PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

2021

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

2021

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

PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2021.

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

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

AUTORIA
Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
Maria João Gregório, Margarida Bica, Clara Salvador, Sofia Mendes de Sousa, Diana Teixeira
Com a colaboração de Pedro Graça (Consultor da DGS para o PNPAS).
Com a colaboração da Direção de Serviços de Informação e Análise da DGS (Pedro Pinto Leite, Maria Isabel Alves e Maria Teresa Montez)

O PNPAS agradece a colaboração de Sara Castelo, Mariana Costa e Mariana Magalhães.

Lisboa, dezembro, 2021

Índice

Abreviaturas 10

Sumário Executivo 11

Executive Summary 11

Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde 15

1. Introdução 16

2. Diagnóstico da Situação 17

2.1 Morbilidade e mortalidade associada à alimentação 17

2.1.1 Registo de pré-obesidade e obesidade em utentes dos Cuidados de Saúde Primários 17

2.1.2 Cuidados hospitalares relacionados com o estado nutricional 18

2.2 REACT-COVID 2.0 25

2.3 Disponibilidade alimentar 31

2.4 Consumo de alimentos ultraprocessados na população portuguesa 32

3. Atividades | 2020-2021 35

3.1 Recolha de informação para a tomada de decisão 35

3.1.1 Estudo REACT-COVID 2.0 35

3.1.2 Projeto foodDB 35

3.1.3 Sistema de monitorização do marketing alimentar dirigido a crianças 36

3.1.4 Food-EPI 36

3.2.1 Alteração da oferta alimentar 41

3.2.2 Restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos 52

3.3 Aumento da literacia alimentar e nutricional 57

3.3.1 Plataformas digitais do PNPAS 57

3.3.2 Guia para lanches escolares saudáveis 58

3.3.3 Manual "Alimentação e Nutrição na Gravidez" 58

3.4 Ações intersectoriais, de cooperação e relações internacionais 60

3.4.1 Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) 60

3.4.3 *Best ReMaP Joint Action* 61

3.4.4 Projetos em parceria com a OMS 61

3.4.5 Iniciativas e trabalhos no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia (PPUE) 62

3.5 Capacitação dos profissionais de saúde e reorganização do modelo de prestação de cuidados de saúde relacionados com a alimentação e nutrição 66

3.5.1 Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários 66

3.5.2 Manual "Alimentação e Nutrição na Gravidez" 66

3.5.3 Atualização da Orientação n.º 021/2020 para a terapêutica nutricional no doente com COVID-19 66

3.5.4 Resultados da monitorização da implementação da identificação sistemática do risco nutricional 66

3.5.5 Estudo de avaliação do impacto da COVID-19 na prestação de cuidados nutricionais nas unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde 71

3.5.6 Colaboração no projeto "Mais saúde, menos diabetes" 86

3.5.7 Atualização do Catálogo Português de Nutrição 87

3.5.8 Manual "Dietas Hospitalares" 87

4. Roteiro de Ação PNPAS 2022 88

5. Referências bibliográficas 90

6. Anexos 92

Índice de tabelas

Tabela 1. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desnutrição", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2019-2020.** 19
Tabela 2. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", Portugal Continental |2013 – 2020.** 19
Tabela 3. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2018 - 2020.** 20
Tabela 4. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Sarcopenia", Portugal Continental |2013 – 2020.** 21
Tabela 5. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade de morbilidade, relativos a "Sarcopenia", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2018- 2020.** 21
Tabela 6. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", Portugal Continental |2013 - 2020.** 21
Tabela 7. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2018 - 2020.** 22
Tabela 8. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Excesso de peso e obesidade no adulto", Portugal Continental |2013 - 2020.** 22
Tabela 9. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Pré-obesidade no adulto", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2018 – 2020.** 23
Tabela 10. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Obesidade no adulto", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2020.** 24
Tabela 11. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", Portugal Continental |2013 - 2020.** 24
Tabela 12. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2018 - 2020** 24
Tabela 13. **Metas definidas para a reformulação do teor de sal.** 47
Tabela 14. **Metas definidas para a reformulação do teor de açúcar.** 48
Tabela 15. **Metas definidas para a reformulação do teor de ácidos gordos *trans*.** 48
Tabela 16. **Evolução da média ponderada do teor de sal (g) dos produtos alimentares | 2018 – 2021.** 49
Tabela 17. **Evolução da média ponderada do teor de sal (g) por 100 g de alimento, por categorias alimentares.** 50
Tabela 18. **Representações do Ministério da Saúde em reuniões técnicas internacionais.** 64
Tabela 19. **Participação do PNPAS na publicação de relatórios internacionais.** 65
Tabela 20. **Divulgação científica do trabalho desenvolvido pelo PNPAS.** 65
Tabela 21. **Indicadores de desempenho dos hospitais relativos à implementação das ferramentas de identificação do risco nutricional previstos no Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, 2019-2021.** 68
Tabela 22. **Grau de implementação do rastreio nutricional nas diferentes unidades hospitalares do SNS.** 70
Tabela 23. **Unidades hospitalares que apresentam uma percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48 horas após a admissão hospitalar superior a 50%.** 70

Índice de Figuras

Figura 1. **Proporção de utentes com registo de pré-obesidade entre o número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, por região de saúde | 2014-2020.** 17
Figura 2. **Proporção de utentes com registo de obesidade entre o número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, por região de saúde | 2014-2020.** 18
Figura 3. **Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", Portugal Continental |2013 – 2020.** 20
Figura 4. **Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Obesidade no adulto", Portugal Continental (2013 a 2020).** 23
Figura 5. **Alteração de hábitos alimentares durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.** 25
Figura 6. **Razões para a alteração de hábitos alimentares no contexto da COVID-19.** 26
Figura 7. **Alterações no consumo alimentar durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.** 26
Figura 8. **Alteração de alguns comportamentos associados à alimentação durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.** 27
Figura 9. **Frequência de consumo diário de hortícolas, fruta e pescado (por sexo, idade, escolaridade, perceção da situação financeira do agregado, nível de segurança alimentar e nível de fome hedónica).** 28
Figura 10. **Frequência de consumo de pelo menos 5 vezes por semana de snacks doces, snacks salgados e refrigerantes (por sexo, idade, escolaridade, perceção da situação financeira do agregado, nível de segurança alimentar e nível de fome hedónica).** 28
Figura 11. **Nível de fome hedónica durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.** 29
Figura 12. **Perceção face à alteração do peso corporal durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.** 29
Figura 13. **Risco de insegurança alimentar durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.** 30
Figura 14. **Acesso às orientações produzidas pela DGS na área da alimentação no contexto da COVID-19.** 30
Figura 15. **Utilidade das orientações produzidas pela DGS na área da alimentação no contexto da COVID-19.** 31
Figura 16. **Comparação da distribuição percentual do consumo alimentar recomendado pela Roda dos Alimentos com as disponibilidades diárias *per capita*, segundo a Balança Alimentar Portuguesa (2016-2020).** 32
Figura 18. **Contribuição dos alimentos ultraprocessados (%) para a quantidade total de alimentos ingeridos, por faixa etária.** 33
Figura 19. **Contribuição dos grupos alimentares para o consumo de alimentos ultraprocessados (%), por faixa etária, no sexo feminino.** 34
Figura 20. **Contribuição dos grupos alimentares para o consumo de alimentos ultraprocessados (%), por faixa etária, no sexo masculino.** 34
Figura 21. **Modelo de intervenção PNPAS.** 35
Figura 22. **Processo de avaliação da implementação de políticas públicas para a promoção de ambientes alimentares saudáveis - Food-EPI.** 37
Figura 23. **Participação do painel de peritos (n), por etapa, do Food-EPI.** 37
Figura 26. **Evolução do teor médio de açúcar e do valor energético das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes (n=136) | 2016 – 2021.** 42
Figura 27. **Distribuição das bebidas açúcaradas e adicionadas de edulcorantes de acordo com os dois escalões de taxação em função do teor de açúcar (gramas por 100 mL), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro | 2016 - 2020.** 43

Figura 28. **Distribuição das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes de acordo com os quatro escalões de taxação em função do teor de açúcar (gramas por 100 mL), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro | 2016 - 2020.** 43
Figura 29. **Distribuição das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes de acordo com os os dois escalões de taxação em função do teor de açúcar (gramas por 100 mL), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro | 2017 - 2020.** 44
Figura 30. **Distribuição das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes de acordo com os quatro escalões de taxação em função do teor de açúcar (gramas por 100 mL), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro | 2019 - 2020.** 44
Figura 31. **Evolução anual do total de vendas de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes | 2017-2020.** 45
Figura 33. **Evolução média do preço (€ por litro) das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes | 2016-2021.** 45
Figura 34. **Evolução do número de escolas participantes no Regime Escolar.** 46
Figura 35. **Evolução do número de crianças participantes no Regime Escolar.** 47
Figura 36. **Evolução da média ponderada do teor de sal (g) por 100 g de alimento, por categorias alimentares.** 49
Figura 37. **Evolução do teor de açúcar por 100g/100ml de alimento, por categorias alimentares.** 51
Figura 38. **Volume total de sal e açúcar (toneladas) reduzido entre 2018 e 2021 nas categorias de produtos alimentares em análise (categorias em análise do teor de açúcar: cereais de pequeno-almoço, iogurtes e queijos com sabor, leite achocolatado, leite fermentado, néctares e refrigerantes; categorias em análise do teor de sal: batatas fritas e outros snacks salgados, cereais de pequeno-almoço e pizzas).** 51
Figura 39. **Dados analisados no âmbito do estudo realizado ao marketing digital nas redes sociais.** 52
Figura 40. **Percentagem de publicações referentes à marca e não a um produto específico.** 53
Figura 41. **Categorias de alimentos publicitados nas publicações analisadas.** 53
Figura 42. **Percentagem de publicações relativas a alimentos que não cumpre o perfil nutricional definido pela DGS.** 53
Figura 43. **Público-alvo das publicações analisadas.** 54
Figura 45. **Percentagem de publicações com conteúdo apelativo para crianças e adolescentes que não cumpre o perfil nutricional da DGS.** 54
Figura 46. **Dados analisados no contexto do estudo realizado aos influenciadores digitais.** 55
Figura 47. **Percentagem de referências a alimentos e bebidas classificadas como "não saudáveis", seguindo os critérios do perfil nutricional definido pela DGS.** 55
Figura 48. **Categorias de produtos mais comumente incluídas nas referências a alimentos e bebidas nos vídeos do YouTube® analisados.** 56
Figura 49. **Dados analisados no âmbito do estudo piloto da ferramenta CLICK da OMS para monitorizar o marketing digital.** 56
Figura 50. **Evolução do número anual de visualizações do blogue Nutrimento | 2014-2020.** 57
Figura 51. **Evolução do número anual de visualizações do sítio *web* do PNPAS | 2015-2020.** 57
Figura 52. **Evolução do número anual de utilizadores do blogue Nutrimento | 2014-2020.** 58
Figura 53. **Evolução do número anual de utilizadores do sítio *web* do PNPAS | 2014-2020** 58
Figura 54. **Grau de implementação da EIPAS 2018-2020.** 60
Figura 55. **Imagem da Conferência "Future Steps to Tackle Obesity: digital innovations into policy and actions", no âmbito da Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia.** 62
Figura 56. ***The Lisbon Call to Action: To protect children from obesogenic environments*, no âmbito da Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia.** 63

Figura 57. **Unidades de Saúde do SNS com monitorização dos indicadores relativos à identificação sistemática do risco nutricional.** 67
Figura 58. **Percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão hospitalar.** 68
Figura 59. **Evolução temporal dos indicadores de desempenho associados à identificação do risco nutricional.** 69
Figura 60. **Grau de implementação do rastreio nutricional por região de saúde.** 71
Figura 61. **Percentagem de doentes em risco nutricional, 2021.** 71
Figura 63. **Número total de Nutricionistas nas Unidades de Saúde inquiridas e sua distribuição pelos Cuidados de Saúde Hospitalares e ULS.** 73
Figura 64. **Número médio de Nutricionistas por Região de Saúde.** 73
Figura 65. **Rácio número de camas por Nutricionista por tipologia de unidade hospitalar.** 73
Figura 66. **Rácio número de camas por Nutricionista por Região de Saúde.** 73
Figura 67. **Perceção da necessidade de assumir novas funções/tarefas ou expandir funções, fora da prática normal.** 74
Figura 68. **Percentagens de dedicação do Serviço de Nutrição às diferentes áreas de atuação em contexto hospitalar.** 74
Figura 69. **Novas funções/tarefas que o Serviço de Nutrição assumiu, fora da sua prática normal.** 75
Figura 70. **Perceção sobre a alteração da rotina/organização do trabalho do Serviço de Nutrição.** 75
Figura 71. **Perceção sobre as alterações mais relevantes à rotina/organização do trabalho do Serviço de Nutrição durante a pandemia.** 76
Figura 72. **Diminuição do número de Nutricionistas do Serviço de Nutrição devido a baixas médicas associadas à COVID-19.** 76
Figura 73. **Alteração do número de horas de trabalho semanais dos Nutricionistas durante o período de pandemia COVID-19.** 77
Figura 74. **Percentagem de Serviço de Nutrição cujos profissionais passaram a trabalhar aos dias não úteis (fins-de- semana e/ou feriados), durante a pandemia COVID-19.** 77
Figura 75. **Alterações no rácio de Nutricionistas nas unidades de saúde, desde o início da pandemia COVID-19.** 77
Figura 76. **Percentagem de unidades de saúde que percecionaram a necessidade de contratação de Nutricionistas e de unidades de saúde que efetivamente efetuaram novas contratações.** 77
Figura 77. **Número de contratações de Nutricionistas pelas unidades de saúde inquiridas.** 78
Figura 78. **Identificação do risco nutricional durante o período da pandemia COVID-19.** 78
Figura 79. **Meios para a identificação do risco nutricional durante o período da pandemia COVID-19.** 79
Figura 80. **Apoio do Serviço de Nutrição a doentes com COVID-19.** 79
Figura 81. **Perceção da diminuição da prestação de cuidados nutricionais a doentes não COVID-19.** 80
Figura 83. **Perceção da alteração do número de consultas de Nutrição em contexto de ambulatório.** 81
Figura 85. **Número médio de consultas de Nutrição em contexto de ambulatório realizadas no ano de 2019 e no ano de 2020, por Região de Saúde (n=23).** 81
Figura 86. **Priorização da prestação de cuidados especializados de nutrição.** 82
Figura 87. **Principais situações clínicas priorizadas no contexto da prestação de cuidados especializados de nutrição.** 82
Figura 88. **Contacto com os doentes no contexto das consultas em ambulatório.** 83
Figura 89. **Contacto com os doentes no contexto do apoio ao internamento.** 83
Figura 90. **Perceção sobre a capacidade para prestar cuidados especializados de nutrição a doentes não COVID-19 com a mesma qualidade em período de pandemia COVID-19.** 83

Figura 91. **Classificação dos cuidados especializados de nutrição a doentes não COVID-19 durante a pandemia da COVID-19, comparando com a altura antes da pandemia.** 84
Figura 93. **Conhecimento dos documentos produzidos pelo PNPAS no contexto da COVID-19.** 85
Figura 94. **Utilidade dos documentos produzidos pelo PNPAS no contexto da COVID-19.** 85
Figura 95. **Realocação de recursos do Serviço de Nutrição entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários) durante a pandemia COVID-19.** 85
Figura 96. **Apoio domiciliário no contexto dos cuidados na comunidade durante a pandemia COVID-19.** 86
Figura 97. **Programas de intervenção no âmbito da prevenção e promoção da saúde durante a pandemia COVID-19.** 86

Abreviaturas

APED	Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição
ASAE	Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
AT	Autoridade Tributária e Aduaneira
BAP	Balança Alimentar Portuguesa
CONSANP	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
COSI	*Childhood Obesity Surveillance Initiative*
CPN	Catálogo Português de Nutrição
DGAV	Direção-Geral de Alimentação e Veterinária
DGS	Direção-Geral da Saúde
EIPAS	Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável
ENSANP	Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
FIPA	Federação das Indústrias Portuguesas Agro-Alimentares
Food-EPI	*Healthy Food Environment Policy Index*
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
GPP	Gabinete de Planeamento, Políticas e Administração Geral
IAN-AF	Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPAS	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNS	Plano Nacional de Saúde
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
SMI	Serviços de Medicina Intensiva
SNS	Serviço Nacional de Saúde
ULS	Unidade Local de Saúde
WP	*Work Package*

Sumário Executivo

Este documento apresenta a informação epidemiológica nacional mais recente relativa à área da alimentação e nutrição, bem como uma descrição das principais atividades realizadas no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde em 2020/2021 (de novembro 2020 a dezembro 2021). Apresenta ainda o roteiro de ação do PNPAS para 2022.

Diagnóstico da situação

Dados do REACT-COVID 2.0 mostram que os comportamentos alimentares de uma percentagem relevante dos portugueses se parecem ter alterado durante os primeiros 12 meses da pandemia COVID-19. Comparativamente ao período pré-pandemia, 36,8% da população inquirida reportou ter mudado os seus hábitos alimentares durante os primeiros 12 meses de pandemia, sendo que 58,2% tem a perceção de que mudou para melhor e 41,8% a perceção de que mudou para pior. As razões para esta alteração parecem relacionar-se com 3 grandes fatores: 1) aumento das refeições realizadas em casa (33,4%) e/ou aumento do número de refeições cozinhadas em casa (19,4%); 2) alterações no apetite motivadas por razões emocionais (24,9%) e 3) alteração da frequência de idas às compras (21,7%).

A análise global dos dados de produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade no Serviço Nacional de Saúde (SNS) revelou uma redução da produção hospitalar para as doenças e sintomas associados ao PNPAS analisadas no ano 2020, que poderá ser justificada pela alteração no número e perfil de utentes que recorreram ao SNS, condicionado pela resposta à pandemia da COVID-19.

Atividades | 2019 – 2020

Ao longo do período em análise, do conjunto de atividades desenvolvidas pelo PNPAS é notório um forte investimento na avaliação dos resultados das medidas já implementadas, bem como a prossecução da implementação de medidas que visam melhorar os ambientes alimentares e a reorientação dos serviços de saúde para uma ação mais efetiva

Executive Summary

This document presents the most recent national epidemiological information related to the area of food, as well as a description of the main activities carried out under the National Program for the Promotion of Healthy Eating (PNPAS) of the Directorate-General for Health in 2019/2020. Additionally, it is presented the roadmap for 2022.

Situational Assessment

Data from REACT-COVID 2.0 reveals that the eating habits of a relevant percentage of the Portuguese population appear to have changed during the first 12 months of the COVID-19 pandemic. Compared to the pre-pandemic period, 36.8% of the surveyed population reported changes in their eating habits during the first 12 months of the pandemic, with 58.2% perceiving that it has changed for the better and 41.8% perceiving that it has changed for worst. The reasons for this change seem to be related to 4 main factors: 1) increase in home cooked meals (33.4%), 2) changes in appetite motivated by emotional reasons (24.9%), 3) change in the frequency of shopping trips (21.7%) and finally 4) increase in the number of home cooked meals (19.4%).

The overall analysis of the hospital production data and respective morbidity patterns in the National Health Service (NHS) revealed a reduction in hospital production for the diseases and symptoms associated with the PNPAS analysed in 2020, which may be justified by the change in the number and profile of users who resorted to the NHS, conditioned by the response to the pandemic of COVID-19.

Activities| 2019 – 2020

During the analysis period, from the number of activities developed by PNPAS, it is evident a strong investment in the evaluation of the results of the measures already implemented, as well as the continued implementation of measures intended to improve food environments and the reorientation of health services towards a more effective action in terms of the promotion of healthy eating and the assessment of nutritional risk. During the 2020/2021 period, the following activities may be highlighted:

ao nível da promoção da alimentação saudável e da identificação do risco nutricional. Durante o período de 2020/2021 pode-se destacar:

- A realização do estudo REACT-COVID 2.0, que teve como objetivo conhecer os comportamentos alimentares e de atividade física dos portugueses um ano após o início da pandemia COVID-19 (maio – junho 2021).

- Monitorização do marketing digital de alimentos dirigido a crianças, nomeadamente nas redes sociais de diferentes marcas de determinados produtos alimentares e nos canais de YouTube® de dois influenciadores digitais (durante o período de um ano). Foi também implementado um estudo piloto da ferramenta CLICK da OMS, que permitiu avaliar a exposição direta das crianças portuguesas ao marketing digital de alimentos.

- Implementação do estudo *Healthy Food Environment Policy Index* (Food-EPI) em Portugal, com o objetivo de avaliar o estado e o progresso de Portugal na melhoria dos ambientes alimentares e na implementação de políticas e de ações destinadas à prevenção da obesidade e das doenças crónicas associadas.

- A monitorização do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas, sendo que os dados da Autoridade Tributária sugerem que o imposto continua a ser um incentivo à reformulação dos produtos alimentares (em 2021, 29,4% das bebidas abrangidas pelo imposto apresentavam um teor de açúcar inferior a 2,5g por 100 mL, por comparação a uma percentagem de 25,9% no ano de 2020).

- Monitorização dos compromissos para a reformulação dos produtos alimentares, sendo que no geral, entre 2018 e 2021, se verificou uma diminuição no teor de sal (g) e de açúcar (g), por 100g, de alimento em quase todas as categorias de produtos alimentares. No global, entre 2018 e 2021, o volume total de sal e de açúcar dos alimentos abrangidos por este protocolo reduziu-se em cerca de 25,6 toneladas de sal e 6256,1 toneladas de açúcar.

- Colaboração técnica na elaboração do Despacho nº 8127/2021, de 17 de agosto que estabelece as

- The implementation of the REACT-COVID 2.0 study, which aimed to understand the eating and physical activity behaviours of the Portuguese population one year after the beginning of the COVID-19 pandemic (May - June 2021).

