASSOCIADO A NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA**”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2015)

PESO A MAIS E OBESIDADE* ASSOCIADO A NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA*

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	248	244	332	422	518
Dias Internamento	2.630	2.095	2.873	4.201	4.943
Demora Média	10,6	8,6	8,7	10,0	9,5
Day Cases	8	5	7	23	12
Demora Média sem DC	11,0	8,8	8,8	10,5	9,8
Casos Ambulatório	5	3	6	16	8
Óbitos	17	22	22	24	37

*diagnósticos principal e secundários

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 56 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “PESO A MAIS E OBESIDADE* ASSOCIADO A DIABETES MELLITUS**”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

PESO A MAIS E OBESIDADE* ASSOCIADO A DIABETES MELLITUS*

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	14.539	16.535	19.120	22.726	25.811
Dias Internamento	138.674	154.474	177.838	208.400	230.318
Demora Média	9,5	9,3	9,3	9,2	8,9
Day Cases	642	1150	1419	2149	2827
Demora Média sem DC	10,0	10,0	10,1	10,1	10,0
Casos Ambulatório	459	937	1.225	1.740	2.422
Óbitos	658	787	986	1191	1253

*diagnósticos principal e secundários

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 57 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A “PESO A MAIS E OBESIDADE* ASSOCIADO A HIPERTENSÃO ARTERIAL*”, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

PESO A MAIS E OBESIDADE* ASSOCIADO A HIPERTENSÃO ARTERIAL*

	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos	21.324	24.349	27.895	33.766	37.884
Dias Internamento	173.005	190.500	219.630	261.946	279.850
Demora Média	8,1	7,8	7,9	7,8	7,4
Day Cases	1362	2285	2779	4230	5644
Demora Média sem DC	8,7	8,6	8,7	8,9	8,7
Casos Ambulatório	1.069	1.937	2.412	3.519	4.975
Óbitos	651	732	852	1.133	1.261

*diagnósticos principal e secundários

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

6. MAPICO – MAPEAMENTO E DIVULGAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PROJETOS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PREVENÇÃO DA OBESIDADE

No âmbito do PNPAS, e considerando a necessidade de identificar, descrever e divulgar os projetos existentes a nível nacional na área da prevenção da obesidade, surgiu a oportunidade de desenvolver o projeto MAPICO - Mapeamento e Divulgação de Boas Práticas em Projetos de Intervenção Comunitária na Área da Prevenção da Obesidade e na Diminuição da Prevalência da Pré-obesidade e Obesidade Infantil em Portugal. Este projeto tem como principal objetivo a realização de um mapeamento de programas de intervenção comunitária que tenham como objetivo a prevenção da obesidade ao nível dos serviços de cuidados de saúde primários e também em contexto escolar. Para tal, foi realizado um le-

vantamento de todos os projetos de intervenção comunitária que têm como objetivo prevenção da obesidade infantil e a diminuição da prevalência da pré-obesidade e obesidade infantil ao nível nacional. Desta forma, foi possível verificar o estado de cada projeto e a sua caracterização, através de um levantamento de todas as informações disponíveis sobre os mesmos. Este mapeamento continua em fase de recolha de dados, tendo sido já mapeadas aproximadamente 70 intervenções a nível nacional. Destas, foi possível recolher informação detalhada sobre **40 intervenções** que podem ser consultadas no sítio do PNPAS (<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/projetos/>).

Nº	NOME DO PROGRAMA	UM PROJETO DE:	REGIÃO	SITE OFICIAL
1	"Passe – Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar"	Administração Regional de Saúde, I.P., em parceria com a Direcção Regional de Educação do Norte.	Norte	http://www.passe.com.pt/abrir/inicio
2	"Rede de Bufetes Escolares Saudáveis" (RBES)	Direção Regional de Educação da Madeira	Região Autónoma da Madeira	http://rbes.weebly.com/
3	PERA – Programa Escolar de Reforço Alimentar	Ministério da Educação e Ciência	Nacional	http://www.dgeste.mec.pt/index.php/programa-pera/
4	Programa "5 ao Dia"	Associação 5 ao Dia	Nacional	http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Alimentacao/ProjetosRegionais/Paginas/5-ao-dia,-faz-crescer-com-energia.aspx
5	Programa de Combate à Obesidade Infantil na Região do Algarve	ARS Algarve	Sul	http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/3780
6	Projeto "Alimentação Saudável nas Escolas"	Agrupamento de Escolas de Mira (AEM)	Centro	_____
7	Projeto "Mosaico de Boas Práticas Alimentares"	ACES Oeste Norte	Norte	_____
8	Projeto "A Minha Lancheira"	ARSA, IP - NRAPCO - Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade.	Alentejo	http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Alimentacao/ProjetosRegionais/Paginas/%E2%80%9CA-minha-lancheira%E2%80%9D.aspx
9	Projeto "Acorda!"	Faculdade de desporto – Universidade do Porto	Norte	http://www.esvalongo.org/portal/?q=node/68
10	Projeto "Activa-te"	Câmara Municipal de Beja	Alentejo	http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/parcerias-e-projectos/projeto-ars-alentejo-activa-te/
11	Projeto "Ali-move-te"	ACES Baixo Mondego / ULS	Centro	_____
12	Projeto "Alimentar a Brincar"	Santa Casa da Misericórdia de Venda do Pinheiro	Centro	_____

(Continuação)