- Monitoring of digital food marketing aimed at children, namely on the social networks of different brands of certain food products and on the YouTube channels of two digital influencers (during the period of one year). A pilot study of the WHO's CLICK monitoring framework was also implemented to assess the direct exposure of Portuguese children to digital food marketing.

- Implementation of the Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI) study in Portugal, in order to evaluate the state and progress of Portugal in the improvement of food environments and the implementation of policies and actions aimed at preventing obesity and associated chronic diseases.

- The monitoring of the excise tax on sugary drinks, with data from the Tax Authority which suggests that the tax continues to be an incentive to food reformulation (in 2021, 29.4% of the drinks covered by the tax had a sugar content of less than 2.5g per 100 mL, compared to a percentage of 25.9% in 2020).

- Monitoring of the commitments for the reformulation of food products, with an overall decrease in the salt (g) and sugar (g) content, per 100g of food, between 2018 and 2021 in almost all food product categories. Overall, the total volume of salt and sugar in foods covered by this protocol enable thereduction of 25.6 tonnes of salt and 6256.1 tonnes of sugar, between 2018 and 2021.

- Technical collaboration for the elaboration of Order No. 8127/2021, of August 17, which establishes the standards in the preparation of menus and in the sale of food products in buffets and vending machines in public education establishments.

- Publication, in partnership with the Directorate General of Education, of the Guide to Healthy School Snacks.

- Publication of the Manual "Food and Nutrition during Pregnancy".

normas na elaboração de ementas e na venda de géneros alimentícios nos bufetes e nas máquinas de venda automática dos estabelecimentos de educação pública.

- Publicação, em parceria com a Direção-Geral da Educação, do Guia para lanches escolares saudáveis.

- Publicação do Manual "Alimentação e Nutrição na Gravidez".

- Publicação do modelo do aconselhamento breve para a alimentação saudável nos Cuidados de Saúde Primários.

- Publicação da atualização da Orientação n.º 021/2020 para a terapêutica nutricional no doente com COVID-19.

- Publicação do Manual de Dietas Hospitalares e do Despacho n.º 10511/2021, de 26 de outubro, que determina a sua efetiva implementação nas unidades hospitalares do SNS.

- Monitorização da implementação da identificação sistemática do risco nutricional. Para o ano de 2021 a percentagem média de doentes submetidos à identificação do risco nutricional foi de 35%. A evolução deste indicador tem sido positiva, sendo que a pandemia da COVID-19 não parece ter comprometido a realização do rastreio nutricional, verificando-se apenas uma pequena quebra durante o mês de abril de 2020 e no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021. Ao longo dos últimos 12 meses em análise verificou-se um aumento de 17% na percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional.

- Realização de um estudo de avaliação do impacto da COVID-19 na prestação de cuidados nutricionais nas unidades de saúde do SNS. De acordo com os dados deste estudo, a COVID-19 parece ter contribuído para uma alteração na prestação de cuidados nutricionais nas unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde inquiridas. 87,9% das unidades de saúde reportou ter alterado a rotina/organização do Serviço de Nutrição, passando a dar mais apoio ao internamento (51,7%), nomeadamente a doentes com COVID-19 (nos Serviços de Medicina Intensiva e em enfermaria), tendo 45,5% percecionado uma diminuição da prestação

- Publication of the model of brief advice for healthy eating in Primary Health Care.

- Publication of the update of Guideline No. 021/2020 for nutritional therapy in the patient with COVID-19.

- Publication of the Manual on Hospital Diets and of the Dispatch n.º 10511/2021, of 26 of October, contributing to the efffective implementation of these diets on the NHS units.

- Monitoring of the implementation of systematic identification of nutritional risk. For the year 2021, the average percentage of patients submitted to nutritional risk identification was 35%. The evolution of this indicator has been positive, and the pandemic of COVID-19 does not seem to have compromised the performance of nutritional screening, with only a slight decrease during the month of April 2020 and in the period from October 2020 to January 2021. Over the last 12 months under review there was a 17% increase in the percentage of patients undergoing nutritional risk identification.

- Conducting a study to evaluate the impact of COVID-19 on the provision of nutritional care in NHS health units. According to data from this study, COVID-19 appears to have contributed to a change in the provision of nutritional care in the surveyed NHS health units. 87.9% of healthcare units reported having changed the routine/organisation of the Nutrition Service, shifting more support to inpatients (51.7%), namely to COVID-19 patients (in Intensive Care Units and on the ward), while 45.5% perceived a decrease in the provision of nutritional care to non-COVID-19 patients. On average, in 2020, there was an 18.0% decrease in the number of outpatient consultations performed compared to the number of consultations performed in 2019. During this period, 18 nutritionists were hired to reinforce the Nutrition Service of the NHS health units, included in this study.

- Organization of the Conference "Future Steps to Tackle Obesity: digital innovations into policy and actions", under the Portuguese Presidency of the Council of the European Union and launch of "The Lisbon Call to Action: to protect children from obesogenic environments".

de cuidados nutricionais a doentes não COVID-19. Em média, em 2020, registou-se uma redução de 18,0% no número de consultas realizadas em ambulatório, comparativamente ao número de consultas realizadas em 2019. Durante este período, foram contratados 18 Nutricionistas para reforçar o Serviço de Nutrição das unidades de saúde do SNS, incluídas neste estudo.

- Organização da Conferência "Future Steps to Tackle Obesity: digital innovations into policy and actions", no âmbito da Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia e lançamento do *The Lisbon Call to Action: To protect children from obesogenic environments.*

Roteiro de Ação para 2022

Para o 3º trimestre de 2022 perspetiva-se a publicação das novas linhas de orientação estratégica do PNPAS. As novas linhas de orientação estratégica, serão desenvolvidas no contexto do novo Plano Nacional de Saúde 2030, em fase de preparação neste momento, e enquadram-se numa das metas do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), no âmbito da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

Reforçar os sistemas de informação de apoio à tomada de decisão na área da alimentação e da nutrição e à monitorização e avaliação; promover a criação de ambientes alimentares saudáveis, promover a literacia em saúde e capacitar a população para escolhas alimentares mais saudáveis; promover uma abordagem de intervenção intersectorial, que permita pôr em prática o princípio da saúde em todas as políticas e reforçar e reorientar os serviços de saúde para a promoção de uma alimentação saudável e para o diagnóstico e tratamento precoce da pré-obesidade e obesidade serão seguramente áreas estratégicas de ação para o novo ciclo de planeamento do PNPAS.

Roadmap for 2022

- The publication of the new strategic guidelines of the PNPAS is expected for the 3rd quarter of 2022. The new strategic guidelines will be developed in context of the new National Health Plan 2030, currently being prepared, and fall within one of the goals of the Recovery and Resilience Plan (RRP), under the Primary Health Care Reform.

- Strengthening information systems to support decision-making in the area of food and nutrition and to support monitoring and evaluation; promoting the creation of healthy eating environments, promoting health literacy and empowering the population to make healthier food choices; promoting an intersectoral intervention approach, enabling the implementation of the principle of health in all policies and strengthening and reorienting health services towards the promotion of healthy eating and the early diagnosis and treatment of pre-obesity and obesity will certainly be strategic areas of action for the new planning cycle of the PNPAS.

Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde

Este relatório, descreve de forma detalhada a atividade do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde (DGS) entre os anos 2020 e 2021. Este relatório reporta-se a um período fortemente condicionado pela COVID-19, porém é um documento relevador da capacidade que os programas prioritários de saúde tiveram em manter a sua ação.

Do conjunto alargado de iniciativas desenvolvidas durante o período em análise neste relatório sublinha-se o esforço continuado do PNPAS na modificação dos ambientes alimentares, nomeadamente através da reformulação dos produtos alimentares que levou a uma redução global de cerca de 11% no teor médio de sal e de açúcar, entre 2018 e 2021, nos produtos alimentares abrangidos pelo compromisso para a reformulação dos produtos alimentares.

Destaca-se também o estudo realizado para avaliar o grau de implementação de políticas públicas para a promoção da alimentação saudável em Portugal – The Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI) Portugal – um estudo que envolveu um painel de peritos o que permitiu assegurar uma avaliação independente das estratégias levadas a cabo pelo PNPAS ao longo da última década. Como resultados realça-se que se obteve um grau de implementação moderado ou elevado para a maioria dos indicadores considerados neste estudo de avaliação.

Espera-se que uma estratégia para a promoção da alimentação saudável seja capaz de mobilizar e articular com um conjunto alargado de parceiros. Esta capacidade de mobilização e articulação com diferentes interlocutores é bem visível através das ações descritas neste relatório. Desde a articulação com outras instituições públicas, como é exemplo a estreita articulação com a Direção-Geral da Educação que visa promover a alimentação saudável em contexto escolar, às parcerias estabelecidas com a indústria alimentar e distribuição para a reformulação dos produtos alimentares, até às parcerias de âmbito internacional, em particular com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e com a Comissão Europeia. Neste âmbito destaca-se o envolvimento do PNPAS num conjunto alargado de projetos da OMS e a coordenação que o PNPAS assume deste 2020 de uma das áreas de trabalho principais da EU Best-ReMaP Joint Action - Best-Practices on Nutrition.

Uma melhorar capacidade de resposta dos serviços de saúde para a áreas da promoção da alimentação saudável e da nutrição tem sido também uma área onde o PNPAS tem ao longo dos últimos dois anos vindo a reforçar a sua ação. Neste âmbito destaca-se a publicação do aconselhamento breve para a alimentação saudável, a implementação da identificação do risco nutricional nos cuidados hospitalares, a publicação do Manual de Dietas Hospitalares e a atualização do Catálogo Português de Nutrição.

O relatório do PNPAS de 2021 permite também demonstrar a preocupação que este programa teve em monitorizar o impacto da pandemia, quer ao nível dos comportamentos alimentares da população portuguesa, quer ao nível dos cuidados de saúde na área da nutrição. Este relatório apresenta os resultados do REACT-COVID 2.0 – Inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto de pandemia COVID-19, bem como os resultados de um estudo desenvolvido pelo PNPAS para melhor compreender o impacto da pandemia na prestação de cuidados nutricionais.

Em 2022 perspetiva-se a publicação das novas linhas de orientação estratégica para o PNPAS 2022-2030, mantendo-se o investimento na promoção da alimentação saudável como uma área fundamental para melhorar a saúde da nossa população.

Dezembro de 2021
Graça Freitas, Diretora-Geral da Saúde

1. Introdução

O presente relatório tem como objetivo divulgar a informação epidemiológica nacional mais recente relativa à área da alimentação e da nutrição, bem como descrever a atividade desenvolvida em diferentes áreas de atuação do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde (DGS) durante o período novembro de 2020 e dezembro de 2021. Quando relevante apresenta-se ainda informação sobre os resultados das medidas implementadas ao longo dos últimos anos.

A alimentação inadequada é uma das principais causas evitáveis das doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente da obesidade, doenças oncológicas, doenças cérebro-cardiovasculares e da diabetes *mellitus* tipo 2. Os dados mais recentes do *Global Burden Disease*, de 2019, mostram que em Portugal, os hábitos alimentares inadequados estão entre os 5 fatores de risco que mais determinam a perda de anos de vida saudável e a mortalidade, contribuindo para 7,3% dos DALYs e para 11,4% da mortalidade, no ano de 2019. Porém, quando se considera o peso dos hábitos alimentares inadequados juntamente com os fatores de risco metabólicos associados à alimentação inadequada, nomeadamente o índice de massa corporal elevado, a glicose plasmática aumentada, a hipertensão arterial e o colesterol LDL elevado, é possível verificar que estes fatores de risco representam, globalmente, cerca de 38% da carga total de doença, expressa em DALYs e, que cerca de 60% das mortes anuais se encontram associadas a estes fatores de risco (1, 2).

O PNPAS é um dos 12 Programas Nacionais de Saúde Prioritários, que se desenvolve no âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS) Revisão e Extensão a 2020 e integra a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas, nos termos do Despacho n.º 6401/2016, de 11 de maio (3). O PNPAS pretende contribuir diretamente para um dos desígnios do PNS, a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, em particular a obesidade infantil.

Este relatório encontra-se organizado em 3 grandes capítulos. Um inicial, relacionado com o diagnóstico e a vigilância epidemiológica, que agrega informação mais atual no contexto da morbilidade e mortalidade associada à alimentação, quer no contexto dos cuidados de saúde primários, quer no contexto dos cuidados de saúde hospitalares. Este capítulo inicial descreve ainda os resultados de um estudo de âmbito nacional que procurou compreender o impacto dos primeiros 12 meses de pandemia nos hábitos alimentares da população portuguesa. São ainda apresentados os dados mais recentes da Balança Alimentar Portuguesa (2016-2020).

No segundo capítulo deste relatório apresentam-se as principais atividades desenvolvidas durante o período de 2020 (novembro 2020) a 2021 (dezembro 2021). Dá-se um especial destaque aos resultados dos estudos de avaliação dos resultados de algumas das medidas implementadas em Portugal para a promoção da alimentação saudável, nomeadamente do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas, da regulação da publicidade alimentar dirigida a crianças, bem como os resultados do grau de implementação da identificação sistemática do risco nutricional nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os resultados do estudo de avaliação do impacto da COVID-19 na prestação de cuidados nutricionais.

No último capítulo apresenta-se o roteiro de ação do PNPAS para os próximos 12 meses.

Esta prestação de contas é ainda mais importante num ano afetado pela pandemia COVID-19, onde existe a necessidade de refletir sobre o que aconteceu e perspetivar o futuro quando se tornam visíveis diferentes alterações no sistema alimentar que a estratégia alimentar e nutricional a nível nacional levada a cabo pelo PNPAS terá de ter em conta.

2. Diagnóstico da Situação

Neste capítulo agregam-se os dados de vigilância epidemiológica mais relevantes na área do consumo alimentar e estado nutricional durante o período de análise deste relatório.

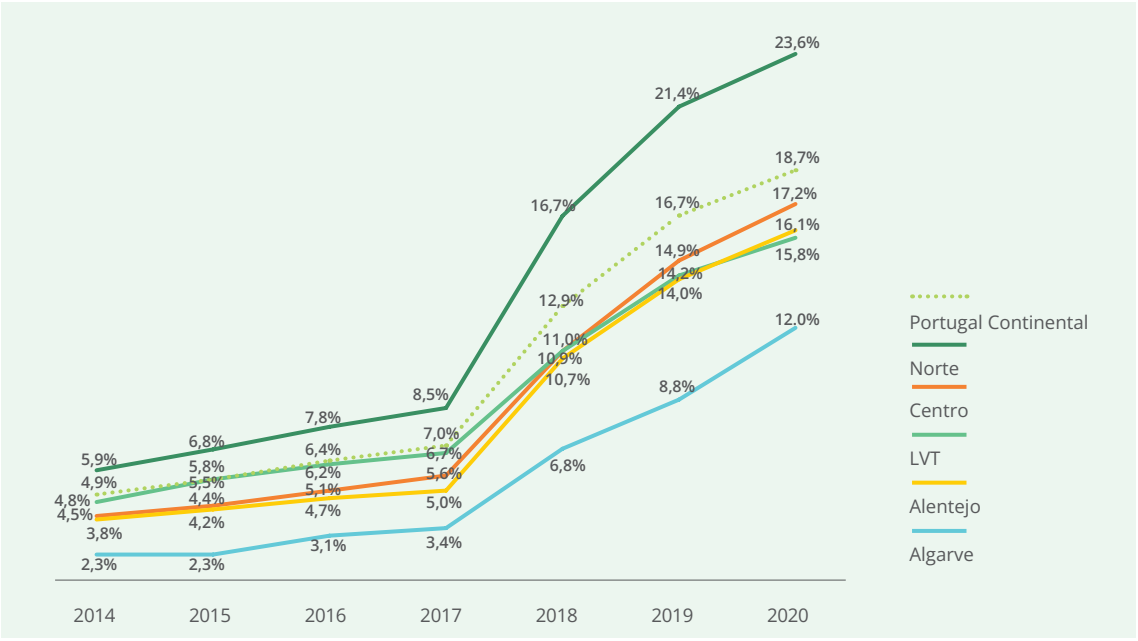
2.1 Morbilidade e mortalidade associada à alimentação

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

Apesar de a pré-obesidade e a obesidade afetarem, respetivamente, 38,9% e 28,7% da população nacional, nos utentes dos Cuidados de Saúde Primários, o seu registo ainda é bastante inferior, embora tenha melhorado nos últimos anos, em particular a partir do ano de 2018.

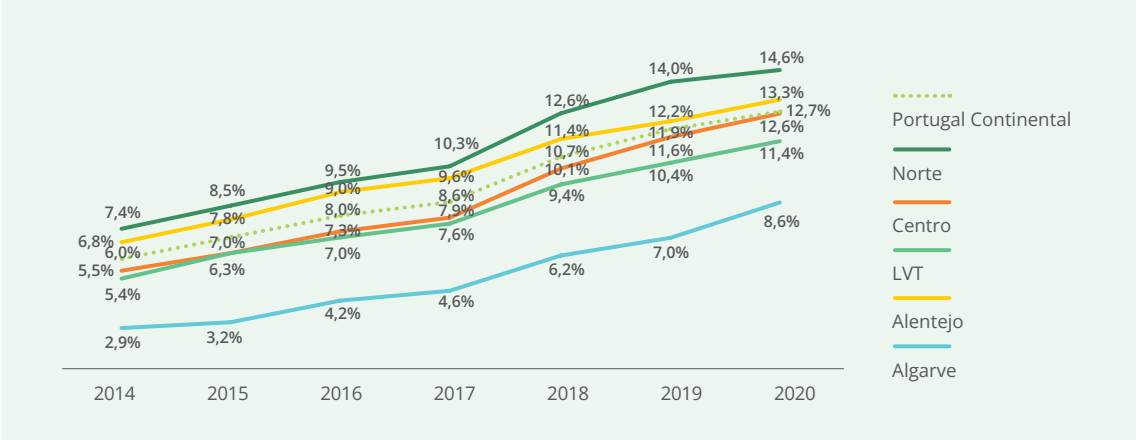
As Figuras 1 e 2 demonstram uma tendência crescente da proporção de utentes com registos de pré-obesidade e obesidade nos Cuidados de Saúde Primários, atingindo os 18,7% e os 12,7% a nível nacional em 2020, respetivamente. Observam-se também diferenças acentuadas no registo entre as diferentes regiões do país. Entre 2017 e 2020, ocorreu um aumento, respetivamente, de 167,1% e de 46,5% no registo de pré-obesidade e de obesidade nos utentes dos Cuidados de Saúde Primários. Estes dados poderão representar uma melhoria do desempenho do Serviço Nacional de Saúde no diagnóstico da pré-obesidade e obesidade.

Figura 1. **Proporção de utentes com registo de pré-obesidade entre o número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, por região de saúde | 2014-2020.**



Fonte: SIM@SNS

Figura 2. **Proporção de utentes com registo de obesidade entre o número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, por região de saúde | 2014-2020.**



Fonte: SIM@SNS

2.1.2 Cuidados hospitalares relacionados com o estado nutricional

Neste capítulo agregam-se os dados de produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade no SNS para o período 2020.

A análise global dos resultados obtidos revelou uma redução da produção hospitalar para as doenças com relevância para o PNPAS analisadas no ano 2020, que poderá ser justificada pela alteração no número e perfil de utentes que recorreram ao SNS, condicionado pela resposta à pandemia COVID-19.

Desnutrição e condições associadas

A Tabela 1 caracteriza a produção hospitalar associada à "Desnutrição". Em 2020 o número de doentes saídos foi de 7840, menos 16,3% do que no período homólogo de 2019, sendo a demora média de 16,3 dias (Tabela 1). Por grupos etários, foi no grupo dos idosos (65-79 anos e 80 ou mais anos) que se verificou um maior número de doentes saídos com registo de "Desnutrição". O registo de desnutrição foi superior no sexo masculino em todos os grupos etários com 65 anos ou mais (Tabela 1).

Tabela 1. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desnutrição", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2019-2020.**

	Desnutrição							
Grupo etário	**Utentes saídos**		**Dias Int.**		**Demora Média**		**Óbitos**	
	2019	**2020**	**2019**	**2020**	**2019**	**2020**	**2019**	**2020**
Total	9362	7840	155068	127889	16,5	16,3	31	31
			Masculino					
<19 anos	117	83	2988	2626	25,5	30,9	0	0
20-39 anos	123	107	4380	2595	35,6	24,3	0	0
40-64 anos	1594	1296	33120	26436	20,6	20,4	4	3
65-79 anos	1829	1631	32600	29741	17,8	18,2	3	7
80 ou +anos	1816	1586	23402	20908	12,8	13,2	8	5
			Feminino					
<19 anos	65	63	2150	1764	33,1	28,0	0	0
20-39 anos	101	48	2397	1140	23,7	23,8	0	0
40-64 anos	612	487	13425	9022	21,9	18,5	1	1
65-79 anos	927	788	16365	13320	17,6	16,9	3	6
80 ou +anos	2178	1751	24241	20337	11,1	11,6	12	9

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021; Códigos de diagnóstico considerados para a análise: E40, E41, E42, E43, E440, E441, E45, E46, R64 (ICD 10 - CM).

A Tabela 2 caracteriza a produção hospitalar associada à "Desidratação". Em 2020 os utentes saídos com desidratação foi de 22001, mantendo-se a tendência decrescente da sua ocorrência verificada desde 2015, sendo a demora média no ano de 2020 de 9,7 dias (Tabela 2). A Figura 3 mostra uma tendência para um menor número de doentes saídos com a codificação de desidratação durante o período de 2013 a 2020. Por grupos etários, o grupo dos idosos (65-79 anos e 80 ou mais anos) continua a registar um maior número de doentes saídos com registo de "Desidratação" (Tabela 3).

Tabela 2. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", Portugal Continental |2013 – 2020.**

	Desidratação							
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Utentes Saídos	29217	27564	29059	26380	26131	24010	23903	22001
Dias de Internamento	140430	128029	142261	136576	368	135197	197769	213294
Demora Média	4,81	4,64	4,90	5,18	0,01	5,63	8,3	9,7
Óbitos	333	273	284	264	303	258	235	214

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021

Figura 3. **Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", Portugal Continental |2013 – 2020.**

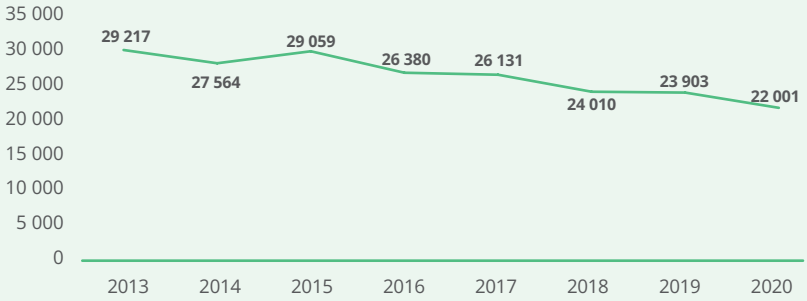


Tabela 3. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2018 - 2020.**

Desidratação												
Grupo etário	**Utentes saídos**			**Dias Int.**			**Demora Média**			**Óbitos**		
	2018	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**
Masculino												
<19 anos	677	754	306	1423	1816	1585	2,10	2,4	5,2	0	0	0
20-39 anos	197	188	156	1471	1821	1598	7,47	9,7	10,2	1	0	1
40-64 anos	1544	1507	1382	15706	18587	20237	10,17	12,3	14,6	6	6	7
65-79 anos	3306	3187	3080	22161	33430	37571	6,70	10,5	12,2	36	31	19
80 ou +anos	5516	5500	5153	28840	42160	45494	5,23	7,7	8,8	68	67	62
Feminino												
<19 anos	572	552	245	1454	1578	1229	2,54	2,9	5,0	1	0	0
20-39 anos	166	164	127	1735	1298	1305	10,45	7,9	10,3	0	0	0
40-64 anos	882	882	777	7861	11144	13722	8,91	12,6	17,5	1	2	3
65-79 anos	2676	2706	2587	18608	29500	31485	6,95	10,9	12,2	26	19	21
80 ou +anos	8474	8463	8188	35938	56435	59068	4,24	6,7	7,2	119	110	101

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal

No que respeita à sarcopenia verificou-se um aumento de 20,8% do número de doentes saídos em 2020, mantendo a tendência crescente que se verificava desde 2017 (Tabela 4). O número de utentes saídos com diagnóstico de sarcopenia foi superior no sexo masculino e nos grupos etários 65-79 anos e 80 ou mais anos (Tabela 5). A demora média para os doentes com diagnóstico este clínico, situou-se nos 18,7 dias para o ano de 2020 (Tabela 5).

Tabela 4. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Sarcopenia", Portugal Continental |2013 – 2020.**

	Sarcopenia							
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Utentes Saídos	_	_	_	1	188	399	576	696
Dias de Internamento	_	_	_	7	2877	6656	10874	13055
Demora Média	_	_	_	7	15,30	16,68	18,8	18,7
Óbitos	_	_	_	0	0	1	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021

Tabela 5. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade de morbilidade, relativos a "Sarcopenia", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2018- 2020.**

	Sarcopenia											
Grupo etário	**Utentes saídos**			**Dias Int.**			**Demora Média**			**Óbitos**		
	2018	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**
						Masculino						
<19 anos	1	1	1	27	27	108	27	27,0	108,0	0	0	0
20-39 anos	6	5	8	357	157	148	59,50	31,4	18,5	0	0	0
40-64 anos	40	80	90	902	2152	3010	22,55	26,6	33,4	0	0	0
65-79 anos	60	81	132	1056	1771	3060	17,60	21,9	23,2	0	0	0
80 ou + anos	109	142	168	1459	2582	2182	13,39	18,2	13,0	1	0	0
						Feminino						
<19 anos	0	0	0	0	0	0	0	na	na	0	0	0
20-39 anos	3	4	5	148	192	129	49,33	48,0	25,8	0	0	0
40-64 anos	14	18	40	306	493	675	21,86	27,4	16,5	0	0	0
65-79 anos	34	48	67	442	1197	1264	13,00	24,9	18,9	0	0	0
80 ou + anos	132	197	185	1959	2303	2479	14,84	11,7	13,3	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal

A Tabela 6 caracteriza a produção hospitalar associada à "Anorexia". Em 2020 o número de doentes saídos foi de 1885, menos 15,9% em comparação com o período homólogo de 2019, sendo a demora média de 12,9 dias (Tabela 6). Mais ainda, o perfil de doentes manteve-se, isto é, o número de doentes saídos foi globalmente superior no sexo masculino nos grupos etários dos 40 aos 64 anos e 65-79 anos e no sexo feminino no grupo etário 80 ou mais anos entre 2018 e 2019 (Tabela 7).

Tabela 6. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", Portugal Continental |2013 - 2020.**

	Anorexia							
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Utentes Saídos	2135	2525	2740	2033	1483	1945	2242	1885
Dias de Internamento	11640	11810	14669	11342	15485	10508	29966	24265
Demora Média	5,45	4,68	5,35	5,58	10,40	5,40	13,4	12,9
Óbitos	1	0	0	0	1	1	1	5

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal

Tabela 7. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2018 - 2020.**

Anorexia												
Grupo etário	**Utentes saídos**			**Dias Int.**			**Demora Média**			**Óbitos**		
	2018	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**
Masculino												
<19 anos	107	149	95	398	678	438	3,72	4,6	4,6	0	0	0
20-39 anos	28	30	32	80	466	359	2,86	15,5	11,2	0	0	0
40-64 anos	271	330	265	0	5237	3374	0	15,8	12,7	1	0	1
65-79 anos	394	431	388	45	6029	6070	0,11	14,0	15,6	0	1	1
80 ou +anos	239	243	264	1	3709	3107	0	15,3	11,8	1	0	2
Feminino												
<19 anos	42	155	94	412	672	530	9,81	4,3	5,6	0	0	0
20-39 anos	31	50	31	303	503	372	9,77	10,1	12,0	0	0	0
40-64 anos	176	236	175	2605	3807	2497	14,80	16,1	14,2	0	0	0
65-79 anos	276	316	265	3812	4839	3926	13,81	15,3	14,8	1	0	1
80 ou +anos	289	302	276	3376	4026	3592	11,68	13,3	13,0	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal

Excesso de peso e obesidade

No que respeita ao excesso de peso (incluindo a obesidade) no adulto verificou-se em 2020 uma redução de 8,8% no número de doentes saídos com esta notificação em relação ao período homólogo de 2019 (Tabela 8 e Figura 4). Para a obesidade, o número de doentes saídos reduziu 8,1% durante o período em análise e para a pré-obesidade o número de doentes saídos reduziu 3,3%. O número de utentes saídos foi mais elevado para os grupos etários 40-64 anos e 64-75 anos. O registo de obesidade é superior no sexo feminino e o de pré-obesidade é superior no sexo masculino (Tabela 9 e Tabela 10).

Tabela 8. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Excesso de peso e obesidade no adulto", Portugal Continental |2013 - 2020.**

Excesso de peso e obesidade no adulto									
	2013			**2014**			**2015**		
	Pré-obesidade	**Obesidade**	**Excesso de peso**	**Pré-obesidade**	**Obesidade**	**Excesso de peso**	**Pré-obesidade**	**Obesidade**	**Excesso de peso**
Utentes Saídos	1613	8145	9758	3517	11196	14713	6997	13728	29725
Dias de Internamento	9805	35791	45596	15277	44065	59342	28909	54707	83616
Demora Média	6,03	4,32	4,60	4,29	3,82	3,93	4,02	3,78	3,86
Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	2016			**2017**			**2018**		
	Pré-obesidade	**Obesidade**	**Excesso de peso**	**Pré-obesidade**	**Obesidade**	**Excesso de peso**	**Pré-obesidade**	**Obesidade**	**Excesso de peso**
Utentes Saídos	8933	14982	23915	8055	13899	21954	7922	13452	21374
Dias de Internamento	37117	50120	87237	33518	53003	86521	39220	57039	96259
Demora Média	3,36	3,19	3,26	3,02	3,29	3,18	3,55	3,69	3,63
Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Excesso de peso e obesidade no adulto						
	2019			2020		
	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso	Pré-obesidade	Obesidade	Excesso de peso
Utentes Saídos	7217	12593	25878	6979	11574	23596
Dias de Internamento	59682	81056	140738	61883	81854	143737
Demora Média	8,2	6,4	7,3	8,8	7,1	8,0
Óbitos	0	0	0	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021
Nota: Para apurar o n.º de óbitos só foram considerados os episódios com diagnóstico principal

Figura 4. **Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Obesidade no adulto", Portugal Continental (2013 a 2020).**

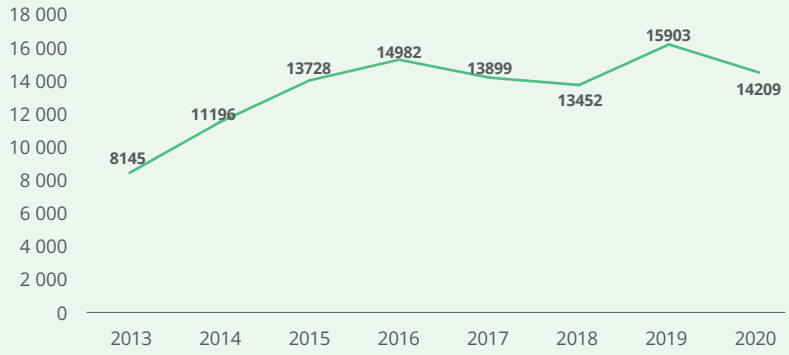


Tabela 9. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Pré-obesidade no adulto", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2018 – 2020.**

Pré-obesidade (adulto)												
Grupo etário	Utentes saídos			Dias Int.			Demora Média			Óbitos		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Masculino												
<19 anos	_	9	9	_	42	52	_	4,7	5,8	0	0	0
20-39 anos	373	232	217	760	1728	1503	2,04	7,4	6,9	0	0	0
40-64 anos	2222	1194	1258	6192	9554	11635	2,79	8,0	9,2	0	0	0
65-79 anos	2006	1453	1418	7665	12092	13409	3,82	8,3	9,4	0	0	0
80 ou +anos	868	721	716	5627	6857	7900	6,48	9,5	11,0	0	0	0
Feminino												
<19 anos	_	14	19	_	81	54	_	5,8	2,8	0	0	0
20-39 anos	654	564	597	1209	2232	2198	1,85	4,0	3,7	0	0	0
40-64 anos	1893	1062	981	5062	6769	6386	2,67	6,4	6,5	0	0	0
65-79 anos	2224	1097	985	6061	10164	9273	2,73	9,2	9,4	0	0	0
80 ou +anos	811	871	779	6644	10163	9473	8,19	11,6	12,2	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021

Tabela 10. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Obesidade no adulto", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2013 - 2020.**

Obesidade (adulto)												
Grupo etário	**Utentes saídos**			**Dias Int.**			**Demora Média**			**Óbitos**		
	2018	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**
Masculino												
<19 anos	_	14	14	_	120	66	_	8,6	4,4	0	0	0
20-39 anos	393	324	295	1469	1793	1800	3,74	5,5	6,1	0	0	0
40-64 anos	2355	1795	1671	9671	12750	12251	4,11	7,1	7,3	0	0	0
65-79 anos	1828	1327	1245	8158	11626	12001	4,46	8,7	9,6	0	0	0
80 ou +anos	404	364	403	3269	3777	5696	8,09	10,3	14,1	0	0	0
Feminino												
<19 anos	0	37	43	0	101	126	0	2,7	2,9	0	0	0
20-39 anos	2540	1975	2235	4886	6012	6571	1,92	3,0	2,9	0	0	0
40-64 anos	4129	3766	3048	10392	16120	15098	2,52	4,3	4,9	0	0	0
65-79 anos	2892	2061	1764	11105	17871	17101	3,84	8,6	9,7	0	0	0
80 ou +anos	909	930	856	8089	10886	11144	8,90	11,7	13,0	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021

A Tabela 11 caracteriza a produção hospitalar associada à "Adiposidade localizada". O número de doentes saídos reduziu 47,4% em relação ao período homólogo de 2019, foi superior no sexo feminino e no grupo etário dos 40 aos 64 anos (Tabela 12).

Tabela 11. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", Portugal Continental |2013 - 2020.**

Adiposidade localizada								
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Utentes Saídos	2063	1361	1314	1232	1626	1280	741	390
Dias de Internamento	3129	2299	2793	2544	1993	1180	1896	1274
Demora Média	1,52	1,69	2,13	2,06	1,23	0,92	2,6	3,3
Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021

Tabela 12. **Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade localizada", por Sexo e segundo Grupo Etário, Portugal Continental |2018 - 2020**.

Adiposidade localizada												
Grupo etário	**Utentes saídos**			**Dias Int.**			**Demora Média**			**Óbitos**		
	2018	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**
Masculino												
<19 anos	2	0	0	5	0	0	2,50	na	na	_	0	0
20-39 anos	24	22	12	85	81	45	3,54	3,7	3,8	_	0	0
40-64 anos	31	17	14	65	66	102	2,10	3,9	7,3	_	0	0
65-79 anos	6	3	1	2	9	3	0,33	3,0	3,0	_	0	0
80 ou +anos	3	0	0	99	0	0	33,00	na	na	_	0	0

Adiposidade localizada												
Grupo etário	**Utentes saídos**			**Dias Int.**			**Demora Média**			**Óbitos**		
						Feminino						
<19 anos	9	2	0	14	5	0	1,56	2,5	na	0	0	0
20-39 anos	371	181	112	229	499	295	0,62	2,8	2,6	0	0	0
40-64 anos	793	492	237	612	1146	756	0,77	2,3	3,2	0	0	0
65-79 anos	41	24	14	69	90	73	1,68	3,8	5,2	0	0	0
80 ou +anos	0	0	0	0	0	0	0	na	na	0	0	0

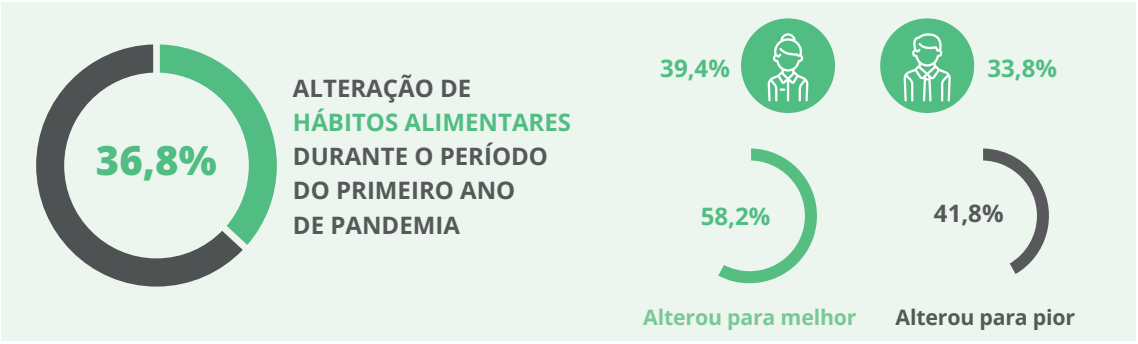
Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2021
Nota: na, não aplicável

2.2 REACT-COVID 2.0

A DGS, em parceria com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, deu continuidade ao estudo iniciado em 2020 com o objetivo de permitir fazer uma descrição dos comportamentos alimentares e de atividade física, bem como de acesso a informação sobre estas dimensões comportamentais, durante o período de pandemia da COVID-19. Este estudo contemplou 2 momentos distintos de recolha de dados. O primeiro período decorreu em abril e maio de 2020 e os dados recolhidos foram referentes ao primeiro período de contenção social decorrente do estado de Emergência Nacional devido à pandemia da COVID-19. Já o segundo período de recolha de dados (REACT-COVID 2.0) decorreu entre maio e junho de 2021 e teve como objetivo caracterizar os comportamentos alimentares e de atividade física dos portugueses um ano após o início da pandemia COVID-19. Neste relatório apresentam-se os resultados principais do REACT-COVID 2.0. A amostra em estudo é composta por 4930 participantes (com 18 ou mais anos). O estudo REACT-COVID 2.0 inclui ainda uma subamostra de análise longitudinal, da qual fazem parte 1689 indivíduos. Porém, a grande maioria dos resultados descritos neste estudo dizem respeito à amostra total de 4930 indivíduos. A análise dos dados encontra-se ponderada por sexo, idade, nível de escolaridade e região (NUTS II) e a recolha de dados foi feita via questionário online.

Os dados do REACT-COVID 2.0 sugerem que o impacto da COVID-19 nos hábitos alimentares dos portugueses se prolongou ao longo do último ano de pandemia, denotando que as alterações não se restringiram apenas aos primeiros meses da pandemia, nomeadamente ao primeiro período de contenção social. Comparativamente ao período pré-pandemia, 36,8% da população inquirida reportou ter mudado os seus hábitos alimentares durante os primeiros 12 meses de pandemia. Segundo o estudo, 58,2% dos inquiridos tem a perceção de que mudou para melhor e 41,8% para pior (Figura 5). Cerca de 25% dos inquiridos indicou ter aumentado a quantidade de alimentos consumidos, 18,2% reportou ter aumentado o número de refeições diárias e 23,3% reportou ter aumentado o número de vezes que come entre as refeições.

Figura 5. **Alteração de hábitos alimentares durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.**

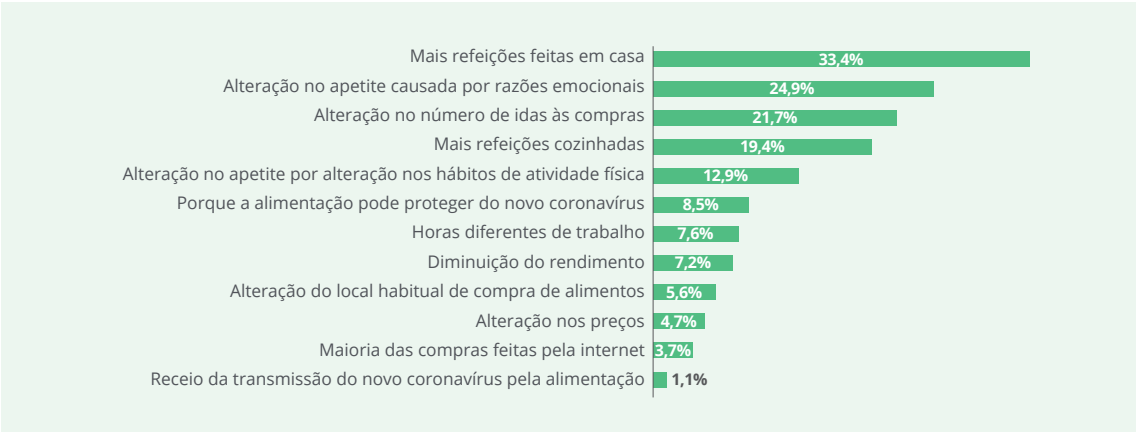


Fonte: DGS, REACT-COVID 2.0, 2021.

Razões para a alteração de hábitos alimentares

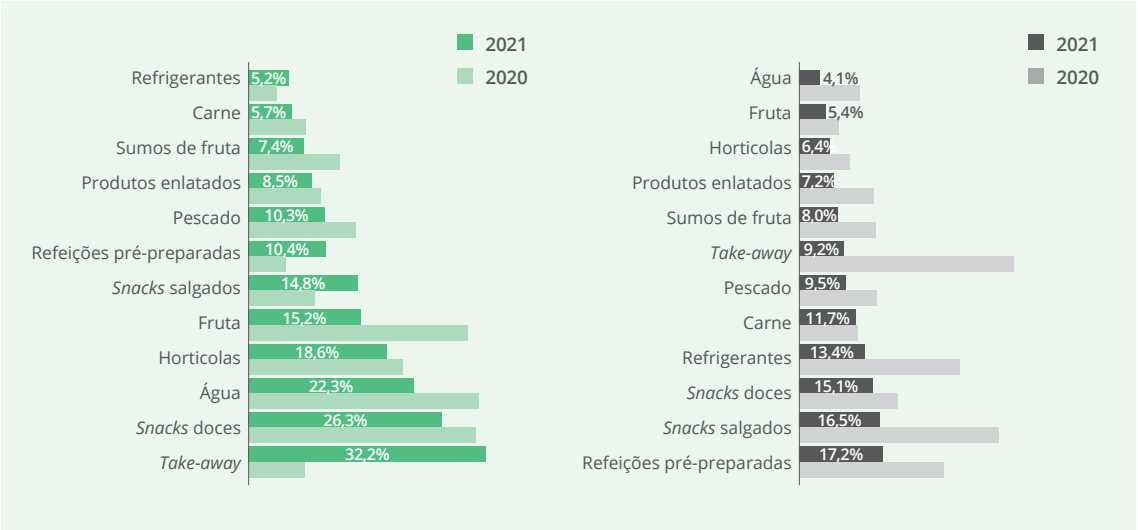
As razões para esta alteração parecem relacionar-se com 3 grandes fatores: 1) aumento das refeições realizadas em casa (33,4%) e/ou aumento do número de refeições cozinhadas (19,4%), 2) alterações no apetite motivadas por razões emocionais (24,9%) e por último 3) alteração da frequência de idas às compras (21,7%). As razões para estas alterações nos hábitos alimentares, muitas delas positivas, parecem relacionar-se essencialmente com a possibilidade de realizar mais refeições em casa ou com o número de refeições cozinhadas (33,4% e 19,4%, respetivamente), mas outras de carácter eventualmente mais penalizador para a saúde podem relacionar-se com alterações no apetite motivadas por razões emocionais (24,9%). Comparativamente ao primeiro período de recolha de dados (abril e maio 2020), os fatores emocionais ganham um maior destaque. Já os fatores relacionados com as preocupações com a situação económica parecem perder influência nos comportamentos alimentares (Figura 6).