Nº	NOME DO PROGRAMA	UM PROJETO DE:	REGIÃO	SITE OFICIAL
13	Projeto “Come Devagar e Bem & Mexe-te Também”	Equipa de Saúde Escolar do ACES Lisboa Norte (Lumiar, Alvalade, Sete Rios, Benfica e Coração de Jesus) em colaboração com a Comunidade Escolar, Direção-Geral da Saúde entre outros parceiros.	Centro	http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/parcerias-e-projectos/outros-projectoscome-devagar-e-bem-mexe-te-tambem/
14	Projeto “Conta, Peso e Medida”	ACeS do Pinhal Interior	Centro	_____
15	Projeto “COSI”	Gabinete Regional Europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS)	-Nacional -Região Autónoma da Madeira -Região Autónoma dos Açores	http://whocosi.org/
16	Projeto “Crescer a Sorrir no Arco Ribeirinho”	ACES - Arco Ribeirinho	Área Metropolitana de Lisboa	_____
17	Projeto “Crescer com Peso e Medida”	ACES Lezíria	Centro	_____
18	Projeto “Crescer com Peso Saudável”	ARS Alentejo	Alentejo	http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Alimentacao/ProjetosRegionais/Paginas/Crescer-com-peso-saud%C3%A1vel.aspx
19	Projeto “Crescer em Saúde”	Unidade de Cuidados na Comunidade de Grândola	Alentejo	http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Alimentacao/ProjetosRegionais/Paginas/Crescer-em-Sa%C3%Bade.aspx
20	Projeto “Crescer Saudável”	Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central	Centro	_____
21	Projeto “EPHE”	Comissão Europeia	Norte	_____
22	Projeto “Escola de Verão: Exercício | Alimentação | Saúde”	ACES Baixo Mondego / ULS	Centro	_____
23	Projeto “ESPIGA”	Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma contra a Obesidade - Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo	Alentejo	http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Alimentacao/ProjetosRegionais/Paginas/ESPIGA.aspx
24	Projeto “Heróis da Fruta”	APCOI – Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil	Nacional	http://www.heroisdafruta.com/
25	Projeto “Intervenção para a Promoção da Cidadania em Saúde”	ACES Pinhal Litoral	Centro	_____
26	Projeto “Lancheira Sorriso em Movimento”	Unidade de Saúde Pública (USP) da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (ULSBA)	Alentejo	http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Alimentacao/ProjetosRegionais/Paginas/Lancheira-Sorriso-em-Movimento.aspx
27	Projeto “Mun-si”	Universidade Atlântica	Nacional	http://www.mun-si.com/
28	Projeto “Papa Bem”	Isabel Loureiro; Gisele Câmara; Ana Rita Goes; Graciete Bragança; Ana Rito; Luís Saboga Nunes e José Pedro Almeida	Nacional	http://www.papabem.pt/
29	Projeto “PES (Projeto de Educação para a Saúde)”	ACES do Pinhal Interior	Centro	_____
30	Projeto “Prevenção da Obesidade Infantil”	ACES do Baixo Mondego / ULS	Centro	_____
31	Projeto “Quando o Doce se Transforma em Amargo- Cozinhar Devagarinho, Comer Direitinho”	ACES Cova da Beira	Centro	_____
32	Projeto “Quando o Doce se Transforma em Amargo - Laboratório da Alimentação”	ACES Cova da Beira	Centro	_____
33	Projeto “Quando o doce se transforma em amargo- Semáforo do Lanche Saudável”	ACES Cova da Beira	Centro	_____
34	Projeto “Regime de Fruta Escolar”	União Europeia	Nacional	_____

(Continuação)

Nº	NOME DO PROGRAMA	UM PROJETO DE:	REGIÃO	SITE OFICIAL
35	Projeto "Saber Comer"	Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Câmara Municipal de Santiago do Cacém	Alentejo	http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/UCCAlmoreginiciaprojeto%E2%80%9CSabercomer%E2%80%9D.aspx
36	Projeto "Senhora Roda"	ACES Cova da Beira	Centro	_____
37	Projeto "Transforma o Teu Lanche"	UCC Seixal / Câmara Municipal do Seixal	- Área Metropolitana de Lisboa - Centro	_____
38	Projeto "Viver Melhor"	ULS Castelo Branco	Centro	_____
39	Projeto "Da Horta à Sopa" e "Mexete Mor"	ACES do Baixo Mondego / ULS	Centro	_____
40	Projeto de Identificação, Prevenção e Controlo da Obesidade Infantil no Concelho das Caldas da Rainha	Câmara Municipal de Caldas da Rainha e ACES Oeste Norte	Centro	_____

7. NOTAS FINAIS

Ao longo do ano de 2012 e coincidindo com o início do funcionamento do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) a Fundação Calouste Gulbenkian lançou uma série de conferências internacionais intitulada “O Futuro da Alimentação: Ambiente, Saúde, Economia”, que reuniu alguns dos mais reputados pensadores contemporâneos. Como resultado desta discussão aprofundada e contributos para a formulação de políticas alimentares e nutricionais, foram consensualizadas quatro questões estratégicas a responder a nível nacional: “O que necessitamos comer para ser saudáveis?” “O que comemos agora?”, “O que queremos comer?” e, por fim, “Qual a melhor forma para atingir estes objetivos?”.

Quanto à questão do que necessitamos ingerir para ser saudáveis, a ciência moderna responde cada vez melhor, com um conjunto de recomendações nutricionais a nível global. Já sobre as três questões seguintes, desde a identificação do padrão de ingestão alimentar nacional até às metas que traçamos para o consumo alimentar em Portugal são questões de soberania que cada país deve ter uma resposta própria.

Nesse sentido, e entre outras atividades, o PNPAS participou ativamente ao longo de 2015 na consolidação da recolha de informação nacional sobre a ingestão alimentar, traduzida na realização do 2º Inquérito Alimentar Nacional e em diversos projetos nacionais que permitem uma “fotografia” adequada da nossa realidade alimentar e nutricional. De recolha de informação, constata-se a tendência para a estabilização do crescimento do peso corporal medido através do Índice de Massa Corporal (IMC) entre crianças em idade escolar 6-8 anos nos 5 anos entre 2008-2013 (fonte COSI Portugal/OMS) e também da aparente estabilidade do peso corporal na população adulta na última década. Se estes dados são encorajadores, pois a estabilização do crescimento da obesidade é um dos objetivos centrais do PNPAS, eles não deixam de revelar a ainda enorme proporção de crianças com excesso de peso em Portugal, acima da média Europeia, e por outro lado, a sua relação com as desigualdades sociais.

O estudo “Infofamília” neste relatório já com dados re-

ferentes a 2014, sublinha a dimensão da insegurança alimentar em Portugal, a influência do gradiente social nesta problema, em particular a influência da educação, e a relação entre o excesso de peso e a insegurança alimentar. Apesar dos dados reportarem a uma amostra nacional de utentes do SNS, anos após ano e desde 2011, a tendência é clara, relacionando graus maiores de insegurança alimentar, ou seja de dificuldades no acesso ao alimento, com valores mais elevados de excesso de peso, no geral. Esta informação sugere fortemente a necessidade de ter em conta o problema da insegurança alimentar que pode afetar mais portugueses do que o inicialmente pensado, mas acima de tudo, que as doenças crónicas como a obesidade, e eventualmente outras que lhe estão associadas, como a diabetes, cardiovasculares ou cancro possuem uma distribuição na população muito dependente do acesso a alimentos de boa qualidade nutricional.

Sobre a questão “O que queremos comer” será justo sublinhar todo o trabalho realizado ao longo de 2015 pela comissão interministerial dedicada à salvaguarda da “Dieta Mediterrânica” como património imaterial da Humanidade onde a DGS e o PNPAS estão integrados. O padrão alimentar mediterrânico que reflete um modelo de consumo alimentar adaptado a todo o país, tendo por base os produtos vegetais sazonais e de proximidade e um consumo moderado de proteína e gordura animal, dando privilégio ao consumo de pescado, pode ser um modelo alimentar de referência, promotor da produção alimentar nacional, sustentável ambientalmente e integrador geracional.

Sobre a última questão, “Qual a melhor forma para atingir estes objetivos?” o PNPAS utiliza uma matriz de intervenção de base populacional assente em dois eixos. Sobre o meio ambiente onde os cidadãos fazem as suas escolhas e sobre a sua capacitação para estas escolhas. Neste sentido, destaca-se a necessidade de se ultrapassar a lógica assente quase exclusivamente na educação do cidadão e sua capacitação e avançar cada vez mais para consensos sobre a reformulação dos produtos alimentares, a regulação da oferta alimentar e sua publicidade, onde ainda existe muito por fazer.

8. RECOMENDAÇÕES

- Reforçar o papel das famílias, dos profissionais de saúde e do sistema educativo na área alimentar, o mais precocemente possível.
- O acesso a informação de qualidade sobre hábitos alimentares, seus determinantes e consequências é fundamental para definir prioridades baseadas em evidência. Os sistemas de informação na área da saúde devem ser capazes de recolher de forma regular e sistematizada este tipo de informação.
- A obesidade e outras doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, cancro ou diabetes estão claramente dependentes de uma alimentação saudável. O investimento na prevenção e promoção de hábitos alimentares saudáveis é decisivo quando mais de 50% dos adultos portugueses sofre de excesso de peso.
- A promoção de hábitos alimentares saudáveis exige trabalho concertado com outros setores a médio prazo. Os serviços de saúde necessitam de se preparar melhor para lidar de forma integrada com outros setores da sociedade na prevenção da pandemia da obesidade e na promoção de hábitos alimentares saudáveis.
- A alimentação de má qualidade afeta com maior intensidade crianças, idosos e os grupos socioeconomicamente mais vulneráveis da nossa população, aumentando as desigualdades em saúde. O investimento na promoção de hábitos alimentares deverá permitir reduzir desigualdades em saúde.
- A Organização Mundial da Saúde tem vindo a apelar a uma intervenção mais qualificada sobre o ambiente alimentar onde os cidadãos residem. Será sobre estes ambientes “obesogénicos” que será necessário reforçar a ação. É importante uma atenção especial à regulação da publicidade e oferta alimentar de muito má qualidade nutricional, em particular de alimentos com conteúdos elevados de sal, açúcar e gordura.

9. NOTAS METODOLÓGICAS

9.1. Mortalidade

No capítulo 5, dedicado ao estudo da mortalidade, analisam-se dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, IP, referentes a causas de morte de interesse para o Programa de Saúde Prioritário.

As causas de morte são codificadas com recurso à 10.^a versão da Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID 10), sendo apresentados os seguintes indicadores de mortalidade:

- Número de óbitos;
- Taxa de mortalidade por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (menos de 70 anos) por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (70 e mais anos) por 100 000 habitantes;
- Anos potenciais de vida perdidos
- Taxa de anos potenciais de vida perdidos por 100 000 habitantes

As taxas de mortalidade padronizadas foram calculadas com base em dados quinquenais.

Apresentam-se, ainda, taxas de mortalidade padronizadas para as causas de mortalidade mais relevantes no contexto desta publicação para os 28 países da União Europeia. Estes dados, desagregados por sexo, referem-se aos anos de 2008 a 2012 e são apresentados para todas as idades, para a faixa etária 0 a 64 anos e para a faixa etária 65 e mais anos. Foram recolhidas das bases de dados de mortalidade da Organização Mundial da Saúde / Região Europa.

Neste capítulo foram utilizadas as seguintes definições:

Anos potenciais de vida perdidos - Número de anos que, teoricamente, uma determinada população deixa de viver se morrer prematuramente (antes dos 70 anos). Resulta da soma dos produtos do número de óbitos ocorridos em cada grupo etário pela diferença entre o limite superior considerado e o ponto médio do intervalo de classe correspondente a cada grupo etário. (INE, IP)

Anos de vida Ganhos - Cálculo realizado com base na redução percentual de AVPP.

Óbito - Cessação irreversível das funções do tronco cerebral. (INE, IP)

Óbito pela causa de morte - Quociente entre o número de óbitos pela causa de morte específica e o total de óbitos por todas as causas de morte (expressa em percentagem)

Taxa de mortalidade - Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, por uma determinada causa de morte, referido à população média desse período (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). (INE, IP)

Taxa de mortalidade padronizada pela idade - Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades, a uma população padrão cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon 1976) definida pela Organização Mundial da Saúde.

Taxa de mortalidade padronizada pela idade (no grupo etário) - Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades (no grupo etário), a uma população padrão (no grupo etário) cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de

mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon 1976) definida pela Organização Mundial da Saúde.

Taxa padronizada de anos potenciais de vida perdidos - Quociente do resultado da soma dos produtos entre as taxas de anos potenciais de

vida perdidos e a população padrão) pelo total da população padrão europeia até 70 anos, por 100 000 habitantes. (INE, IP)

No Quadro A1 encontram-se listadas as causas de morte analisadas, indicando-se a respectiva codificação.

QUADRO A1 CAUSAS DE MORTE CONSIDERADAS PARA CALCULAR O PESO DAS CAUSAS DE MORTE ASSOCIADAS AOS PROGRAMAS PRIORITÁRIOS NA MORTALIDADE TOTAL E RESPECTIVOS CÓDIGOS DA CID 10

Causas de morte	Código (CID 10)
PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS	
Septicémia estreptocócica	A40
Outras septicemias	A41
Infeção bacteriana de localização não especificada	A49
<i>Staphylococcus aureus</i> , como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B956
Outros estafilococos como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B957
Estafilococo não especificado, como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B958
<i>Klebsiella pneumoniae</i> [<i>M pneumoniae</i>], como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B961
<i>Escherichia coli</i> [<i>E. Coli</i>], como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B962
<i>Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei)</i> , como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B965
Pneumonia devida a <i>Streptococcus pneumoniae</i>	J13
Pneumonia devida a <i>Haemophilus influenzae</i>	J14
Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte	J15
Pneumonia por microorganismo não especificado	J18
Cistite aguda	N300
Infeção puerperal	O85
Outras infeções puerperais	O86
Septicemia bacteriana do recém-nascido	P36
Infeção subsequente a procedimento não classificada em outra parte	T814
Infeção e reação inflamatórias devidas à prótese valvular cardíaca	T826
Infeção e reação inflamatórias devidas a outros dispositivos, implantes e enxertos cardíacos e vasculares	T827
Infeção e reação inflamatória devidas à prótese articular interna	T845
Infeção e reação inflamatória devidas a dispositivo de fixação interna [qualquer local]	T846
Infeção e reação inflamatória devidas a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos	T847
PROGRAMA NACIONAL DA INFEÇÃO VIH/SIDA	
Tuberculose	A15-A19, B90
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	B20-B24