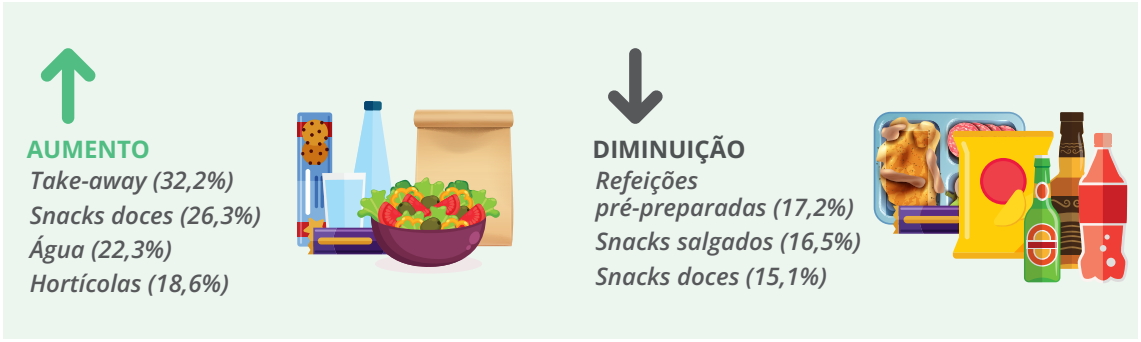
Figura 6. **Razões para a alteração de hábitos alimentares no contexto da COVID-19.**



Fonte: DGS, REACT-COVID 2.0, 2021.

Figura 7. **Alterações no consumo alimentar durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.**



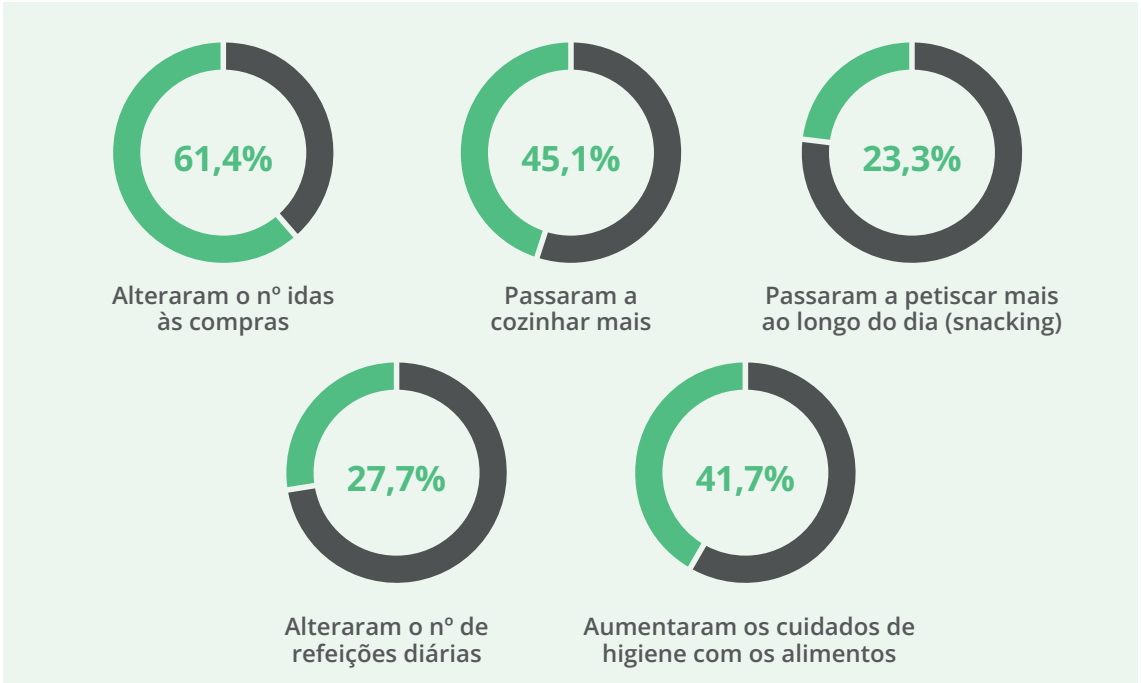


Fonte: DGS, REACT-COVID 2.0, 2021.

Os cinco alimentos que os participantes mais indicaram ter aumentado o seu consumo comparativamente ao período pré-pandemia foram: *take-away* (32,2%), *snacks* doces (26,3%), água (22,3%), hortícolas (18,6%) e fruta (15,2%) (Figura 7).

Uma parte relevante dos inquiridos referiu ter passado a cozinhar mais (45,1%), ter alterado a frequência de idas às compras (61,4%) e ter aumentado os cuidados de higiene com os alimentos (41,7%). Quase um quarto dos inquiridos reportou ter passado a "petiscar" mais ao longo do dia (*snacking*) (Figura 8).

Figura 8. **Alteração de alguns comportamentos associados à alimentação durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.**



Fonte: DGS, REACT-COVID 2.0, 2021.

Figura 9. **Frequência de consumo diário de hortícolas, fruta e pescado (por sexo, idade, escolaridade, perceção da situação financeira do agregado, nível de segurança alimentar e nível de fome hedónica).**

CONSUMO DIÁRIO		hortícolas	fruta	pescado
	total	41%	59,2%	5,7%
	♀ - ♂	49,6% - 31% *	66% - 51,3% *	8,8% - 2,1% *
	18-34 anos	33,7%	41,4%	4,2%
	35-53 anos	41% *	58,1% *	5,6% *
	+55 anos	46,8%	74,5%	7,1%
	até ao 12º ano	38,4% *	58,8%	5,8%
	curso superior	51,2%	60,5%	5,5%
SITUAÇÃO FINANCEIRA	confortável ou muito confortável	47,7%	62%	6%
	suficiente	38,7% *	61% *	6,4% *
	difícil ou muito difícil	33,1%	46%	2,6%
FOME HEDÓNICA	segurança alimentar	44,6% *	64% *	6,4% *
	insegurança alimentar	32,3%	47,6%	4%
	baixo nível	43,7% *	63,7% *	5,5% *
	elevado nível	32%	44,1%	6,4%

Fonte: DGS, REACT-COVID 2.0, 2021.
* Verificam-se diferenças com significado estatístico (p<0.05).

Figura 10. **Frequência de consumo de pelo menos 5 vezes por semana de snacks doces, snacks salgados e refrigerantes (por sexo, idade, escolaridade, perceção da situação financeira do agregado, nível de segurança alimentar e nível de fome hedónica).**

CONSUMO PELO MENOS 5 VEZES POR SEMANA		*snacks* doces	*snacks* salgados	refrigerantes
	total	25,5%	5,1%	6%
	♀ - ♂	24,9% - 26,1% *	5,8% - 4,6% *	5,3% - 6,7% *
	18-34 anos	32,1%	6,7%	7,1%
	35-53 anos	23,2% *	5% *	7,5% *
	+55 anos	22,6%	4,2%	3,4%
	até ao 12º ano	25,9%	5,5%	6,4%
	curso superior	25,5%	4%	4,1%
SITUAÇÃO FINANCEIRA	confortável ou muito confortável	26,1%	4,6%	5,3%
	suficiente	25,5% *	5% *	6,5%
	difícil ou muito difícil	23,7%	7,3%	5,8%
FOME HEDÓNICA	segurança alimentar	24,8%	4% *	4,6% *
	insegurança alimentar	27,2%	8%	9,4%
	baixo nível	21,8% *	3% *	4,5% *
	elevado nível	37,7%	12,3%	11%

Fonte: DGS, REACT-COVID 2.0, 2021.
* Verificam-se diferenças com significado estatístico (p<0.05).

Relativamente aos dados de frequência de consumo alimentar, durante os primeiros 12 meses de pandemia da COVID-19, apenas 41,0% e 59,2% dos inquiridos apresentava um consumo diário de fruta e hortícolas, respetivamente. O consumo diário de hortícolas, fruta e pescado foi mais frequente nos indivíduos com um nível de escolaridade mais elevado (ensino superior), que percecionam a situação financeira do agregado familiar como confortável ou muito confortável, em situação de segurança alimentar e com um nível baixo de fome hedónica (Figura 9). Cerca de um quarto dos inquiridos reportaram um consumo de *snacks* doces de pelo menos 5 vezes por semana, sendo esta elevada frequência de consumo mais frequente nos indivíduos mais jovens, com menor nível de escolaridade, com uma perceção mais desfavorável face à situação financeira do agregado familiar e com um elevado nível de fome hedónica (Figura 10).

Figura 11. **Nível de fome hedónica durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.**



Fonte: DGS, REACT-COVID 2.0, 2021.

Cerca de 23% dos inquiridos apresentaram níveis elevados de fome hedónica (avaliada pela *Power of Food Scale*) (Figura 11). A fome hedónica pode ser definida como um estado subjetivo associado ao desejo ou consumo alimentar motivado pelo prazer (4, 5). Dos inquiridos, 35,9% reportou ter aumentado de peso durante os primeiros 12 meses da pandemia COVID-19 e 19,1% ter diminuído (Figura 12).

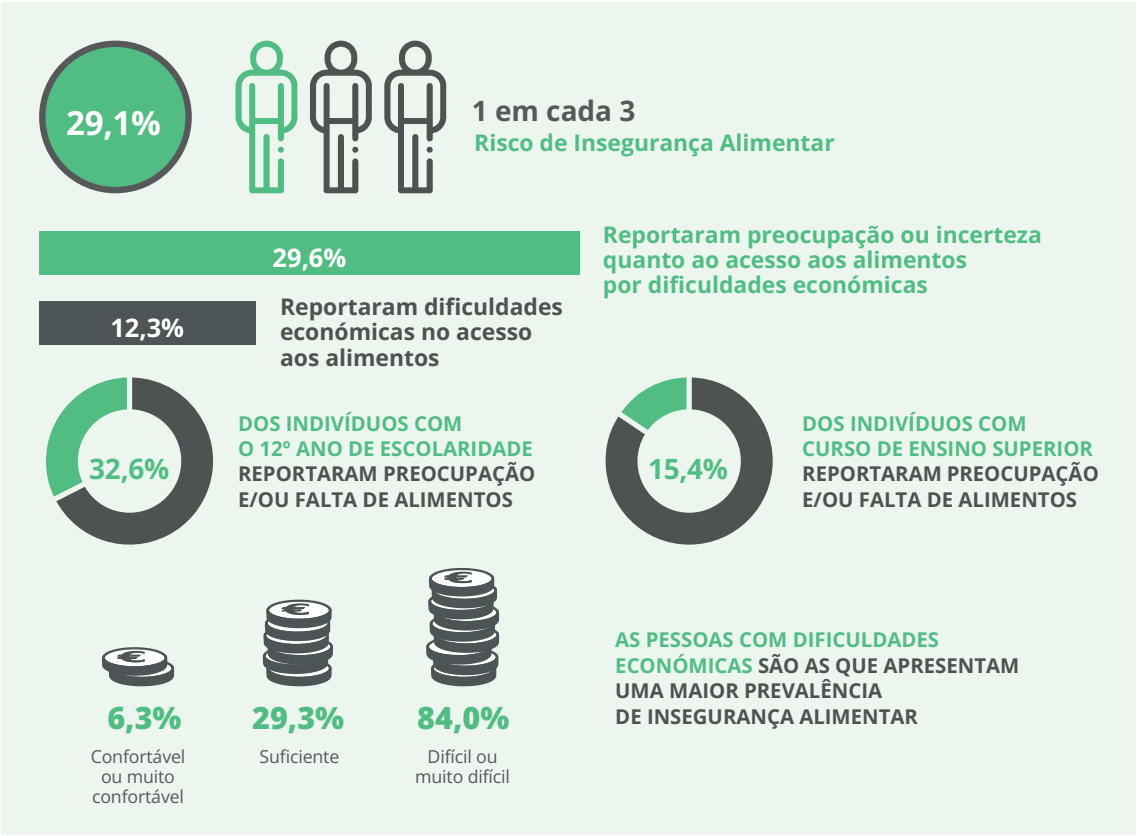
Figura 12. **Perceção face à alteração do peso corporal durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.**



Fonte: DGS, REACT-COVID 2.0, 2021.

Um em cada três portugueses (29,1%) manifestou preocupação quanto a possíveis dificuldades económicas no acesso aos alimentos e 12,3% indicou mesmo ter dificuldades económicas no acesso a alimentos (Figura 13). Estes valores são muito elevados e merecem uma análise mais aprofundada, revelando uma elevada preocupação face ao acesso a alimentos num grupo significativo da população.

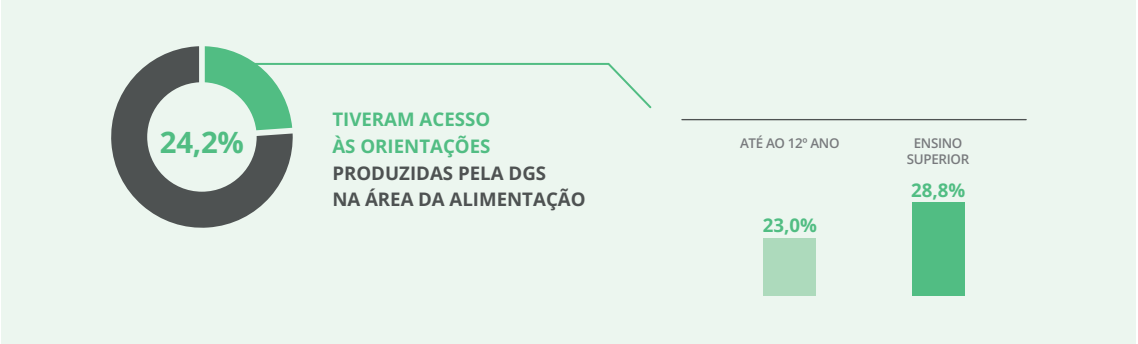
Figura 13. **Risco de insegurança alimentar durante o primeiro ano de pandemia da COVID-19.**



Fonte: DGS, REACT-COVID 2.0, 2021.

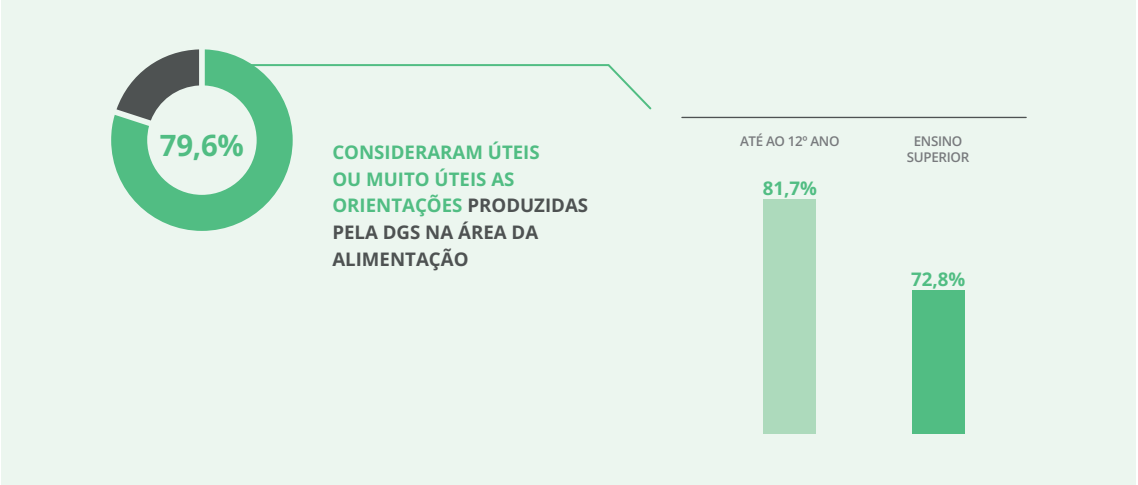
Cerca de 24% dos inquiridos teve acesso às orientações da DGS na área da alimentação desenvolvidas no contexto da COVID-19, dos quais 79,8% consideraram-nas úteis ou muito úteis. O acesso a esta informação foi mais frequente nos indivíduos com um maior nível de escolaridade, porém, esta informação revelou-se mais útil para indivíduos com um nível de escolaridade mais baixo (Figura 14 e Figura 15). Estes dados relevam as dificuldades inerentes à promoção da literacia em saúde, designadamente as dificuldades em chegar aos grupos da população para os quais o acesso à informação pode fazer verdadeiramente a diferença.

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



Fonte: DGS, REACT-COVID 2.0, 2021.

Figura 15. **Utilidade das orientações produzidas pela DGS na área da alimentação no contexto da COVID-19.**



Fonte: DGS, REACT-COVID 2.0, 2021.

2.3 Disponibilidade alimentar

Nesta secção descrevem-se os dados mais recentes da Balança Alimentar Portuguesa (BAP) publicados em 2021 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). No período 2016-2020, a BAP revelou uma disponibilidade energética diária média, por habitante, de 4 075 kcal (na BAP 2012-2015 este valor foi de 3 954 kcal), considerando o total de produtos alimentares e de bebidas disponíveis para consumo (6).

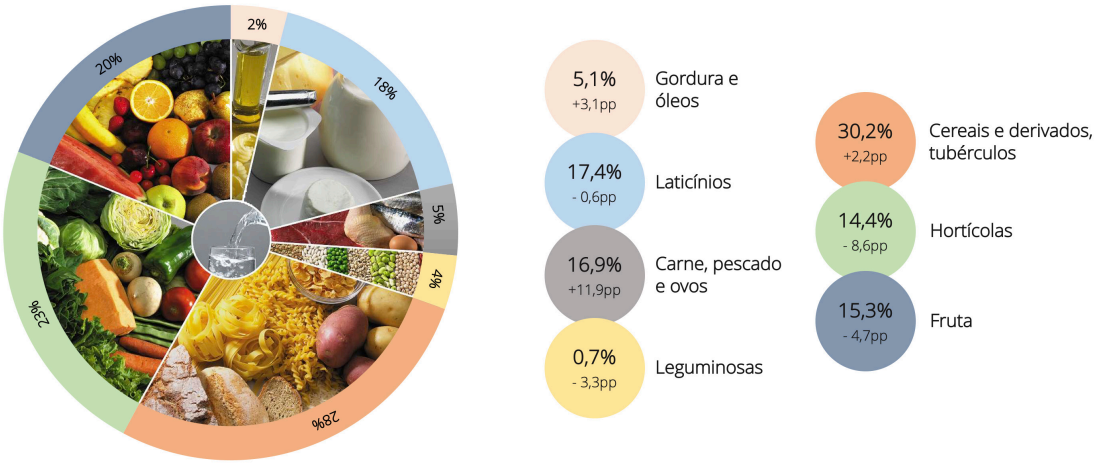
A comparação da distribuição das disponibilidades diárias *per capita*, em 2020, dos diferentes grupos alimentares da BAP com as recomendações alimentares da Roda dos Alimentos, permite verificar, tal como já se tinha observado nas edições anteriores da BAP, alguns desvios (Figura 16). Em todo o caso, importa destacar algumas limitações desta comparação, na medida em que a Roda dos Alimentos recomenda porções edíveis, o que limita a comparação em certos grupos. Em 2020, os grupos alimentares com maiores desvios, comparativamente ao consumo recomendado pela Roda dos Alimentos foram, por excesso, a "Carne, pescado e ovos" (+11,9 p.p. vs. +11,4 p.p. em 2016) e por defeito a "Fruta" e os "Hortícolas" (respetivamente, -4,7 p.p. e -8,6 p.p. vs. -6,5 p.p. e -7,2 p.p. em 2016) (6).

No que respeita à dieta mediterrânica, o índice de adesão à dieta mediterrânica apurado em 2020 foi de 1,157, nível idêntico ao de 2012, apresentando-se um aumento de 1,3% face ao ano anterior (6).

Comparativamente com a edição anterior da BAP (2012-2015), as disponibilidades de carne aumentaram 8,7%, tendo atingido 229,8 g/hab/dia (83,9 kg/hab/ano). A maior oferta de carne continuou a ser a originária de animais de capoeira (38,4% do total das disponibilidades). A disponibilidade de pescado para consumo aumentou 16,3%, tendo alcançado 62,7 g/hab/dia. As disponibilidades alimentares de cereais e de hortícolas mantiveram-se estáveis e a disponibilidade de ovos aumentou 16,1%, com uma taxa média de crescimento anual no período 2016-2020 de cerca de 4%. As quantidades diárias disponíveis de fruta por habitante registaram um aumento de 27%, enquanto a disponibilidade de óleos e gorduras manteve a sua tendência decrescente. No que respeita às bebidas alcoólicas, as quantidades diárias disponíveis per capita foram de 302,2 mL/hab/dia, o que reflete um aumento de cerca de 14% em relação a 2012-2015, das quais 47,9 L/hab/ano de vinho e 57,6 L/hab/ano de cerveja (6).

A BAP disponibiliza informação relativa ao padrão de abastecimento alimentar do nosso país, durante um determinado período de referência. A BAP apresenta, assim, uma medida de consumo aparente na perspetiva da oferta de alimentos e não do consumo efetivo dos produtos alimentares (6). Por isso, não reflete necessariamente o consumo real da população portuguesa, devendo os seus resultados ser interpretados com cautela. 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, como o último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) de 2015-2016.

Figura 16. **Comparação da distribuição percentual do consumo alimentar recomendado pela Roda dos Alimentos com as disponibilidades diárias *per capita*, segundo a Balança Alimentar Portuguesa (2016-2020).**



2.4 Consumo de alimentos ultraprocessados na população portuguesa

As alterações nos padrões alimentares verificadas ao longo das últimas décadas caracterizam-se por um aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, sendo que diversos estudos (incluindo ensaios clínicos aleatorizados) têm mostrado uma associação entre o consumo destes alimentos e diferentes *outcomes* de saúde, nomeadamente relacionados com as doenças crónicas. Os estudos nesta área em Portugal são ainda escassos, mas recentemente foram publicados dados de uma subanálise do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 que permitem fazer uma descrição do consumo alimentos ultraprocessados na população portuguesa (7, 8). Na população adulta em geral, os alimentos ultraprocessados contribuem para cerca de 24% da ingestão energética diária total (Figura 17), sendo os iogurtes e bebidas lácteas (3,4%), carnes processadas (3,2%), bolos industriais e sobremesas (3,2%) e pães industriais e tostas (2,8%) os alimentos ultraprocessados mais consumidos.