Causas de morte (continuação)	Código (CID 10)
PROGRAMA NACIONAL DAS DOENÇAS ONCOLÓGICAS	
Tumor maligno do estômago	C16
Tumor maligno do cólon	C18
Tumor maligno do reto	C20
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	C33-C34
Tumor maligno da mama (feminina)	C50
Tumor maligno do colo do útero	C53
Tumor maligno do corpo do útero	C54
Tumor maligno da próstata	C61
Tumor maligno da bexiga	C67
Linfoma não-Hodgkin	C82, C83, C85
PROGRAMA NACIONAL DA DIABETES	
Diabetes	E10-E14
PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	
Desnutrição e outras deficiências nutricionais	E40-E64
Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E65-E68
PROGRAMA NACIONAL DAS DOENÇAS CEREbro-CARDIOVASCULARES	
Doenças isquémicas do coração	I20-I25
Doenças cerebrovasculares	I60-I69
PROGRAMA NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	
Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO	
Doenças relacionadas com o tabaco (tumores malignos do lábio, cavidade oral e faringe; tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; tumor maligno do esófago; doença isquémica cardíaca, doenças cerebrovasculares; doenças crónicas das vias aéreas inferiores)	C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47
PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)	X60-X84
Doenças atribuíveis ao álcool	C00-C15, F10, I426, K70, K85-K860, X45
PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	
Desnutrição e outras deficiências nutricionais	E40-E64
Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E65-E68

9.2. Morbilidade e Mortalidade

No capítulo 3 apresenta-se informação referente à morbilidade e mortalidade hospitalar no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os apuramentos foram obtidos a partir das bases de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), que são anualmente postas à disposição da Direção-Geral da Saúde pela Administração Central do

Sistema de Saúde, IP. A informação foi recolhida nos hospitais do SNS que integram as cinco Administrações Regionais de Saúde.

Realça-se que os resultados obtidos devem ser interpretados com cuidado pois estão ainda sujeitos a consolidação.

No capítulo da morbilidade hospitalar foram utilizadas as seguintes definições:

Hospital - estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e de terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. (Atualmente, os hospitais classificam-se consoante a capacidade de intervenção técnica, as áreas de patologia e a entidade proprietária, em hospital central e distrital, hospital geral e especializado e em hospital oficial e particular, respetivamente).

Internamento - conjunto de serviços destinados a situações em que os cuidados de saúde são prestados a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento, ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, uma noite.

Utentes Saídos no Ano (US) - 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 no Ano (DI) - total anual de dias consumidos por todos os doentes internados nos diversos serviços do estabelecimento. Calcula-se com a seguinte fórmula:

Dias de internamento (DI) = $\sum_{i=1}^{DS} DI_i$ onde DI_i é a demora do episódio de internamento i

Demora Média¹ 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.

Calcula-se com a seguinte fórmula:

$$\text{Demora Média (DM)} = \frac{DI}{US}$$

Day Case (DC) - utentes que permaneceram no internamento por período inferior a um dia, excluindo aqueles que tendo sido internados faleceram durante o primeiro dia de internamento.

Casos de ambulatório (Amb) - utentes que não foram internados

$$\text{Taxa de letalidade (\%O)} = \frac{\text{Óbitos}}{DS} \times 100$$

Número de episódios de internamento no ano (Ep.Int) - número de episódios de internamento (US – AMB)

Número de indivíduos internados no ano (Indivíduos Int.) - número de indivíduos a que correspondem os episódios de internamento do ano

Número de indivíduos internados apenas uma vez no ano (Indivíduos 1 Int.) - Número de indivíduos que no ano registaram um único internamento

Número de indivíduos internados mais do que uma vez no ano (Indivíduos >1 Int.) - Número de indivíduos que no ano registaram um único internamento

Número de indivíduos internados mais do que uma vez no ano (Indivíduos >1 Int.) - Número de indivíduos que no ano registaram mais do que um internamento

Número de segundos internamentos no ano (Segundos Int.)

$$= \text{Ep.Int} - \text{Indivíduos 1 Int.} - \text{Indivíduos >1 Int.}$$

Percentagem de segundos internamentos (Segundos Int.)

$$= (\text{Ep.Int} - \text{Indivíduos 1 Int.} - \text{Indivíduos >1 Int.}) / (\text{Ep.Int.}) \times 100\%$$

¹ Média do tempo de internamento

QUADRO A3 | SIGLAS UTILIZADAS NO CAPÍTULO MORBILIDADE HOSPITALAR

US	Utentes Saídos
DI	Dias de Internamento
DC	<i>Day cases</i>
O	Óbitos
Amb	Casos de Ambulatório
DM	Demora Média ou Média do tempo de internamento
n	Número de Doentes Saídos
%O	% de Óbitos
Ep.Int	Número de Episódios de Internamento
Indivíduos Int.	Número de Indivíduos Internados
Indivíduos 1 Int.	Número de Indivíduos Internados apenas uma vez no ano
Indivíduos >1 Int.	Número de Indivíduos Internados mais do que uma vez no ano
Segundos Int.	Número de segundos internamentos no ano
% Segundos Int.	Percentagem de segundos internamentos no ano

No capítulo 3 foram utilizados os códigos da CID-9MC abaixo indicados:

QUADRO A4 | LISTA DE DOENÇAS ASSOCIADAS AO PLANO NACIONAL DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E RESPECTIVOS CÓDIGOS CID9MC

DESCRIÇÃO	CÓDIGO DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS
Outras Formas de Desnutrição Proteico-Calóricas	262 e 263
Avitaminoses	264-269
Anemia por Deficiência de Ferro	280
Diabetes <i>Mellitus</i> com Cetoacidose	2501
Peso a mais e Obesidade	2780
Adiposidade Localizada	2781
Formas de Hiperalimentação NCOP	2788
Anemia por Deficiência de Vitamina B12 NCOP	2811
Anemia por Deficiência de Ácido Fólico	2812
Anorexia	7830 e 3071
Bulimia Nervosa	30751
Úlcera de Pressão	7070
Desidratação	27651
Infusão Enteral de Substâncias Nutricionais Concentradas	966**
Perfusão Parentérica de Substâncias Nutricionais Concentradas	9915**
Neoplasia Maligna do Cólon, Recto, Junção Recto-Sigmoideia e Ânus	153 e 154
Neoplasia Maligna da Mama Feminina	174
Neoplasia Maligna da Próstata	185
Diabetes <i>Mellitus</i>	250
Hi	401