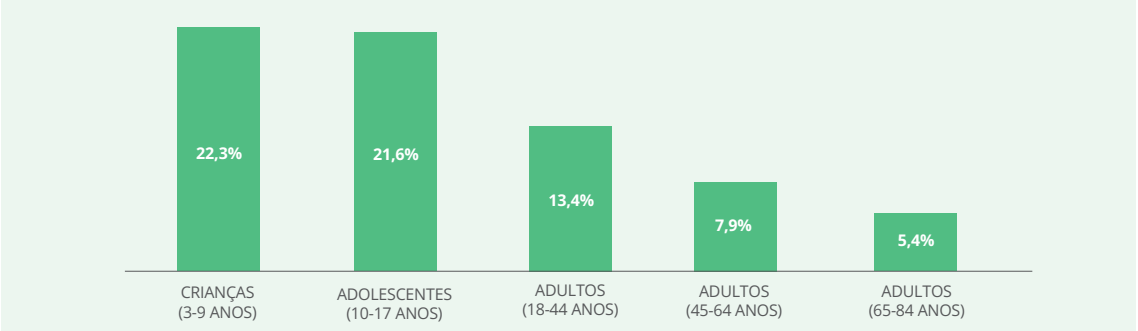
Figura 17. **Contributo dos alimentos ultraprocessados para a ingestão energética diária dos adultos portugueses | 2014-2016.**



Fonte: Costa de Miranda et al. 2021.

De acordo com este estudo, é possível constatar que, no geral, à medida que o consumo de alimentos ultraprocessados aumenta, verifica-se um aumento da ingestão de açúcares livres, de gordura total e de ácidos gordos saturados, enquanto que a ingestão proteica diminui (7). Na população adulta portuguesa, a ingestão energética diária, a densidade energética e o conteúdo em hidratos de carbono da alimentação também aumentaram à medida que o consumo de alimentos ultraprocessados aumentou, a par da diminuição da ingestão de fibra e de potássio (7). O consumo de alimentos ultraprocessados encontra-se, assim, associado a um perfil de ingestão nutricional de maior risco para a saúde (7).

Figura 18. **Contribuição dos alimentos ultraprocessados (%) para a quantidade total de alimentos ingeridos, por faixa etária.**



Fonte: Magalhães, V. et al. 2021.

Analisando os dados relativos à contribuição dos alimentos ultraprocessados para a quantidade total de alimentos consumidos por faixa etária, conclui-se que este contributo é bastante significativo no que respeita às faixas etárias mais jovens (crianças e adolescentes), rondando a ordem dos 22% (Figura 18) (8). A contribuição destes alimentos decresce à medida que a idade aumenta, assumindo o valor mínimo na faixa etária dos maiores de 65 anos (5,4%) (8).

As principais fontes de alimentos ultraprocessados foram os iogurtes, os refrigerantes e as carnes processadas (charcutaria e enchidos) (8). Os iogurtes com adição de aditivos foram o grupo alimentar que mais contribuiu para o consumo de alimentos ultraprocessados nas crianças e nas mulheres adultas (Figuras 19 e 20) (8). De destacar que os refrigerantes foram a categoria alimentar cuja contribuição para o consumo de alimentos ultraprocessados foi superior nos adolescentes (sexo feminino: 26,0%; sexo masculino: 31,6%) e nos jovens adultos do sexo masculino (24,4%) (Figuras 19 e 20) (8). A charcutaria e enchidos são a principal fonte de alimentos ultraprocessados nos homens adultos (45-64 anos) e homens com mais de 65 anos (20% e 17,5%, respetivamente) (Figura 20). No sexo feminino, em todas as faixas etárias à exceção

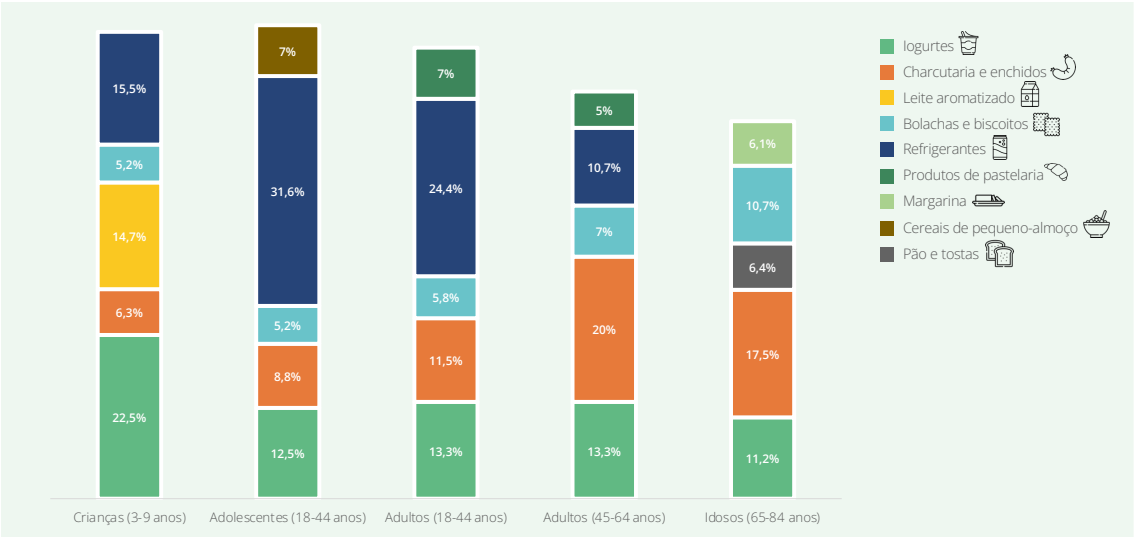
das adolescentes (10-17 anos) existe um predomínio dos iogurtes no que respeita à maior contribuição para o consumo de alimentos ultraprocessados (Figura 19) (8).

Figura 19. **Contribuição dos grupos alimentares para o consumo de alimentos ultraprocessados (%), por faixa etária, no sexo feminino.**



Fonte: Magalhães, V. et al. 2021.

Figura 20. **Contribuição dos grupos alimentares para o consumo de alimentos ultraprocessados (%), por faixa etária, no sexo masculino.**



Fonte: Magalhães, V. et al. 2021.

3. Atividades | 2020-2021

Neste capítulo descrevem-se as principais atividades desenvolvidas pelo PNPAS, no âmbito dos seus desígnios, durante o período de novembro de 2020 a dezembro de 2021 (Figura 21).

Figura 21. **Modelo de intervenção PNPAS.**



5 GRANDES ÁREAS

- ALIMENTAÇÃO EM NÚMEROS
  Aumentar a informação e a recolha de dados alimentares
- AMBIENTES ALIMENTARES
  Modificar a disponibilidade alimentar e influenciar o meio ambiente
- LITERACIA ALIMENTAR
  Informar e capacitar o cidadão
- INTERSECTORALIDADE
  Parcerias e projetos
- PROFISSIONAIS
  Melhorar qualificação e modo de atuação

3.1 Recolha de informação para a tomada de decisão

O conhecimento sobre a situação alimentar e nutricional da população portuguesa, bem como a recolha de informação que permita monitorizar e avaliar os resultados das medidas implementadas é um dos eixos centrais da atuação do PNPAS. De seguida descrevem-se as ações desenvolvidas pelo PNPAS no âmbito deste eixo, durante o período em análise neste relatório.

3.1.1 Estudo REACT-COVID 2.0

No contexto da situação pandémica da COVID-19, em 2021 foi dada continuidade ao estudo REACT-COVID, um projeto de investigação da DGS que teve como objetivo conhecer os comportamentos alimentares e de atividade física dos portugueses em contexto de contenção social, para combate à pandemia por COVID-19. Em particular, o REACT-COVID 2.0 teve como objetivo conhecer os comportamentos alimentares e de atividade física dos portugueses um ano após o início da pandemia COVID-19 (maio-junho 2021) e comparar os resultados com os dados obtidos no início da pandemia, em contexto de contenção social (abril-maio 2020). Os dados apresentados no âmbito do REACT-COVID 2.0 resultam de um desenho de estudo observacional transversal seriado com componente (sub-amostra) longitudinal, com amostras não probabilísticas de base nacional de indivíduos com 18 ou mais anos que foram sumariamente descritos no ponto 2.2 deste relatório.

3.1.2 Projeto foodDB

O PNPAS colabora atualmente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) na implementação de um estudo piloto, em parceria com a Universidade de Oxford, que pretende testar a utilização de uma ferramenta digital baseada em inteligência artificial que recolhe informação relativa à composição nutricional dos alimentos a partir dos *websites* dos supermercados *online*.

Este projeto piloto utiliza uma ferramenta – foodDB – que permite recolher a informação disponível nos *websites* de supermercados *online*, de modo a desenvolver bases de dados sobre a composição nutricional dos produtos alimentares, incluindo dados sobre a variação de preços e disponibilidade dos produtos. Esta ferramenta proporciona uma maior capacidade de avaliação das políticas e medidas implementadas

no contexto da promoção da alimentação saudável, bem como produzir dados comparáveis a nível internacional.

A recolha de dados já se encontra completa nos quatro Estados Membros da Região Europeia da OMS que participaram neste estudo – Portugal, Hungria, Israel e Irlanda, estando os dados a ser analisados pelas equipas nacionais em conjunto com a Universidade de Oxford.

3.1.3 Sistema de monitorização do marketing alimentar dirigido a crianças

No contexto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril, que introduz restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos (9), o PNPAS tem vindo a desenvolver alguns trabalhos de monitorização do seu cumprimento, desde 2020. Desta forma, Portugal reuniu num curto espaço de tempo um vasto conjunto de dados que permitem um apoio de qualidade à tomada de decisão nesta área.

Após as análises realizadas em 2020 em diferentes meios de comunicação, nomeadamente na televisão e em contexto digital (*websites* e redes sociais), o PNPAS voltou a monitorizar em 2021 as redes sociais de marcas de determinados produtos alimentares. Foram também analisados os vídeos publicados nos canais de YouTube® de dois influenciadores digitais, durante o período de um ano.

Portugal participou ainda num estudo piloto da OMS Europa para testar a ferramenta de monitorização CLICK, de modo a avaliar a exposição das crianças portuguesas ao marketing digital.

Todas estas iniciativas para monitorizar a exposição das crianças e jovens à publicidade alimentar seguiram os protocolos e ferramentas da OMS Europa (10, 11). Em 2019, de modo a apoiar os Estados Membros a monitorizar o marketing digital, o Escritório Regional para a Europa da OMS desenvolveu a ferramenta CLICK que combina 5 etapas com diferentes metodologias (11). O CLICK permite, através do recurso a tecnologia e metodologias inovadoras, recolher informação diretamente dos dispositivos dos participantes – etapas *Investigate exposure* e *Capture on-screen*.

Em 2022, Portugal iniciará o processo de recrutamento para um novo estudo para implementar estas duas etapas do CLICK numa amostra de cerca de 200 crianças.

Adicionalmente, Portugal está ainda a participar num outro estudo piloto da OMS Europa com a ferramenta CLICK. Desta vez, pretende-se avaliar a exposição de mulheres grávidas e mães ao marketing digital de substitutos do leite materno. Este estudo está a ser implementado em mais dois países da Região Europeia da OMS (Reino Unido e Rússia).

3.1.4 Food-EPI

A DGS é uma das entidades parceiras do Projeto STOP – *Science and Technology in childhood Obesity Policy* (2018-2022), coordenado pelo *Imperial College London*. Este projeto pretende contribuir para a criação de evidência científica robusta e relevante relacionada com determinantes da obesidade infantil nos países europeus, bem como para a identificação de soluções tecnológicas e medidas políticas eficazes para enfrentar este problema.

O PNPAS tem participado neste projeto, através da implementação da metodologia *Healthy Food Environment Policy Index* (Food-EPI), metodologia que tem como objetivo avaliar o desempenho dos países na implementação de políticas públicas e ações destinadas à prevenção da obesidade e das doenças crónicas associadas, em particular que visem melhorar os ambientes alimentares (Figura 22). O Food-EPI foi desenvolvido pela *International Network for Food and Obesity/NCDs Research, Monitoring and Action Support* (INFORMAS) (12).

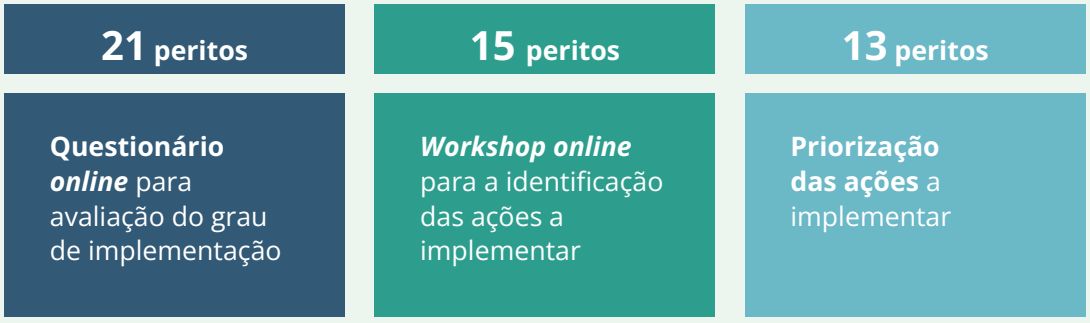
Figura 22. **Processo de avaliação da implementação de políticas públicas para a promoção de ambientes alimentares saudáveis - Food-EPI.**



Adaptado de Swinburn B. et al, 2013 (12).

No âmbito do Food-EPI, o PNPAS desenvolveu o Documento de Evidência que descreve as estratégias e iniciativas adotadas em Portugal, comparando-as com as melhores práticas internacionais. Adicionalmente, o PNPAS coordenou as fases subsequentes desta metodologia, as quais envolveram um painel de peritos independente (Figura 23) que avaliou o grau de implementação das ações descritas no Documento de Evidência e, posteriormente identificou e definiu as ações prioritárias a serem implementadas em Portugal para colmatar as lacunas e necessidades identificadas. O painel de peritos foi constituído por especialistas da academia (peritos nas áreas da nutrição, saúde pública, epidemiologia e políticas de saúde), profissionais na área da saúde pública em cuidados de saúde primários e autarquias, ex-governantes na área da saúde e representantes de associações ou sociedades na área da nutrição e da saúde pública.

Figura 23. **Participação do painel de peritos (n), por etapa, do Food-EPI.**



Este modelo de avaliação independente e de elevada qualidade metodológica a nível europeu avaliou assim a estratégia nacional nesta área levada a cabo pelo PNPAS e identificou áreas de forças e fraquezas do Programa, permitindo uma reflexão de qualidade sobre o trabalho desenvolvido.

Em particular, relativamente à avaliação pelo painel de peritos do grau de implementação das políticas públicas e das estruturas de apoio à implementação, de acordo com os indicadores Food-EPI, nenhum dos indicadores foi classificado com um grau de implementação muito reduzido (ou inexistente) (Figura 24). A maioria dos indicadores foi classificado com um grau moderado de implementação (56%). Dez dos 48 indicadores foram classificados com um grau elevado de implementação (21%) e 11 (23%) com um grau reduzido de implementação.

Figura 24. **Grau de implementação das políticas públicas e das estruturas de apoio à implementação em Portugal.**



ESTRUTURAS DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO

DOMÍNIO	Indicadores	Muito reduzido	Reduzido	Moderado	Elevado
Liderança	Apoio político forte e visível			■	
	Metas definidas para a ingestão nutricional da população			■	
	Recomendações alimentares				■
	Plano de ação abrangente para a área da nutrição e alimentação				■
	Prioridades para reduzir as desigualdades em saúde				■
Governação	Restrição dos interesses comerciais no desenvolvimento de políticas			■	
	Políticas de alimentação e nutrição baseadas na evidência científica			■	
	Transparência no desenvolvimento de políticas de alimentação e nutrição			■	
	Acesso público a informação relacionada com a alimentação e nutrição			■	
Monitorização e Informação	Monitorização dos ambientes alimentares				■
	Monitorização da ingestão nutricional e do consumo alimentar			■	
	Monitorização da prevalência do excesso de peso e da obesidade				■
	Monitorização dos fatores de risco metabólicos e da prevalência das doenças crónicas				■
	Avaliação de programas e políticas públicas			■	
	Monitorização do progresso na redução das desigualdades em saúde			■	
Financiamento e Recursos	Financiamento para a área da promoção da alimentação saudável		■		
	Financiamento da investigação na área da obesidade e doenças crónicas		■		
	Existência de organismo público para a promoção da saúde			■	
Plataformas de interação	Mecanismos de coordenação entre diferentes áreas governativas			■	
	Plataformas de interação entre o Governo e o setor agroalimentar			■	
	Plataformas de interação entre o Governo e a sociedade civil			■	
	Abordagem sistémica que promova o envolvimento de diferentes organizações e parceiros			■	
Saúde em Todas as Políticas	Avaliação do impacto de políticas alimentares na saúde			■	
	Avaliação do impacto de políticas não-alimentares na saúde		■		

O estudo Food-EPI Portugal permitiu identificar 10 ações de implementação prioritária em Portugal (5 ações relacionadas com a componente das políticas públicas e 5 ações relativas às estruturas de apoio à implementação). Estas 10 recomendações foram consideradas pelo painel de peritos como as ações mais importantes, exequíveis e equitativas e que devem ser implementadas para melhorar os ambientes alimentares em Portugal.

Ações relacionadas com as políticas públicas para a promoção de ambientes alimentares saudáveis

I. Alargar o plano em vigor em Portugal para a reformulação dos produtos alimentares, envolvendo em particular o setor da restauração. Este plano deve contemplar a definição de prioridades e objetivos a curto e médio-prazo.

II. Reduzir os impostos sobre os alimentos saudáveis (leguminosas, fruta e hortícolas).

III. Definir um modelo de perfil nutricional que sirva de base para a implementação de medidas para a promoção de ambientes alimentares saudáveis (reformulação dos produtos alimentares, taxação de alimentos nutricionalmente inadequados, entre outras).

IV. Garantir a efetiva implementação das orientações existentes para a oferta alimentar em meio escolar através da definição de um modelo para a supervisão do cumprimento das normas/orientações em vigor.

V. Propor uma alteração ao Código do Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA), com o objetivo de incluir outro(s) critério(s) para a atribuição das taxas do IVA, para além do critério da essencialidade, que considere o perfil nutricional dos alimentos e/ou o seu enquadramento no âmbito de uma alimentação saudável.

Ações relacionadas com as estruturas de apoio à implementação

I. Reforçar o apoio político forte e visível para a melhoria dos ambientes alimentares e do estado nutricional da população, para a prevenção e controlo das doenças crónicas, bem como para a redução das desigualdades relacionadas com a alimentação.

II. Incluir o programa de promoção da alimentação saudável na carteira básica de serviços dos Cuidados de Saúde Primários.

III. Definir indicadores para a monitorização regular do consumo alimentar, estado nutricional e ou*tcomes* de saúde relacionados com a alimentação e a nutrição.

V. Melhorar a força de trabalho na área da nutrição e saúde pública, através da adequação do rácio dos nutricionistas nos Cuidados de Saúde Primários e da integração de pelo menos um nutricionista em cada Unidade de Saúde Pública ao nível dos cuidados de saúde primários.

V. Incluir, nos programas nacionais na área da nutrição e da alimentação saudável, os grupos da população mais vulnerável, nomeadamente idosos, grávidas, crianças, adolescentes e imigrantes, como grupos de ação prioritários.

3.2 Alteração do ambiente alimentar

A incapacidade de travar a rápida progressão e crescimento das doenças crónicas tem levado a uma reflexão sobre o aparente insucesso das estratégias mais convencionais centradas nas intervenções para a melhoria dos conhecimentos e competências dos cidadãos. Neste sentido, diversos investigadores têm vindo a alertar para os ambientes promotores de doença e no caso alimentar, os ambientes promotores de obesidade ou "ambientes obesogénicos". Ambientes físicos onde, atualmente, é fácil e barato encontrarem-se alimentos com quantidades elevadas de energia e baixo valor em nutrientes como vitaminas ou minerais e, por outro lado, onde é difícil encontrarem-se alimentos com elevada densidade nutricional, muitas vezes frescos e da época. Neste sentido, diversos documentos da OMS e de outras organizações na área da saúde têm vindo a apelar à implementação de estratégias multisectoriais, que integrem progressivamente propostas de regulação sobre a disponibilidade e acesso aos alimentos, em particular regulando alimentos com pouco valor nutricional como é o caso dos refrigerantes ou produtos com elevadas quantidades de sal e gordura, para além do açúcar. De seguida descrevem-se as principais medidas implementadas com o objetivo de melhorar os ambientes alimentares, bem como alguns resultados das medidas já implementadas.