QUADRO A5 CAUSAS DE DOENÇA, LESÃO E INCAPACIDADE CONSIDERADAS PARA CALCULAR O PESO DAS CAUSAS ASSOCIADAS AOS PROGRAMAS PRIORITÁRIOS NA CARGA GLOBAL DA DOENÇA

CAUSAS DE DOENÇA, LESÃO E INCAPACIDADE
Programa Nacional da Infecção VIH/SIDA
Tuberculose
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH]
Programa Nacional das Doenças Oncológicas
Tumor maligno do estômago
Tumor maligno do cólon
Tumor maligno do reto
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão
Tumor maligno da mama (feminina)
Tumor maligno do colo do útero
Tumor maligno do corpo do útero
Tumor maligno da próstata
Tumor maligno da bexiga
Linfoma não-Hodgkin
Programa Nacional da Diabetes
Diabetes
Programa Nacional das Doenças Cerebro-Cardiovasculares
Doenças isquémicas do coração
Doenças cerebrovasculares
Programa Nacional das Doenças Respiratórias
Asma
Doença pulmonar obstrutiva crónica
Doenças do interstício pulmonar
Programa Nacional de Saúde Mental
Esquizofrenia
Perturbações induzidas pelo álcool
Perturbações pela utilização de substâncias
Perturbações depressivas
Perturbações bipolares
Perturbações da ansiedade
Perturbações do comportamento alimentar
Perturbações globais do desenvolvimento
Perturbações disruptivas do comportamento e de défice da atenção
Deficiência mental
Outras perturbações mentais e do comportamento
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)

QUADRO A6 FATORES DE RISCO ESTUDADOS NO PROGRAMA

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
Dieta com elevado teor de sódio
Hipertensão Arterial
Colesterol Total Elevado

9.3. Consumo de medicamentos

A fonte dos dados de consumo de medicamentos é a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED). Para apurar o número de Doses Diárias Definidas (DDD) consumidas apenas podem ser contabilizadas as embalagens de medicamentos com DDD atribuída. A DDD foi atribuída com base na Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) 2014. Existem medicamentos que não têm DDD atribuída pelo que os dados dos mesmos não foram apresentados. Os dados finais de consumo do SNS em DDD obedecem a um desfasamento temporal de, pelo menos, dois meses.

O consumo em ambulatório refere-se ao consumo de medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Portugal Continental, no período em análise. Neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar. Os dados são recolhidos a partir da informação disponibilizada pelo Centro de Conferência de Faturas, estando a mesma sujeita a atualizações.

A interpretação da evolução do consumo global de medicamentos em ambulatório, em Portu-

gal, é dificultada pelo facto de, a partir de 2010, os dados passarem a incluir os medicamentos comparticipados adquiridos por beneficiários da ADSE prescritos em locais públicos e, a partir de 2013, passarem a incluir também os medicamentos comparticipados adquiridos por beneficiários da ADSE (prescritos em locais públicos e privados) e dos sistemas de assistência na doença da GNR e PSP, que entretanto passaram a ser asseguradas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O consumo em meio hospitalar refere-se ao consumo de medicamentos dispensados nos estabelecimentos hospitalares do SNS com gestão pública. O Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM), utilizado para reporte dos dados de consumo ao INFARMED, não está implementado nos hospitais PPP e nos hospitais privados. Os dados apresentados referem-se ao consumo em internamento (estão, no entanto, mapeados os medicamentos consumidos nos serviços de urgência), excluindo-se apenas os medicamentos prescritos nos Serviços de Urgência e de Consulta Externa que são dispensados em farmácia comunitária.

9.4. Registo de morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários

Os indicadores relacionados com a atividade e produção das unidades funcionais de Cuidados de Saúde Primários foram obtidos por consulta aos cinco Sistemas de Informação das Administrações Regionais de Saúde (SIARS). Estes sistemas integram informação de natureza clínica proveniente do Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), assim como dados administrativos do Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS). Para codificar a atividade clínica nos Cuidados de Saúde Primários é utilizada a Classificação Internacional Cuidados de Saúde Primários, versão 2 (ICPC-2).

Para cálculo da proporção (ou número) de utentes inscritos ativos com diagnóstico de determinado problema de saúde foi considerada a seguinte definição:

Inscrição ativa – Permite especificar que o utente tem “Primeira inscrição nos cuidados primários” (código de SINUS 1) ou “Transferido de inscrição primária” (código de SINUS 2). O conceito de inscrição ativa não inclui “utentes esporádicos” (código de SINUS 3), nem “utentes adormecidos” (código de SINUS 9), nem outras formas de inscrição. Trata-se do tipo de inscrição válido para que o utente seja incluído na generalidade dos indicadores da contratualização (conceito R049 definido no documento: “Bilhete de identidade dos indicadores de contratualização dos Cuidados de Saúde Primários no ano de 2014”, ACSS. IP). Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2014__2014_02_25.pdf e acedido em 13 de outubro de 2014.

10. MATERIAIS E RECURSOS DE REFERÊNCIA DISPONIBILIZADOS PELO PNPAS

Linhas de Orientação
para uma Alimentação
Vegetariana Saudável



Nutrição e
Doença de Alzheimer



Cessação Tabágica e
Ganho Ponderal:
Linhas de Orientação



Ervas Aromáticas:
Uma estratégia para a redução do
sal na alimentação dos portugueses



Iodo:
Importância para a Saúde e o
Papel da Alimentação



Padrão Alimentar
Mediterrânico:
Promotor de Saúde



Acolhimento de refugiados:
Alimentação e necessidades nutricio-
nais em situações de emergências