3.2.1 Alteração da oferta alimentar

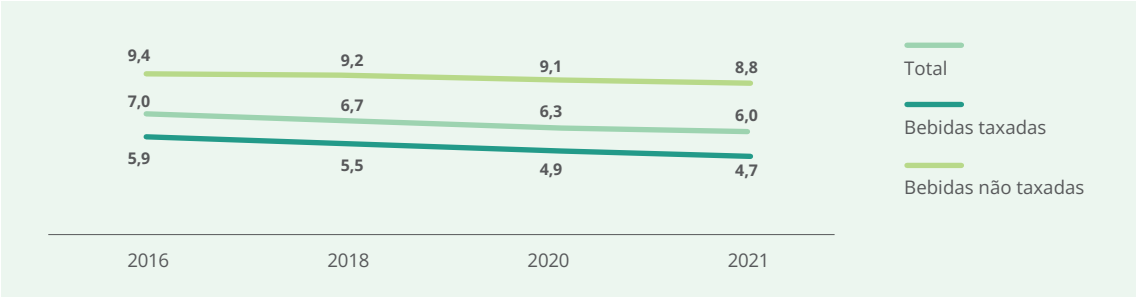
3.2.1.1 Resultados do imposto especial sobre bebidas açucaradas

A aprovação da Lei n.º 42/2016 (13) criou o "Imposto Especial de Consumo de Bebidas adicionadas de Açúcar ou Edulcorantes", revisto pela Lei n.º 71/2018 (14), com vista à introdução de novos escalões de taxação. Foi efetuada uma monitorização do imposto especial sobre o consumo de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes em Portugal no ano de 2020, tendo sido estes dados comparados com os três primeiros anos de implementação do imposto. Os resultados disponíveis neste relatório são provenientes de duas fontes distintas. Por um lado, foi analisada uma base de dados de uma amostra de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes disponíveis no mercado português, que contém dados relativos à composição nutricional e preço destas bebidas, referentes a 4 momentos diferentes de recolha de dados: 1. maio/novembro 2016 (período pré-implementação do imposto), 2. março 2018 (um ano após a implementação do imposto), 3. março/maio 2020 (três anos após a implementação do imposto) e 4. setembro 2021 (quatro anos após a implementação do imposto). A base de dados dispõe de informação relativa a 190 bebidas em 2016, 163 em 2018, 299 em 2020 e 247 bebidas em 2021. Para esta análise foram apenas consideradas as bebidas que dispunham de informação nos 4 momentos de recolha, perfazendo um total de 123 bebidas. Foram, ainda, analisados os dados da Autoridade Tributária e Aduaneira (AT), nomeadamente os dados relativos ao total de vendas por ano (hectolitros) de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes para os primeiros 4 anos de implementação do imposto (2017-2020).

Evolução do teor médio de açúcar

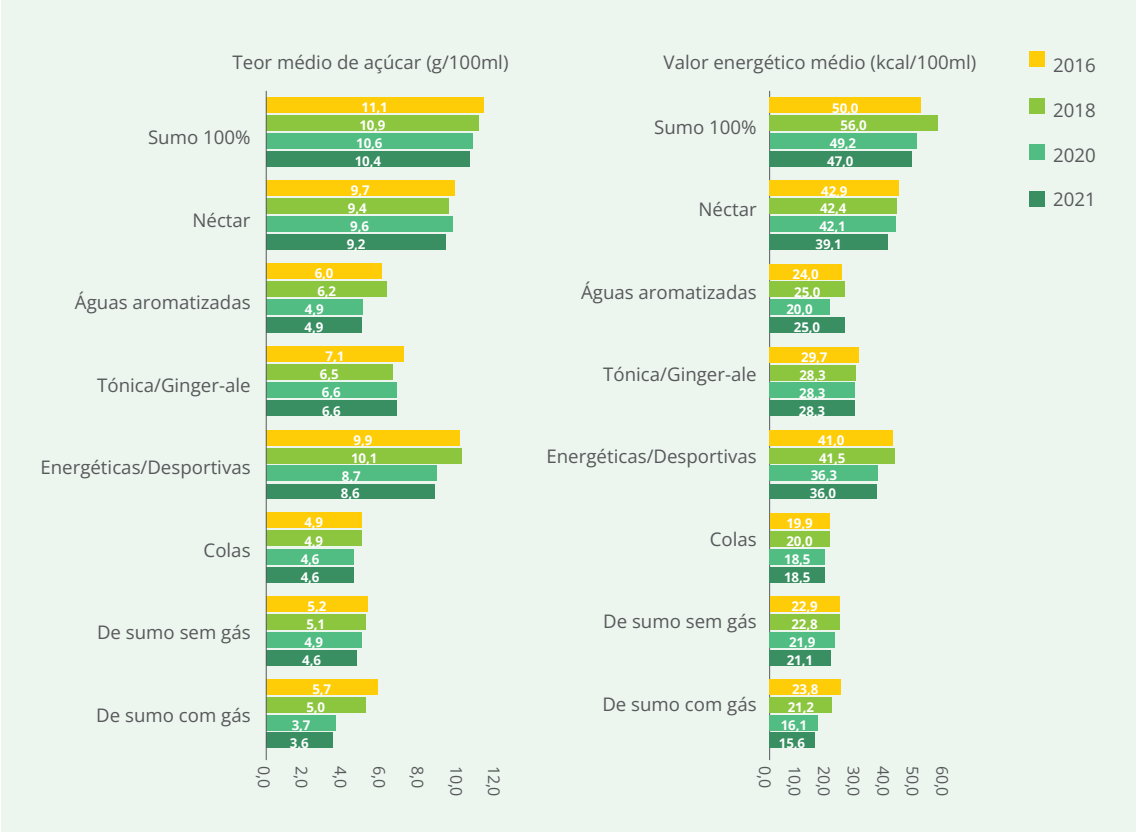
Desde a implementação do imposto sobre as bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, verificou-se uma tendência para a diminuição do teor médio de açúcar (gramas por 100 mL) até 2021. Esta tendência tem-se verificado quer para as bebidas abrangidas quer para as não abrangidas por este imposto (Figuras 25 e 26).

Figura 25. **Evolução do teor médio de açúcar, por 100 mL, do total de bebidas analisadas (n=136), bebidas taxadas (n=91) e bebidas não taxadas (n=45) | 2016 - 2021.**



Fonte: DGS, base de dados bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, 2016, 2018, 2020, 2021.

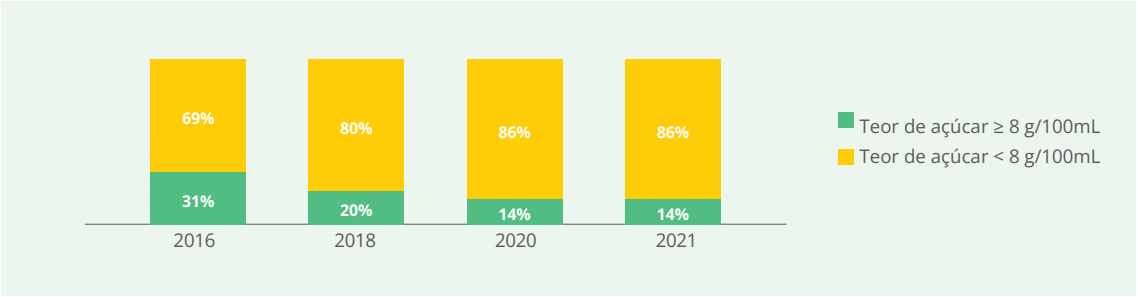
Figura 26. **Evolução do teor médio de açúcar e do valor energético das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes (n=136) | 2016 – 2021.**



Fonte: DGS, base de dados bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, 2016, 2018, 2020 e 2021.

A distribuição das bebidas de acordo com os escalões de taxação ao longo dos 4 anos em análise encontra-se descrita nas Figura 27 e 28, demonstrando um aumento progressivo na proporção de bebidas com um menor teor de açúcar até 2021. No último ano, registou-se uma estabilização na proporção de bebidas enquadradas no escalão superior do imposto (teor de açúcar superior a 8 g por 100 mL), valor que se manteve nos 14% em 2021 (Figura 27).

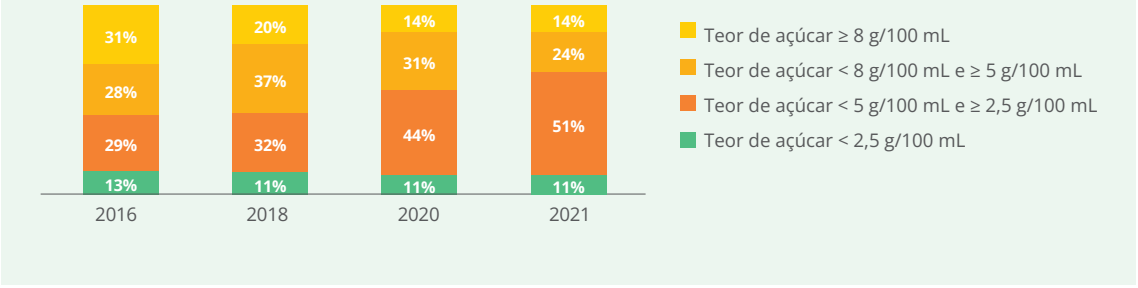
Figura 27. **Distribuição das bebidas açúcaradas e adicionadas de edulcorantes de acordo com os dois escalões de taxação em função do teor de açúcar (gramas por 100 mL), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro | 2016 - 2020.**



Fonte: DGS, base de dados bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, 2016, 2018, 2020 e 2021.

Relativamente à análise segundo os 4 escalões do imposto, entre 2020 e 2021, verificou-se uma estabilização da proporção de bebidas abrangidas pelo escalão mais reduzido do imposto (11%), correspondente a um teor de açúcar inferior a 2,5 g por 100 mL (Figura 28). Em paralelo, verificou-se um aumento na proporção de bebidas incluídas no escalão de 2,5 a 5,0 g de açúcar por 100 mL (de 44% em 2020 para 51% em 2021), a par de uma diminuição das bebidas enquadradas no escalão intermédio de 5,0 a 8,0 g de açúcar por 100 mL (31% em 2020 para 24% em 2021) (Figura 28).

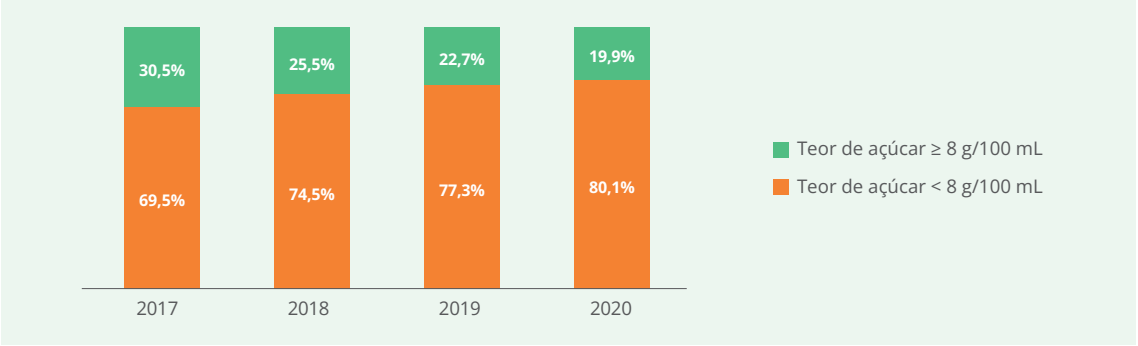
Figura 28. **Distribuição das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes de acordo com os quatro escalões de taxação em função do teor de açúcar (gramas por 100 mL), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro | 2016 - 2020.**



Fonte: DGS, base de dados bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, 2016, 2018, 2020 e 2021.

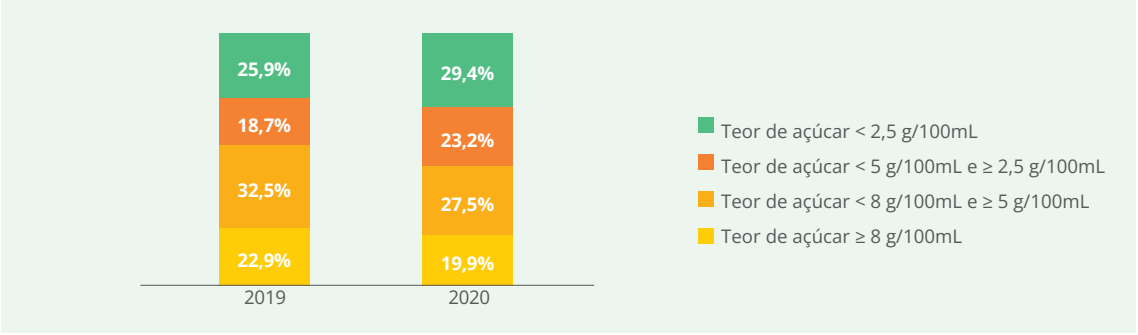
De igual modo, apresentam-se ainda os dados da Autoridade Tributária para o período de 2017-2020, relativos à distribuição percentual das bebidas açúcaradas e adicionadas de edulcorantes de acordo com os dois escalões de taxação em função do teor de açúcar (gramas por 100 mL) (Figuras 29 e 30). Estes dados apontam para uma diminuição da proporção de bebidas enquadradas no escalão mais elevado do imposto (teor de açúcar superior ou igual a 8 g/100 mL), entre 2017 e 2020 (Figura 29). Entre 2019 e 2020, verificou-se um aumento da proporção de bebidas abrangidas pelos dois escalões mais reduzidos do imposto (teor de açúcar < 2,5 g/100 mL; teor de açúcar < 5 g/100 mL e ≥ 2,5 g/100 mL) (Figura 30).

Figura 29. **Distribuição das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes de acordo com os os dois escalões de taxação em função do teor de açúcar (gramas por 100 mL), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro | 2017 - 2020.**



Fonte: AT, 2021.

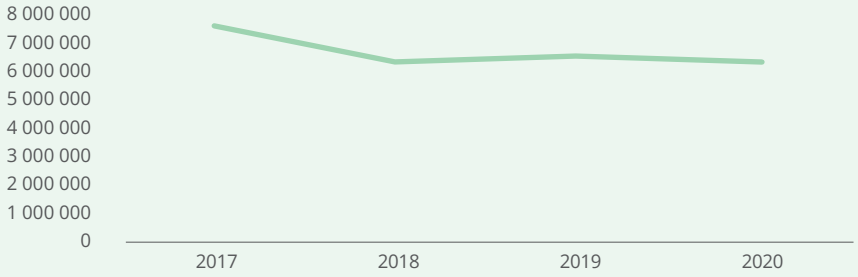
Figura 30. **Distribuição das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes de acordo com os quatro escalões de taxação em função do teor de açúcar (gramas por 100 mL), segundo os escalões do IEC sobre bebidas açucaradas aprovado pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro | 2019 - 2020.**



Fonte: AT, 2021.

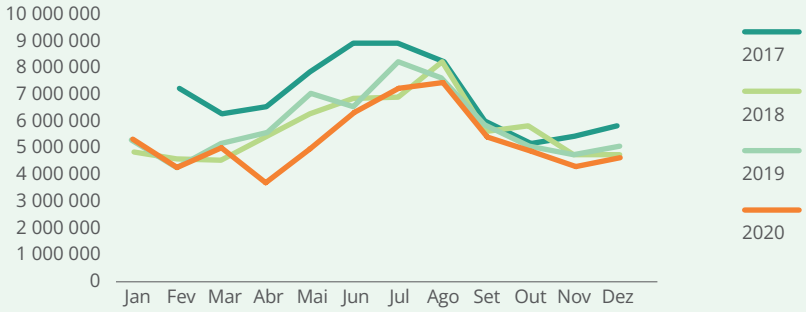
No que respeita à evolução do volume de vendas das bebidas açucaradas, de acordo com os dados da Autoridade Tributária, verificou-se uma diminuição de cerca de 17% do total de vendas das bebidas enquadradas no imposto, no período de 2017-2020, sendo que durante o período de 2018-2019 verificou-se um aumento no volume de vendas de 2,5% e no período de 2019-2020 verificou-se uma diminuição de 2,7% (Figura 31). A variação do volume de vendas das bebidas enquadradas no imposto encontra-se descrita nas Figuras 31 e 32.

Figura 31. **Evolução anual do total de vendas de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes | 2017-2020.**



Fonte: AT, 2021.

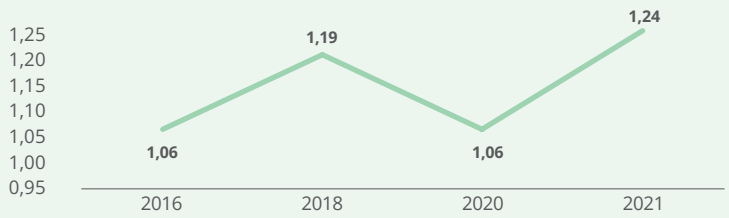
Figura 32. **Evolução mensal do total de vendas de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes | 2017-2020.**



Fonte: AT, 2021.

Relativamente à análise do preço, das 136 bebidas analisadas apenas 45 bebidas possuíam registos de preço nos quatro momentos de recolha de informação. Entre 2016 e 2020 registou-se uma oscilação no preço destas bebidas. Em 2021, verificou-se a alteração de preço de 30 bebidas face a 2020. Destas, 80% correspondem a um aumento de preço, tendo-se verificado um aumento médio de 0,37±0,27 € por litro para o conjunto de bebidas que aumentaram o preço. Para o conjunto de bebidas que diminuíram o seu preço (20%), verificou-se uma redução média de 0,14±0,14 € por litro. No global, o preço médio aumentou 0,18€ por litro durante o período de 2020 a 2021, correspondendo a um aumento de 17% (Figura 33).

Figura 33. **Evolução média do preço (€ por litro) das bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes | 2016-2021.**



Fonte: DGS, base de dados bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes, 2016, 2018, 2020 e 2021.

3.2.1.2 Resultados do Regime Escolar

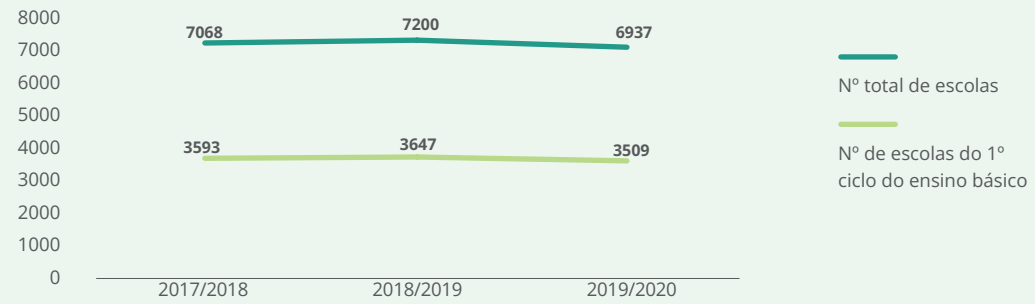
No ano letivo de 2017/2018 iniciou-se um novo quadro de financiamento para o Regime Escolar, que fundiu os dois programas independentes já existentes, o "Regime Fruta Escolar" e o "Programa Leite Escolar". Este programa financiado pela União Europeia tem como objetivo incentivar o consumo de leite, fruta e produtos hortícolas na população em idade escolar através do fornecimento destes alimentos de forma gratuita e da sua promoção.

Para concretizar esta iniciativa foi elaborada uma Estratégia Nacional de Implementação do Regime Escolar em Portugal, com entrada em vigor no ano letivo 2017/2018 e com a duração de 6 anos (13). A regulamentação nacional foi adaptada em conformidade com a legislação europeia (Regulamento (UE) 2016/791) (14), através da publicação da Portaria n.º 113/2018, de 30 de abril, com as alterações previstas na Portaria n.º 94/2019, de 28 de março (15). O Regime Escolar é aplicável aos estabelecimentos de ensino público dos agrupamentos de escola do continente e das regiões autónomas, abrangendo: a) alunos do 1º ciclo do ensino básico, no que diz respeito à distribuição de fruta, produtos hortícolas e bananas e leite e produtos lácteos; e b) alunos do ensino pré-escolar e do 1º ciclo do ensino básico, em relação à distribuição de leite e produtos lácteos.

A Portaria n.º 113/2018, de 30 de abril, constituiu uma Comissão de Acompanhamento com o objetivo de seguir a implementação do Regime Escolar, sendo constituída pelo Gabinete de Planeamento, Políticas e Administração Geral (coordenador), Instituto de Financiamento da Agricultura e Pescas, Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares, Direção-Geral da Educação e DGS. No seio da DGS tem sido o PNPAS a acompanhar esta implementação.

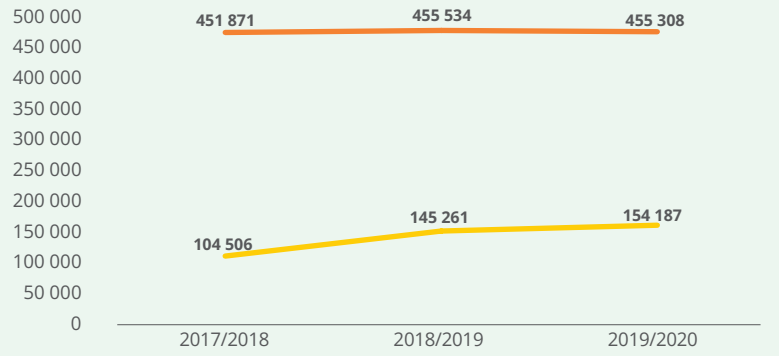
No ano escolar 2019/2020, de acordo com o relatório de monitorização do Regime Escolar da Comissão Europeia, foram abrangidas 6937 escolas (num total de 7282), das quais 3509 eram escolas do 1º ciclo do ensino básico e 3428 estabelecimentos do ensino pré-escolar (16) (Figura 34). Em 2018/2019, foram abrangidas 7200 escolas, das quais 3647 eram escolas do 1º ciclo e 3553 estabelecimentos do ensino pré-escolar, permitindo alcançar 455534 crianças (16) (Figura 34 e Figura 35). Nesse ano letivo, foram distribuídos 574.874 Kg de fruta e hortícolas, bem como 1.709.219 L de leite (17). O leite escolar foi distribuído uma vez por semana, enquanto a fruta e os produtos hortícolas foram distribuídos duas vezes por semana (18).

Figura 34. **Evolução do número de escolas participantes no Regime Escolar.**



Fonte: Comissão Europeia, Portugal: Relatórios de monitorização dos anos escolares 2017/2018, 2018/2019 e 2019/2020. IFAP, 2021

Figura 35. **Evolução do número de crianças participantes no Regime Escolar.**



Fonte: Comissão Europeia, Portugal: Relatórios de monitorização dos anos escolares 2017/2018, 2018/2019 e 2019/2020. IFAP, 2021.