Linhas de Orientação
Sobre Contaminantes
de Alimentos



Nutrição
e Deficiências



Alimentação e Nutrição
na Gravidez



Hidratação adequada
em meio escolar



Linhas de Orientação para
a oferta alimentar em
residências universitárias



11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERNARDO, SORAYA DA CRUZ;** (2013); Estado Nutricional dos Idosos que Frequentam os Centros de Dia e Centros de Convívio do Concelho de Paços de Ferreira. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bits-tream/10216/66544/2/6588.pdf>
- CAMARINHA, BÁRBARA et al.** (2016) – A Prevalência de Pré-Obesidade/Obesidade nas Crianças do Ensino Pré-Escolar e Escolar na Autarquia de Vila Nova de Gaia, Portugal
- COSTA, N. et al** (2015). *Trans fatty acids in the portuguese food market.* Elsevier, 0956-7135/©. <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodcont.2015.12.010>.
- EPACI (2013)**, Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil: EPACI Portugal 2012 disponível em http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/media/1029/Apresenta_o-EPACI_2013.pdf
- GONÇALVES, JACINTO** (2014) “Dieta mediterrânica – das origens à atualidade. Revista factores de risco: n.º 31 Jan-Mar, pág. 56-65. Disponível em <http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/505.pdf>
- OECD (2012), HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2012**, OECD Publishing. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896en>
- INE (2006). BALANÇA ALIMENTAR PORTUGUESA.** Documento metodológico. Departamento de Estatísticas Económicas. Serviço de Estatísticas Agrícolas e do Ambiente. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados
- INE (2006), BALANÇOS DE APROVISIONAMENTO DE PRODUTOS VEGETAIS**, Documento metodológico. Departamento de Estatísticas Económicas. Serviço de Estatísticas Agrícolas e do Ambiente. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados
- INE, IP** (2014). Destaque – Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=209480091&DESTAQUESTema=00&DESTAQUESmodo=2 e acedido em 11 de julho de 2014
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION.** The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME, 2014. Disponível em <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- IPAM GEMEO** - Gabinete de Estudos de Mercado e Opinião do IPAM, Lda. (2013) Hábitos Alimentares de Crianças e Jovens.
- LOPES, CARLA et al.** (2014). Consumo alimentar e nutricional de Crianças em idade pré-escolar. Resultados da coorte Geração 21. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP)
- MATOS, M. G.; et al** (2015). A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014. Equipa Aventura Social. Disponível em: http://aventura-social.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf
- PHYSA STUDY** – Portuguese Hypertension and salt study. Disponível em http://www.sphta.org.pt/files/physa_study_slides_sph-v2.pdf
- WHO (2014). WHO EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE** - Initiative Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010). WHO Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/258781/COSI-report-round-1-and-2_final-for-web.pdf?ua=1

12. ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Atividades desenvolvidas no PNPAS 2012-2015 e previsão 2016.	10
Quadro 2. Perfil de utilização do blogue	13
Quadro 3. Perfil de utilização do sítio do PNPAS	14
Quadro 4. Grau de autoaprovisionamento (%) de produtos alimentares (Balanços de mercado) por tipo de produto alimentar; anual (2009/2010 a 2013/2014)	18
Quadro 5. Disponibilidade de produtos alimentares para consumo humano per capita (Kg/hab.) por tipo de produto alimentar; anual (2009/2010 a 2013/2014)	18
Quadro 6. Disponibilidade de cereais para consumo humano per capita (Kg/hab.) por tipo de cereal; Anual (2009/2010 a 2013/2014)	19
Quadro 7. Disponibilidade de produtos alimentares para consumo humano per capita (Kg/hab.) por tipo de produto alimentar; anual (2009/2010 a 2013/2014)	20
Quadro 8. Evolução da disponibilidade de leite e derivados para consumo humano per capita (Kg/hab.) por tipo de leites e produtos lácteos; anual (2010 a 2014)	21
Quadro 9. Disponibilidade para consumo humano de carne per capita (Kg/hab.) por tipo de carne; Anual (2010 a 2014)	22
Quadro 10. Disponibilidade para consumo humano de gorduras e óleos vegetais brutos per capita (Kg/hab.) por tipo de gorduras e óleos vegetais; Anual (2010 a 2013)	23
Quadro 11. Prevalência da hipertensão por sexo e grupo etário na População adulta, Portugal, 2012	24
Quadro 12. Caracterização dos pacientes (n=3720) por exame da amostra, Portugal continental, 2012	25
Quadro 13. Prevalência da hipertensão e percentagem de indivíduos conscientes da sua hipertensão, tratados e/ou controlados, na população adulta, entre os 18 e os 90 anos	26
Quadro 14. Média de consumo e prevalência da inadequação da ingestão (%) de sal	28
Quadro 15. Perfil da gordura <i>Trans</i> dos alimentos portugueses	31
Quadro 16. Classificação dos inquiridos de acordo com a situação de Segurança Alimentar, Portugal Continental, 2012, 2013 e 2014	43
Quadro 17. Estimativas ajustadas de risco para as situações de Insegurança Alimentar, Portugal continental 2014 (Regressão logística multifatorial)	44
Quadro 18. Distribuição dos agregados familiares de acordo com a alteração do consumo de algum alimento considerado essencial, nos últimos 3 meses, devido a dificuldades económicas, Portugal Continental, 2012, 2013 e 2014	48
Quadro 19. Razões pelas quais nem sempre come o suficiente, Portugal Continental, 2012, 2013 e 2014	48
Quadro 20. Razões pelas quais nem sempre tem os alimentos que quer ou precisa, Portugal Continental, 2012, 2013 e 2014	49
Quadro 21. Classificação da amostra, no geral, de acordo com o índice de massa corporal (IMC), segundo os critérios OMS, CDC e IOTF	51
Quadro 22. População residente com 18 ou mais anos por classes de índice de massa corporal e por sexo, Portugal, 2014	57
Quadro 23. Coeficientes de variação das estimativas de população residente com 18 ou mais anos, por classes de índice de massa corporal (Kg/m ²) e por sexo, Portugal 2014	57
Quadro 24. Percentagem da população com 18 ou mais anos com excesso de peso e obesidade por grupo etário, Portugal 2014	58