3.2.1.3 Resultados do acordo para a reformulação dos produtos alimentares

No âmbito do protocolo de colaboração para a reformulação do teor de sal, açúcar e ácidos gordos *trans* em certas categorias de produtos alimentares, apresentam-se neste relatório os primeiros resultados alcançados por este compromisso celebrado entre a DGS, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), a Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição (APED), a Federação das Indústrias Portuguesas Agro-Alimentares (FIPA) e a NielsenIQ.

Recorda-se que este acordo englobou 9 compromissos sectoriais para a reformulação de diferentes categorias de produtos alimentares. Face às categorias de alimentos identificadas na EIPAS e após discussão com as associações representativas do setor da indústria e da distribuição alimentar foi possível consensualizar que deveriam estar abrangidas neste processo de reformulação e respetiva monitorização cerca de 56% das categorias de alimentos definidas no âmbito da redução do teor de sal (batatas fritas e outros *snacks* salgados, cereais de pequeno-almoço, sopa pré-embalada pronta a consumir, pão e refeições pré-embaladas prontas a consumir), 33% das categorias de alimentos definidas no âmbito da redução do teor de açúcar (cereais de pequeno-almoço, iogurtes, leite achocolatado, néctares de fruta e refrigerantes) e 33% das categorias de alimentos definidas no âmbito da redução do teor de ácidos gordos trans (gorduras de origem industrial para o fabrico de produtos alimentares), sendo que a assinatura destes protocolos decorreu em maio de 2019. Dentro de cada uma destas categorias de alimentos pretendeu-se promover a reformulação e monitorizar os produtos que representavam pelo menos 80% do consumo. As metas a atingir foram na sua maioria definidas para o ano de 2022 e estão descritas nas Tabelas 13 a 15.

Tabela 13. **Metas definidas para a reformulação do teor de sal.**

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

Tabela 14. **Metas definidas para a reformulação do teor de açúcar.**

Categoria de produtos	Meta do teor do açúcar para 2022
Cereais de pequeno-almoço	Redução de 10%
Iogurtes e leites fermentados	Redução de 10%
Leite achocolatado	Redução de 10%
Néctares	Redução de 7% (2023)
Refrigerantes	Redução 10%

Tabela 15. **Metas definidas para a reformulação do teor de ácidos gordos *trans*.**

Categoria de produtos	Meta do teor de ácidos gordos trans para 2022
Gorduras industriais para o fabrico de produtos alimentares	< 2 g por 100 g de gordura

A monitorização deste plano para a reformulação dos produtos alimentares é da responsabilidade de uma entidade independente, a NielsenIQ, em articulação com o INSA. Como principais indicadores, são monitorizadas as médias ponderadas de sal e açúcar para cada categoria de produtos alimentares por ano, a sua redução percentual entre os diferentes *checkpoints*, bem como o volume total de açúcar e sal reduzidos por ano.

Apesar destes compromissos terem sido assinados em 2019, assumiu-se como referência para os valores *baseline* os dados de 2018 relativos à composição nutricional dos produtos alimentares. Assim, neste relatório apresentam-se os resultados do 1º, 2º e 3º *checkpoints*, que se referem à composição nutricional dos produtos nos anos de 2019, 2020 e 2021, respetivamente.

De acordo com os dados relativos à monitorização dos teores de sal e açúcar dos produtos alimentares, entre 2018 e 2021, verificou-se uma diminuição da média ponderada do teor de sal (g) e de açúcar (g), por 100 g de alimento em quase todas as categorias de produtos alimentares (Tabelas 16 e 17, Figuras 36 e 37).

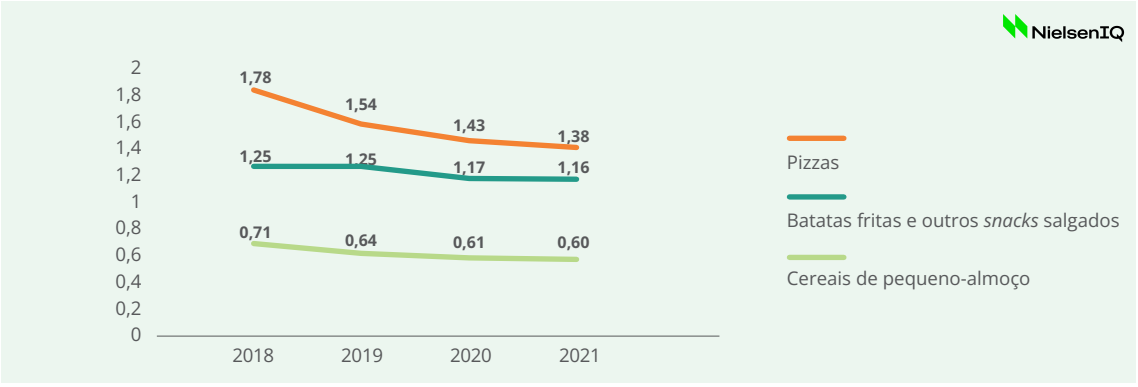
Verificou-se uma redução global de 11,5% na média ponderada global do teor sal (g) por 100 g nos produtos abrangidos nos compromissos para a reformulação dos produtos alimentares ("batatas fritas e outros snacks salgados", "cereais de pequeno-almoço" e "pizzas") entre 2018 e 2021, estimando-se que esta redução possa ter contribuído para uma redução de 25,6 toneladas de sal. Esta diminuição foi mais expressiva nos produtos alimentares da categoria das "pizzas" (em 2021 registou-se uma diminuição de 22,3% do teor de sal (g), face a 2018). Destaca-se ainda que duas destas categorias ("cereais de pequeno-almoço" e "pizzas") já atingiram a meta de redução do teor de sal (g) definida para o ano de 2022.

Tabela 16. **Evolução da média ponderada do teor de sal (g) dos produtos alimentares | 2018 – 2021.**

TEORES DE SAL	2018 *(Baseline)*	2019 *(1º checkpoint)*		2020 *(2º checkpoint)*		2021 *(3º checkpoint)*	
Batatas fritas e outros snacks salgados			2019 vs *baseline*		2020 vs *baseline*		2021 vs *baseline*
Vendas (kg)	12744278	13365539		13635859		13696570	
Sal (milhares de kg)	159,8	166,5		159,3		159,5	
Sal (g/100 g)	1,25	1,25	▼-0,7%	1,17	▼-6,9%	1,16	▼-7,1%
Cereais de pequeno-almoço							
Vendas (kg)	16503001	14452608		14633223		15659286	
Sal (milhares de kg)	116,5	91,8		89,8		94,5	
Sal (g/100 g)	0,71	0,64	▼-10,1%	0,61	▼-13,1%	0,60	▼-14,5%
Pizzas							
Vendas (kg)	8739171	8646618		9513528		11006271	
Sal (milhares de kg)	155,2	128,4		136,1		151,9	
Sal (g/100 g)	1,78	1,54	▼-13,4%	1,43	▼-19,4%	1,38	▼-22,3%

Nota: as diferenças assinaladas referem-se ao *baseline*.
Fonte: NielsenIQ, 2021.

Figura 36. **Evolução da média ponderada do teor de sal (g) por 100 g de alimento, por categorias alimentares.**



Fonte: NielsenIQ, 2021. Protocolos de monitorização – Teores de sal e açúcar 2021.

Verificou-se uma redução global de 11,1% na média ponderada global do teor açúcar (g) por 100 g nos produtos abrangidos nos compromissos para a reformulação dos produtos alimentares entre 2018 e 2021, estimando-se que esta redução possa ter contribuído para uma redução de 6256,1 toneladas de açúcar. Verificaram-se reduções mais acentuadas na categoria dos "refrigerantes", quando comparado com as restantes categorias de alimentos, tendo-se verificado uma estabilização relativamente ao teor de açúcar na categoria dos "néctares". Destaca-se que três das categorias abrangidas neste acordo ("refrigerantes", "leite achocolatado" e "iogurtes") já atingiram a meta de redução do teor de açúcar definida para o ano de 2022.

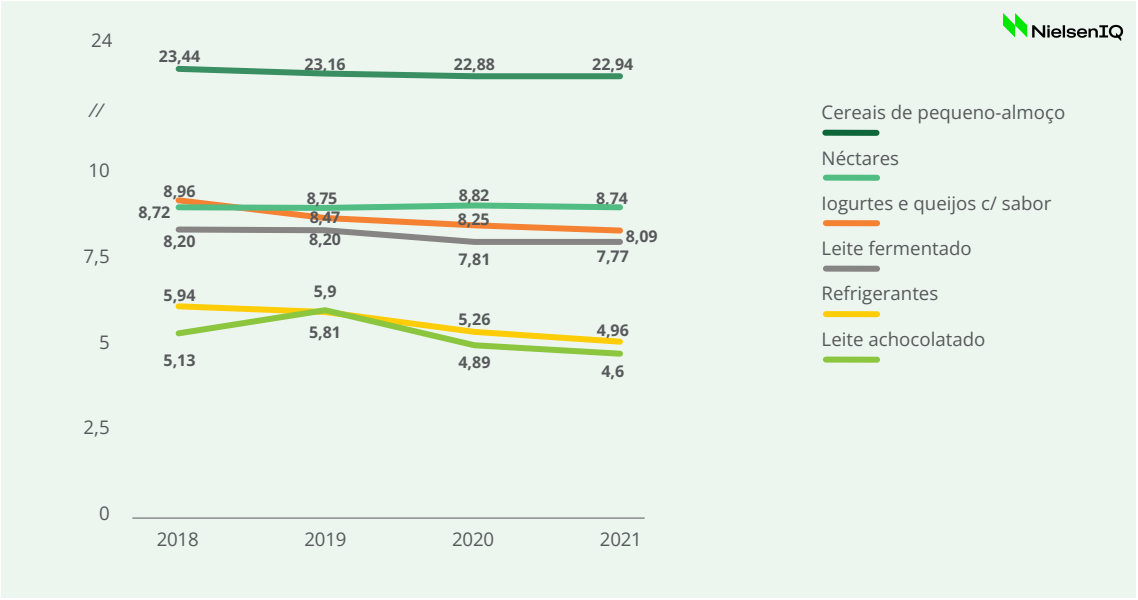
Tabela 17. **Evolução da média ponderada do teor de sal (g) por 100 g de alimento, por categorias alimentares.**

NielsenIQ

TEORES DE AÇÚCAR	2018 *(Baseline)*	2019 *(1º checkpoint)*	2019 vs *baseline*	2020 *(2º checkpoint)*	2020 vs *baseline*	2021 *(3º checkpoint)*	2021 vs *baseline*
Cereais pequeno-almoço							
Vendas (kg)	16518020	14953702		14633223		15659286	
Açúcar (milhares de kg)	3871,2	3463,2		3347,7		3593,0	
Açúcar (g/100 g)	23,44	23,16	▼ -1,2%	22,88	▼ -2,4%	22,94	▼ -2,1%
Iogurtes e queijos com sabor							
Vendas (kg)	80055543	77104042		69287594		67077219	
Açúcar (milhares de kg)	7170,0	6527,2		5717,8		5426,3	
Açúcar (g/ 100 mL ou g/100 g)*	8,96	8,47	▼ -5,5%	8,25	▼ -7,9%	8,09	▼ -9,7%
Leite achocolatado							
Vendas (L)	24482995	24046342		22178992		20240986	
Açúcar (milhares de kg)	1255,4	1417,9		1084,6		930,3	
Açúcar (g/100 mL)*	5,13	5,90	▲ +15,0%	4,89	▼-4,6%	4,60	▼-10,4%
Leite fermentado							
Vendas (L)	11554482	10359212		10293762		9466217	
Açúcar (milhares de kg)	947,1	849,3		803,5		735,9	
Açúcar (g/100 mL)*	8,20	8,20	0,0%	7,81	▼ -4,8%	7,77	▼ -5,2%
Néctares							
Vendas (L)	47922529	44169397		41550511		42415643	
Açúcar (milhares de kg)	4180,1	3862,8		3662,7		3706,2	
Açúcar (g/100 mL)	8,72	8,75	▲ +0,3%	8,82	▲ +1,1%	8,74	▬ +0,2%
Refrigerantes							
Vendas (L)	259264518	235040711		236336466		245461085	
Açúcar (milhares de kg)	15392,3	13665,6		12432,7		12168,3	
Açúcar (g/100 mL)	5,94	5,81	▼ -2,1%	5,26	▼ -11,4%	4,96	▼ -16,5%

Nota: as diferenças assinaladas referem-se à *baseline*. *Açúcares adicionados
Fonte: NielsenIQ, 2021.

Figura 37. **Evolução do teor de açúcar por 100g/100ml de alimento, por categorias alimentares.**



Fonte: NielsenIQ, 2021.
Nota: A média ponderada do teor de açúcar (g/100 g ou g/100 mL) para as categorias "Iogurtes e queijos com sabor", "Leite fermentado" e "Leite achocolatado" é referente aos açúcares adicionados.

No global, estima-se que, entre 2018 e 2020, o volume total de sal e de açúcar dos alimentos abrangidos por este protocolo reduziu-se em cerca de 25,6 toneladas de sal e 6256,1 toneladas de açúcar (Figura 38).

Figura 38. **Volume total de sal e açúcar (toneladas) reduzido entre 2018 e 2021 nas categorias de produtos alimentares em análise (categorias em análise do teor de açúcar: cereais de pequeno-almoço, iogurtes e queijos com sabor, leite achocolatado, leite fermentado, néctares e refrigerantes; categorias em análise do teor de sal: batatas fritas e outros snacks salgados, cereais de pequeno-almoço e pizzas).**



Nota: O volume total de sal e de açúcar (toneladas) reduzido entre 2018 e 2021 reflete as diferenças entre as médias ponderadas do teor de açúcar e de sal (g/100 g ou g/100 mL) por categoria de alimentos ao longo deste período, bem como a evolução nas vendas (vendas em kg ou mL dos produtos em análise, representando cerca de 80% dos volumes de vendas) entre os anos de 2018 e 2021.
Fonte: NielsenIQ, 2021.

Estes resultados permitem verificar uma redução da média ponderada do teor de sal e de açúcar em quase todas as categorias de alimentos em análise, durante o período de 2018 e 2021, embora se verifique uma evolução distinta entre as várias categorias.

Face às metas definidas no âmbito deste protocolo que, na sua maioria, têm como referência o final do ano de 2022, observa-se que cerca de 50% das categorias de produtos alimentares em análise neste relatório atingiram ou ultrapassaram estes valores.

3.2.1.4 Alteração da oferta alimentar nos estabelecimentos de educação pública

O PNPAS apoiou tecnicamente a elaboração do Despacho n.º 8127/2021, de 17 de agosto, que estabelece as normas na elaboração de ementas e na venda de géneros alimentícios nos bufetes e nas máquinas de venda automática dos estabelecimentos de educação pública (19).

3.2.1.5 Novo modelo de apoio alimentar

No ano de 2021, no âmbito do processo de revisão do modelo português de apoio alimentar às pessoas mais carenciadas, enquadrado no Fundo de Auxílio Europeu às Pessoas Mais Carenciadas (FEAC), o PNPAS colaborou com o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e apoiou tecnicamente o desenvolvimento deste novo modelo de atribuição de apoio alimentar através de *vouchers* ou cartões electrónicos.

3.2.2 Restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos

3.2.2.1 Resultados preliminares do sistema de monitorização em fase de implementação para a monitorização do marketing alimentar dirigido a crianças

Análise das redes sociais

Entre 15 de janeiro e 18 de março de 2021, foi analisado o conteúdo partilhado nas redes sociais - Instagram® e o Facebook® - de 54 marcas de produtos alimentares (Figura 39). O período de recolha de dados coincidiu, parcialmente e propositadamente, com o segundo confinamento nacional devido à pandemia COVID-19.

Figura 39. **Dados analisados no âmbito do estudo realizado ao marketing digital nas redes sociais.**



As marcas analisadas foram selecionadas por incluírem produtos das categorias de alimentos habitualmente mais publicitadas para as faixas etárias jovens (crianças e adolescentes). Os produtos alimentares analisados contemplam as categorias do perfil nutricional da DGS: chocolates, produtos de confeitaria, barras energéticas, coberturas doces, cremes para barrar e sobremesas; bolos e outros produtos de pastelaria, biscoitos doces, preparados em pó para a produção de doces; aperitivos e *snacks*; sumos; bebidas refrigerantes; gelados e sorvetes; cereais de pequeno-almoço; iogurtes e leites fermentados, natas lácteas

e outros produtos similares; pão, produtos à base de pão e tostas e fruta, hortícolas, leguminosas e tubérculos processados. No total foram analisadas cerca de 970 publicações, das quais 287 eram relativas à própria marca (e não a um produto alimentar específico), pelo que a análise do perfil nutricional foi realizada para um total de 680 publicações (Figura 40).

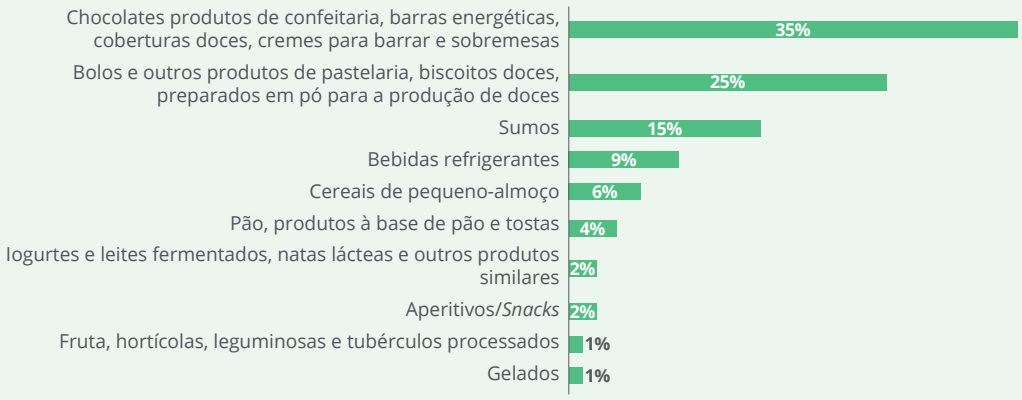
Figura 40. **Percentagem de publicações referentes à marca e não a um produto específico.**



30% DAS PUBLICAÇÕES RECOLHIDAS ERAM REFERENTES À PRÓPRIA MARCA

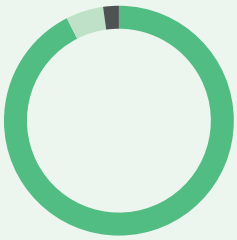
Os alimentos mais publicitados pertencem às categorias dos chocolates, produtos de confeitaria, bolos, produtos de pastelaria e biscoitos, bem como aos sumos (Figura 41).

Figura 41. **Categorias de alimentos publicitados nas publicações analisadas.**



Das cerca de 680 publicações analisadas, a grande maioria dos produtos publicitados não cumpre os critérios definidos pelo perfil nutricional da DGS (Figura 42).

Figura 42. **Percentagem de publicações relativas a alimentos que não cumpre o perfil nutricional definido pela DGS.**

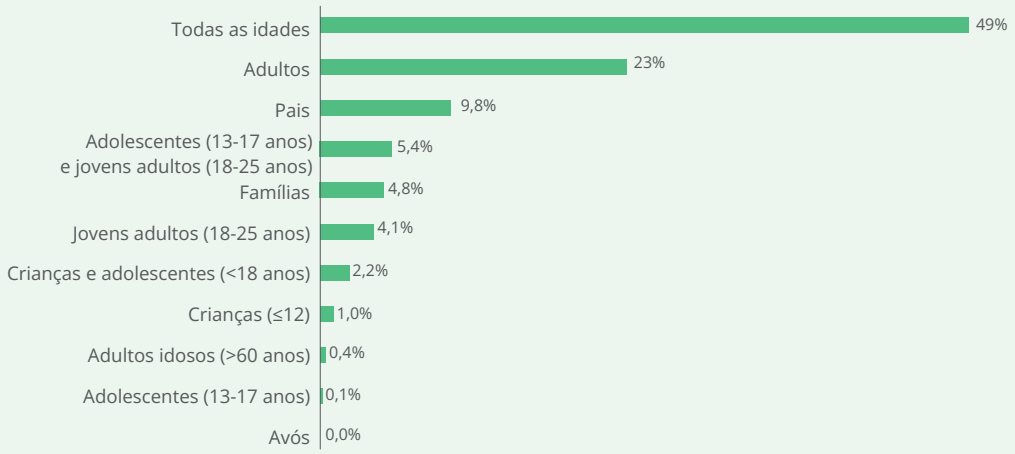


91% DAS PUBLICAÇÕES SÃO RELATIVAS A ALIMENTOS QUE NÃO CUMPREM O PERFIL NUTRICIONAL DEFINIDO PELA DGS

Não permitido Permitido Sem informação

A maioria das publicações analisadas não se dirigia a um público-alvo específico (Figura 43).

Figura 43. **Público-alvo das publicações analisadas.**



Apesar de a maioria das publicações ser dirigida a todas as idades, estas podem ser simultaneamente consideradas apelativas às faixas etárias mais jovens (Figura 44). Adicionalmente, é de salientar que as publicações dirigidas aos "pais", "família" e "todas as idades" têm conteúdo que indiretamente também se dirige aos grupos mais jovens.

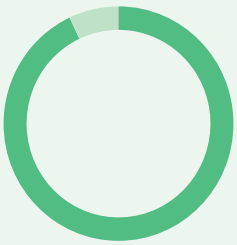
Figura 44. **Percentagem de publicações com conteúdo apelativo para crianças e/ou adolescentes.**



58,7% **DAS PUBLICAÇÕES ERAM APELATIVAS PARA CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES**

Destas publicações com conteúdo apelativo também às faixas etárias mais jovens, 93% não cumpre os critérios nutricionais do perfil da DGS (Figura 45).