Quadro 25. Evolução do número e percentagem de pessoas com registo de obesidade entre o número de utentes inscritos em CSP, por ARS (2010 a 2014)	60	Quadro 35. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anemia por Deficiência de Ácido Fólico”, Portugal Continental (2010 a 2014)	67
Quadro 26. Evolução do número e percentagem de pessoas com registo de excesso de peso entre o número de utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários (CSP) por ARS e Portugal Continental. (2010 a 2014)	62	Quadro 36. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anorexia”, Portugal Continental (2010 a 2014)	67
Quadro 27. Indicadores de mortalidade relativos a Obesidade e outras formas de hiperalimentação. Portugal Continental. 2009-2013	63	Quadro 37. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Bulimia Nervosa”, Portugal Continental (2010 a 2014)	68
Quadro 28. Indicadores de mortalidade relativos a Desnutrição e outras deficiências nutricionais. Portugal Continental. 2009-2013	64	Quadro 38. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Úlcera de Pressão”, Portugal Continental (2010 a 2014)	69
Quadro 29. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Outras Formas de Desnutrição Proteico-Calóricas”, Portugal Continental (2010 a 2014)	64	Quadro 39. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Desidratação”, Portugal Continental (2010 a 2014)	69
Quadro 30. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Avitaminoses”, Portugal Continental (2010 a 2014)	65	Quadro 40. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Infusão Enteral de Substâncias Nutricionais Concentradas”, Portugal Continental (2010 a 2014)	70
Quadro 31. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anemia por Deficiência de Ferro”, Portugal Continental (2010 a 2014)	65	Quadro 41. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Perfusão Parentérica de Substâncias Nutricionais Concentradas”, Portugal Continental (2010 a 2014)	71
Quadro 32. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Peso a mais e Obesidade”, Portugal Continental (2010 a 2014)	65	Quadro 42. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “outras formas de desnutrição proteico-calóricas”*, Portugal Continental. 2010-2014	71
Quadro 33. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Adiposidade Localizada, Portugal Continental (2010 a 2014)	66	Quadro 43. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Avitaminoses”*, Portugal Continental (2010 a 2014)	72
Quadro 34. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anemia por Deficiência de Vitamina B12 NCOP”, Portugal Continental (2010 a 2014)	67	Quadro 44. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anemia por Deficiência de Ferro”*, Portugal Continental (2010 a 2014)	72

Quadro 45. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “peso a mais e obesidade”, Portugal Continental. 2010-2014 **72**

Quadro 46. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anemia por Deficiência de Vitamina B12 NCOP”*, Portugal Continental (2010 a 2014) **73**

Quadro 47. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anemia por Deficiência de Vitamina B12 NCOP”*, Portugal Continental (2010 a 2014) **73**

Quadro 48. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anemia por Deficiência de Ácido Fólico”*, Portugal Continental (2010 a 2014) **73**

Quadro 49. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Anorexia”*, Portugal Continental (2010 a 2014) **74**

Quadro 50. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Bulimia Nervosa”*, Portugal Continental (2010 a 2014) **74**

Quadro 51. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Úlcera de Pressão”*, Portugal Continental (2010 a 2014) **74**

Quadro 52. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Desidratação”*, Portugal Continental (2010 a 2014) **75**

Quadro 53. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Maligna do Cólon, Reto, Junção Reto-Sigmoideia e Ânus”*, Portugal Continental (2010 a 2014) **75**

Quadro 54. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de mor-

talar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Maligna da Mama Feminina”*, Portugal Continental (2010 a 2014) **75**

Quadro 55. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Maligna da Próstata”*, Portugal Continental (2010 a 2015) **76**

Quadro 56. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Peso a mais e Obesidade* associado a Diabetes Mellitus”*, Portugal Continental (2010 a 2014) **76**

Quadro 57. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “Peso a mais e Obesidade* associado a Hipertensão arterial”, Portugal Continental (2010 a 2014) **76**

13. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Blogue Nutrimento - Perfil dos utilizadores e modelo de utilização	12
Figura 2. Sítio PNPAS - Perfil dos utilizadores e modelo de utilização	13
Figura 3. Ações transversais PNPAS	15
Figura 4. Fatores de risco ordenados de peso na carga de doença (DALY em valor absoluto e %) segundo as doenças associadas, ambos os sexos, Portugal, 2010	15
Figura 5. Estimativas da carga global de doença atribuível a hábitos alimentares inadequados, expressão em DALY, Portugal, 2010	17
Figura 6. Variação das disponibilidades para consumo humano <i>per capita</i> , (2009/2010) vs (2013/2014)	19
Figura 7. Evolução da disponibilidade de cereais para consumo humano <i>per capita</i> (Kg/hab.) por tipo de cereal; anual (2009/2010 a 2013/2014)	19
Figura 8. Variação da disponibilidade por tipo de cereal (Kg/hab.); (2009/2010) vs (2013/2014)	20
Figura 9. Evolução do consumo humano de frutos <i>per capita</i> (Kg/hab.) por espécie frutícola; anual (2009/2010 a 2013/2014)	20
Figura 10. Variação da disponibilidade por espécie frutícola (Kg/hab.); (2009/2010) vs (2013/2014)	21
Figura 11. Evolução da disponibilidade para consumo humano de leites e produtos lácteos <i>per capita</i> (Kg/hab.); anual (2010 a 2014)	21
Figura 12. Variação da disponibilidade por tipo de leites e produtos lácteos (Kg/hab.), (2010/2014)	22
Figura 13. Evolução da disponibilidade de carne <i>per capita</i> (Kg/hab.) por tipo de carne; anual (2010 a 2014)	22
Figura 14. Variação da disponibilidade por tipo de carne (Kg/hab.); 2010/2014	23
Figura 15. Evolução da disponibilidade (Kg/hab.) por tipo de gorduras e óleos vegetais; anual (2010 a 2013)	23
Figura 16. Variação da disponibilidade por tipo de gorduras e óleos vegetais (Kg/hab.); 2010/2013	24
Figura 17. Prevalência da hipertensão por sexo e grupo etário, Portugal Continental, 2012	25
Figura 18. Percentagem de indivíduos com hipertensão por grupo etário e sexo, Portugal Continental, 2012	26
Figura 19. Percentagem de indivíduos com hipertensão de acordo com IMC, por grupo etário e sexo, Portugal Continental, 2012	26
Figura 20. Percentagem da prevalência da hipertensão e de indivíduos conscientes da sua hipertensão, tratados e/ou controlados, na população adulta, por grupo etário	27
Figura 21. Comparação da percentagem da prevalência da hipertensão e de indivíduos conscientes da sua hipertensão, tratados e/ou controlados, 2003/2012	27
Figura 22. Ingestão de sal em 2012 (comparação com 2006 e com outros países europeus)	27
Figura 23. Percentagem de inadequação ^(a) de consumo de sal (%)	28
Figura 24. Prevalência de consumo de qualquer tipo de bebida alcoólica ao longo da vida (nos últimos 12 meses e últimos 30 dias), %, 2001/2007/2012	32
Figura 25. População escolar-HBSC/OMS (alunos 6º/8º/10º ano), frequência da embriaguez ao longo da vida (%), 2006/2010/2014	32
Figura 26. Perceção do risco para a saúde associado ao consumo regular e ocasional de bebidas alcoólicas, Portugal e média europeia (%), 2011/2014	33
Figura 27. Indivíduos internados com diagnóstico (principal ou secundário) relacionado com o consumo de álcool, por ano, por sexo, Portugal Continental, 2009-2014	33

Figura 28. Frequência da toma do pequeno-almoço durante a semana por sexo, Portugal Continental, 2014 ^(a) **34**

Figura 29. Frequência da toma do pequeno-almoço durante a semana por ano de escolaridade, Portugal Continental, 2014 ^(a) **35**

Figura 30. Alunos que tomam o pequeno-almoço durante a semana todos os dias, Portugal Continental – 2002, 2006, 2010, 2014 ^(a) **35**

Figura 31. Frequência da toma do pequeno-almoço durante o fim de semana por sexo, Portugal Continental, 2014 ^(a) **35**

Figura 32. Frequência da toma do pequeno-almoço durante o fim de semana por ano de escolaridade, Portugal Continental, 2014 ^(a) **36**

Figura 33. Frequência de consumo de fruta por sexo e total, Portugal Continental, 2014 ^(a) **36**

Figura 34. Frequência de consumo de fruta por ano de escolaridade, Portugal Continental, 2014 ^(a) **36**

Figura 35. Frequência de consumo de hortícolas por sexo e total, Portugal Continental, 2014 ^(a) **37**

Figura 36. Frequência de consumo de hortícolas por sexo e total, Portugal Continental, 2014 ^(a) **37**

Figura 37. Alunos que consomem raramente ou nunca frutas e hortícolas, Portugal Continental, 2002, 2006, 2010, 2014 ^(a) **37**

Figura 38. Frequência de consumo de doces por sexo e total, Portugal Continental, 2014 ^(a) **38**

Figura 39. Frequência de consumo de doces por ano de escolaridade, Portugal Continental, 2014 ^(a) **38**

Figura 40. Frequência de consumo de refrigerantes por sexo e total, Portugal Continental, 2014 ^(a) **38**

Figura 41. Frequência de consumo de refrigerantes por ano de escolaridade, Portugal Continental, 2014 ^(a) **39**

Figura 42. Alunos que consomem raramente ou nunca doces e refrigerantes, Portugal Continental, 2002, 2006, 2010, 2014 ^(a) **39**

Figura 43. Frequência de consumo de café por sexo e total, Portugal Continental, 2014 ^(a) **40**

Figura 44. Frequência de consumo de café por ano de escolaridade, Portugal Continental, 2014 ^(a) **40**

Figura 45. Fatores associados a algum grau de insegurança alimentar, Portugal Continental 2014 **46**

Figura 46. Fatores associados a insegurança alimentar moderada ou grave, Portugal Continental 2014 **47**

Figura 47. Fatores associados a insegurança alimentar grave, Portugal Continental 2014 **47**

Figura 48. Estado nutricional, de acordo com o critério da Organização Mundial da Saúde (2008, 2010, 2013) **50**

Figura 49. Classificação da amostra de acordo com o índice de massa corporal (IMC), segundo o critério da OMS 2006/2007 por sexo no grupo etário 3-4 anos de idade **52**

Figura 50. Classificação da amostra de acordo com o índice de massa corporal (IMC), segundo o critério da OMS 2006/2007 por sexo no grupo etário 5-13 anos de idade **52**

Figura 51. Percentagem de alunos de acordo com o seu Índice de Massa Corporal por sexo, Portugal Continental, 2014 ^(a) **53**

Figura 52. Percentagem de alunos de acordo com seu índice de massa corporal por ano de escolaridade, Portugal Continental, 2014 ^(a) **53**

Figura 53. Percentagem de alunos de alunos com excesso de peso e/ou com obesidade, Portugal Continental, 2002, 2006, 2010, 2014 **54**

Figura 54. Percentagem de alunos de acordo com a perceção do corpo por sexo, Portugal Continental, 2014 ^(a) **54**

Figura 55. Percentagem de alunos de acordo com a perceção do corpo por ano de escolaridade, Portugal Continental, 2014 ^(a) **55**

Figura 56. Percentagem de alunos de acordo com a perceção do corpo, Portugal Continental, 2010 e 2014 **55**

Figura 57. Autopercepção dos alunos face à necessidade de fazer dieta para a perda de peso por sexo, Portugal Continental 2014 ^(a)	56	Figura 69. Evolução da produção hospitalar relativa a adiposidade localizada, (2010 a 2014)	66
figura 58. Autopercepção de alunos face à necessidade de fazer dieta para a perda de peso por ano de escolaridade, Portugal Continental, 2014 ^(a)	56	Figura 70. Evolução da produção hospitalar relativa a anorexia (2010 a 2014)	68
Figura 59. Percentagem de alunos face ao seu à sua autopercepção face à necessidade de fazer dieta para a perda de peso, Portugal Continental, 2010 e 2014 ^(a)	56	Figura 71. Evolução da produção hospitalar relativa a bulimia nervosa (2010 a 2014)	68
Figura 60. Percentagem da população com excesso de peso e obesidade por sexo, Portuga, 2014 ^(a)	57	Figura 72. Evolução da produção hospitalar relativa a úlcera de pressão (2010 a 2014)	69
Figura 61. Percentagem da população por sexo e IMC, Portugal 2014	58	Figura 73. Evolução da produção hospitalar relativa a desidratação (2010 a 2014)	70
Figura 62. Comparação da percentagem da população por sexo e IMC, ano 2005/2006 com 2014	58	Figura 74. Evolução da produção hospitalar relativa a infusão enteral de substâncias nutricionais concentradas (2010 a 2014)	70
Figura 63. Percentagem da população com 18 ou mais anos com excesso de peso e obesidade por grupo etário, Portugal 2014	59	Figura 75. Evolução da produção hospitalar relativa a perfusão parentérica de substâncias nutricionais concentradas (2010 a 2014)	71
Figura 64. Número de pessoas com registo de obesidade entre o número de utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários (CSP) por ARS e Portugal Continental (2010 a 2014)	61	Figura 76. Evolução da produção hospitalar relativa a perfusão parentérica de substâncias nutricionais concentradas (2010 a 2014)	71
Figura 65. Percentagem de pessoas com registo de obesidade entre o número de utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários (CSP) por ARS e Portugal Continental (2010 a 2014)	61		
Figura 66. Percentagem de pessoas com registo de obesidade de entre o número de utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários (CSP) por ARS e Portugal Continental (2010 a 2014)	62		
Figura 67. Percentagem de pessoas com registo de excesso de peso entre o número de utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários (CSP) por ARS e Portugal Continental (2010 a 2014)	63		
Figura 68. Evolução da produção hospitalar relativa a peso a mais e obesidade, (2010 a 2014)	66		



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa – Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.pt