Figura 45. **Percentagem de publicações com conteúdo apelativo para crianças e adolescentes que não cumpre o perfil nutricional da DGS.**

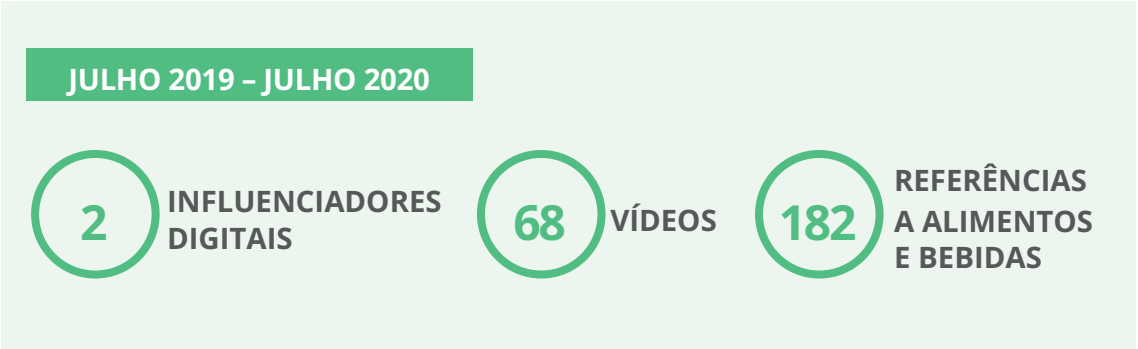


93% **DAS PUBLICAÇÕES QUE ERAM APELATIVAS PARA CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES NÃO CUMPRE O PERFIL NUTRICIONAL DEFINIDO PELA DGS**

Análise dos vídeos do YouTube® de dois influenciadores digitais

Seguindo os protocolos da OMS Europa, foram analisados os vídeos publicados entre julho de 2019 e julho de 2020, nos canais de dois influenciadores digitais, populares entre as crianças e jovens portugueses. Foram analisados no total 68 vídeos (o que equivaleu a 13,4 horas no total), tendo sido identificadas 182 referências a alimentos e bebidas (Figura 46).

Figura 46. **Dados analisados no contexto do estudo realizado aos influenciadores digitais.**



Uma vez que o perfil nutricional definido pela DGS foi desenvolvido para materiais de publicidade e a maioria das referências apresentadas nos vídeos analisados não tinha intuito publicitário, as referências que cumpriam o perfil nutricional foram classificadas como "saudáveis" e as referências que não cumpriam o perfil, como "não saudáveis". Assim, a grande maioria das referências a alimentos e bebidas presentes nos vídeos analisados foram consideradas como "não saudáveis" (Figura 47).

Figura 47. **Percentagem de referências a alimentos e bebidas classificadas como "não saudáveis", seguindo os critérios do perfil nutricional definido pela DGS.**



As categorias de alimentos mais presentes nestes vídeos foram as refeições pré-preparadas e de conveniência, os bolos e bolachas, bem como os aperitivos (Figura 48).

Figura 48. **Categorias de produtos mais comumente incluídas nas referências a alimentos e bebidas nos vídeos do YouTube® analisados.**



Estudo piloto – Ferramenta CLICK da OMS para monitorizar o marketing digital

Em Portugal, o estudo piloto da ferramenta CLICK da OMS contou com uma amostra de 16 crianças, com idades entre os 6 e os 17 anos, com um total de 17 dispositivos e decorreu entre novembro e dezembro de 2020 (Figura 49).

Figura 49. **Dados analisados no âmbito do estudo piloto da ferramenta CLICK da OMS para monitorizar o marketing digital.**



De acordo com os resultados deste estudo foi possível verfiicar que os adolescentes foram os principais utilizadores de aplicações como o WhatsApp®. Relativamente às plataformas de comunicação e vídeo, a plataforma mais visitada foi o YouTube®, mas alguns participantes utilizaram também serviços *on-demand* (ex: Netflix®). Da plataforma YouTube® foram captados cerca de 1030 anúncios, dos quais apenas cerca de metade (n=520) apresentava informação útil para análise. Destes, 29 eram anúncios a aplicações de entrega de comida, 12 eram anúncios a produtos alimentares e 3 a bebidas alcoólicas. No Instagram®, os participantes foram expostos a cerca de 4000 anúncios durante o mês avaliado. Destes anúncios, 91 eram a produtos alimentares, dos quais 25 a chocolates e produtos de confeitaria, 35 a bebidas açucaradas, 19 a restaurantes de *fast-food*, 30 a aplicações de entrega de comida e 87 a bebidas alcoólicas.

Este estudo piloto testou metodologias inovadoras, permitindo obter uma indicação da situação atual em Portugal, na qual as crianças estão a ser, indubitavelmente, expostas a publicidade paga de alimentos e bebidas com elevado teor de gordura, açúcar e sal. No entanto, esta metodologia será implementada numa amostra maior de crianças e jovens portugueses, para uma análise mais detalhada e representativa.

3.3 Aumento da literacia alimentar e nutricional

3.3.1 Plataformas digitais do PNPAS

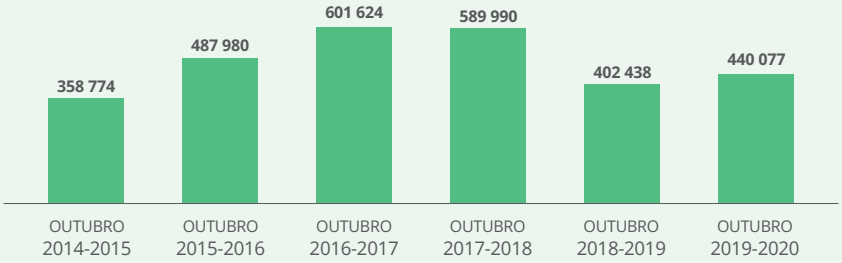
Desde o início da sua implementação, o PNPAS tem vindo a fazer um forte investimento na melhoria da comunicação na área da alimentação e nutrição. A estratégia de comunicação do PNPAS baseia-se essencialmente na utilização dos meios digitais, nomeadamente do seu blogue Nutrimento e do seu sítio *web*, estando também presente nas redes sociais como o Twitter®, Instagram® e Youtube®. No Instagram® o PNPAS já conta com um total de 9608 utilizadores e no Youtube® com um total de 1550 subscritores. O enorme alcance deste modelo de comunicação é uma das suas mais-valias.

Em janeiro de 2020 foi lançada uma nova versão do sítio *web* e blogue, reestruturada do ponto de vista gráfico e da sua organização, de forma a facilitar a consulta por parte dos utilizadores, destacando-se a biblioteca virtual que compila todos os materiais e documentos produzidos pelo PNPAS.

As Figuras 50 a 53, relativas à evolução do número de visualizações e número de utilizadores desde o lançamento do sítio *web* do PNPAS (alimentacaosaudavel.dgs.pt) e do blogue Nutrimento (nutrimento.pt), sugerem um decréscimo nestes últimos dois anos, apesar da forte presença da DGS e do PNPAS nas redes sociais e como plataforma de referência na área. Estes resultados poderão refletir o período em que o *website* esteve em reestruturação, em conjunto com o aumento do número plataformas online da DGS durante a pandemia.

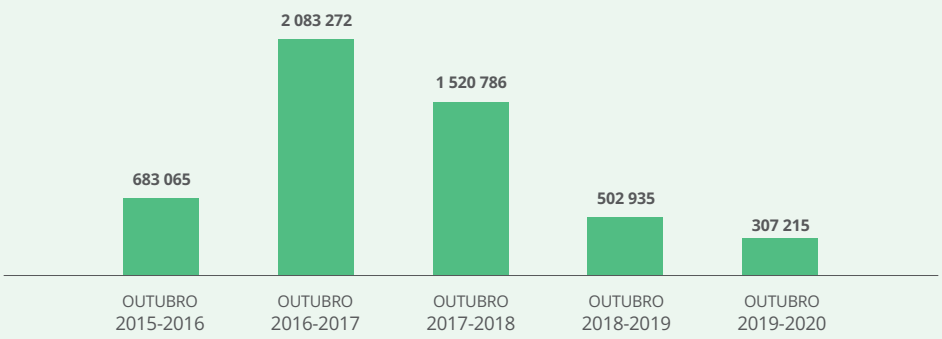
Evolução do número anual de visualizações do blogue Nutrimento | 2014 - 2020

Figura 50. **Evolução do número anual de visualizações do blogue Nutrimento | 2014-2020.**



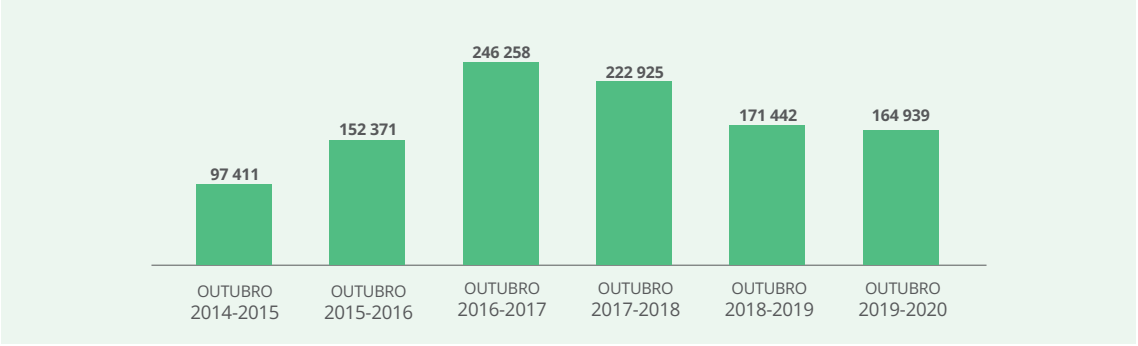
Evolução do número anual de visualizações do sítio Web do PNPAS | 2015 -2020

Figura 51. **Evolução do número anual de visualizações do sítio *web* do PNPAS | 2015-2020.**



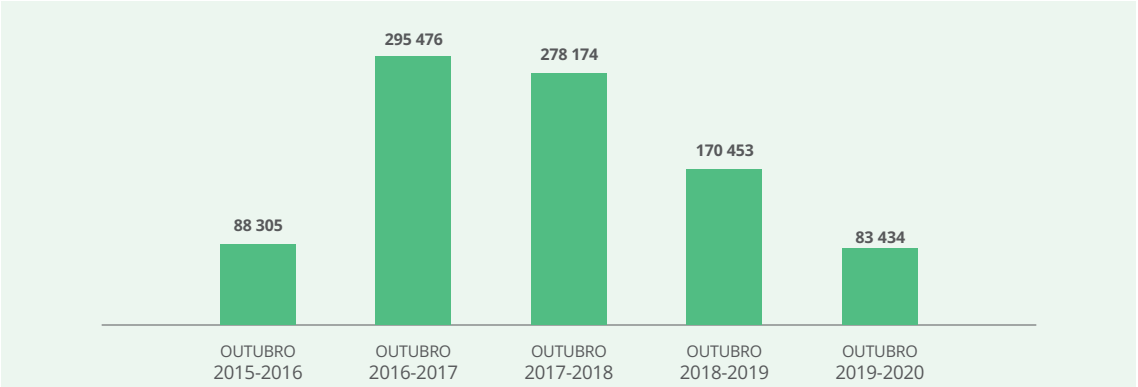
Evolução anual do número de utilizadores do blogue Nutrimento | 2014-2020

Figura 52. **Evolução do número anual de utilizadores do blogue Nutrimento | 2014-2020.**



Evolução anual do número de utilizadores do sítio Web do PNPAS | 2015-2020

Figura 53. **Evolução do número anual de utilizadores do sítio *web* do PNPAS | 2014-2020**



3.3.2 Guia para lanches escolares saudáveis

Prosseguindo com a missão de promover e educar para uma alimentação saudável em contexto escolar, em abril de 2021, o PNPAS/DGS, em parceria com a Direção-Geral da Educação (DGE), publicou um guia destinado a encarregados de educação, professores e educadores, com o objetivo sensibilizar e capacitar para a promoção de lanches saudáveis entre as crianças e jovens. A par das diferentes medidas que estão a ser implementadas para tornar os ambientes alimentares onde as crianças e jovens crescem mais saudáveis, a educação alimentar em casa e o desenvolvimento de ambientes alimentares familiares saudáveis são fundamentais. Este manual foi amplamente divulgado nos canais de comunicação do PNPAS, da DGS e da DGE, tendo sido remetido para todos os estabelecimentos de ensino e posteriormente para todos os encarregados de educação. O documento pode ser consultado aqui.

3.3.3 Manual "Alimentação e Nutrição na Gravidez"

Dando continuidade ao conjunto de ações que o PNPAS tem desenvolvido para reforçar a promoção da alimentação saudável nos primeiros 1000 dias de vida, foi publicado em março de 2021, no âmbito das comemorações do Dia Mundial da Obesidade, o Manual "Alimentação e Nutrição na Gravidez". Promover a saúde materno-infantil é mesmo considerado pela OMS como uma oportunidade de particular relevância para a prevenção da obesidade e de outras doenças crónicas associadas. Os hábitos alimentares e o estilo de vida antes e durante a gravidez, bem como durante a amamentação influenciam a saúde da criança, in-

cluindo o risco de doenças crónicas como a obesidade. Assim, otimizar o estado nutricional precocemente e corrigir alguns comportamentos alimentares ainda antes e durante a gravidez trará benefícios a curto e a longo prazo, pelo que é necessário que os profissionais de saúde e as mulheres grávidas tenham o melhor conhecimento sobre a alimentação e nutrição adequadas a esta fase tão importante do ciclo da vida. Este manual corresponde a uma atualização do documento "Alimentação e Nutrição na Gravidez" publicado pelo PNPAS em 2015, que agora inclui as mais recentes recomendações em macro e micronutrientes durante a gravidez e a lactação da EFSA – Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos. Foram acrescentadas recomendações para casos específicos, como por exemplo para gestações múltiplas ou para mulheres que seguem um padrão alimentar vegetariano. Mais ainda, esta nova edição do manual contempla cuidados de segurança alimentar a ter durante a gravidez. Por último, foram desenvolvidas algumas ferramentas de apoio que podem ser utilizadas na comunidade para a promoção da alimentação e nutrição adequadas durante a gravidez e a lactação. Este manual foi elaborado em parceria com a ASAE, uma vez que apresenta um capítulo dedicado à importância da segurança alimentar durante a gravidez. Entre outros conteúdos dirigidos aos profissionais de saúde, este manual pretende também capacitar mulheres em idade fértil, grávidas ou lactantes para uma alimentação saudável. O documento pode ser consultado aqui.

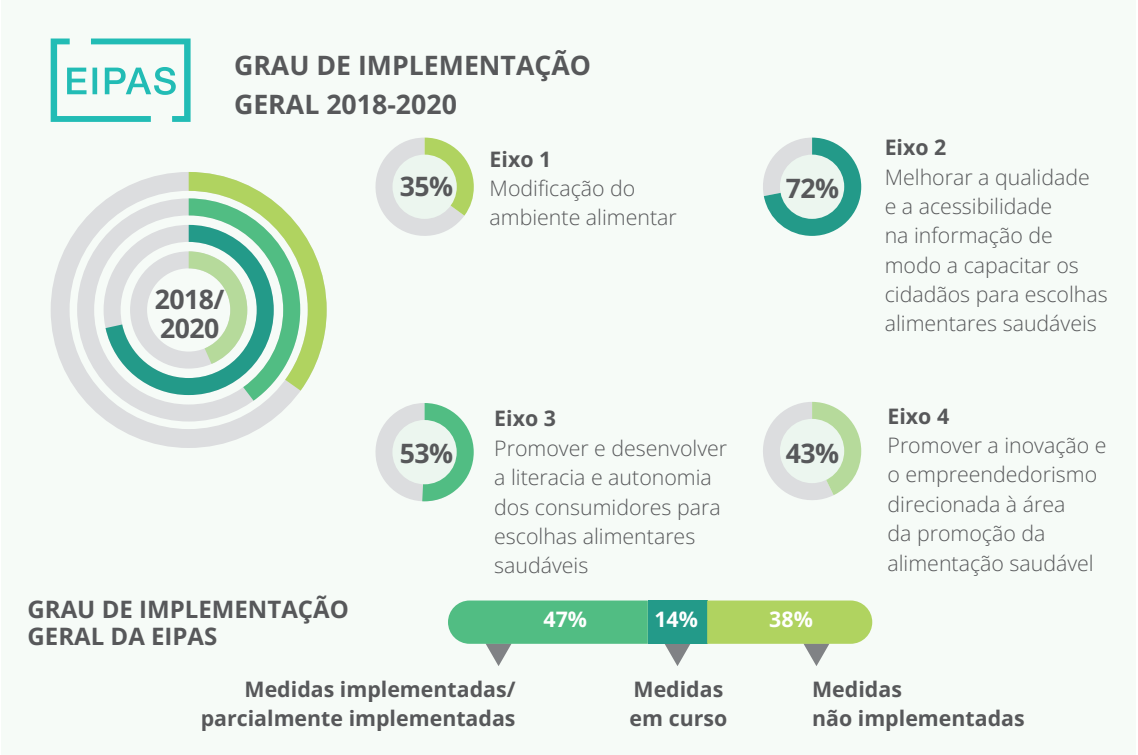
3.4 Ações intersectoriais, de cooperação e relações internacionais

A promoção da alimentação saudável, e em particular a promoção de ambientes alimentares saudáveis, exige uma ação transversal a diferentes setores governamentais e o envolvimento de diferentes *stakeholders*, sendo a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) a concretização dessa abordagem intersectorial. Nesta secção apresenta-se um ponto da situação relativamente à implementação da EIPAS e descrevem-se também as principais ações de cooperação e de relações internacionais que contaram com o envolvimento do PNPAS durante o período de novembro de 2020 a dezembro 2021.

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

O PNPAS coordena a EIPAS desde dezembro de 2017. A sua implementação tem sido monitorizada, apresentando-se na Figura 54 o grau de implementação das medidas que constam nesta estratégia. Cerca de 61% das medidas da EIPAS já se encontram implementadas/parcialmente implementadas ou em curso.

Figura 54. **Grau de implementação da EIPAS 2018-2020.**



3.4.2 Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

O PNPAS participou no grupo de trabalho permanente para a elaboração da Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (ENSANP), criado a 13 de março de 2019 na primeira reunião do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSANP). Este grupo de trabalho permanente é coordenado pelo Gabinete de Planeamento, Políticas e Administração Geral (GPP) e integra as áreas governativas da economia e da transição digital, da ciência, tecnologia e ensino superior, da educação, da saúde, do ambiente e da ação climática e do mar. A ENSANP pretende ser um referencial de atuação integrada para um sistema alimentar sustentável e saudável e foi publicada no dia 13 de setembro de 2021, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 132/2021, de 13 de setembro.

3.4.3 *Best ReMaP Joint Action*

A Comissão Europeia, seguindo as prioridades do *Steering Group on Promotion and Prevention*, estabeleceu uma *Joint Action*, com financiamento de 6 milhões de euros, focada na implementação de boas práticas para apoiar sistemas de monitorização para a reformulação dos produtos alimentares, reduzir o marketing alimentar dirigido a crianças e ajustar os processos de compras públicas na área alimentar ("compras públicas saudáveis"), contribuindo para ambientes alimentares mais saudáveis. A *EU Joint Action Best-ReMaP*, que decorrerá entre 2020 e 2023, reúne 24 países. Portugal, representado pelo PNPAS, participa no *work package* (WP) relativo aos sistemas de monitorização para a reformulação dos produtos alimentares. Adicionalmente, lidera, em conjunto com a Irlanda, o WP6 na área da redução do marketing alimentar dirigido a crianças. No primeiro ano do projeto, o PNPAS desenvolveu um questionário para mapear as iniciativas na área da redução e restrição do marketing de produtos alimentares menos saudáveis dirigido a crianças. O questionário avaliou também a transposição da Diretiva dos Serviços de Comunicação Social Audiovisual (20) para a legislação nacional dos Estados Membros. Este questionário contou com a participação de 20 países, participantes da *Best-ReMaP Joint Action* e/ou da WHO *European Action Network on Reducing Marketing Pressure on Children*. O relatório deste mapeamento está a ser desenvolvido em parceria com o *NCD Office* da OMS Europa. Adicionalmente, o PNPAS desenvolveu a proposta para um perfil nutricional harmonizado ao nível da União Europeia, um dos principais *outputs* deste WP. Para tal, foram testados vários modelos em duas bases de dados diferentes (uma portuguesa e uma francesa), avaliando o desempenho do modelo em mais de 1700 produtos. No âmbito deste trabalho, o PNPAS organizou um workshop em junho para os Estados Membros participantes no WP6 da Best-ReMaP dedicado aos perfis nutricionais para restrições do marketing de produtos alimentares e bebidas dirigido a crianças. Este workshop permitiu apresentar a base e o enquadramento teóricos para o desenvolvimento de perfis nutricionais, bem como apoiar os países na adaptação e implementação do perfil nutricional harmonizado, contando com a participação das Direções-Gerais da Saúde e Segurança dos Alimentos e das Redes de Comunicação, Conteúdos e Tecnologias, da Comissão Europeia (DG SANTE e DG CONNECT, respetivamente) e da OMS Europa.

3.4.4 Projetos em parceria com a OMS

O PNPAS tem colaborado em vários projetos, de diferentes índoles, com o Escritório Regional para a Europa da OMS, em particular com o *NCD Office*. Colabora no Sistema Europeu de Vigilância Nutricional Infantil (COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*) desde 2008. Recentemente, Portugal é um dos países piloto nas iniciativas de monitorização do marketing digital, com recurso à ferramenta CLICK, a alimentos ricos em açúcar, gordura e sal (nas crianças e jovens) e a substitutos do leite materno (mães e grávidas). Adicionalmente, Portugal é também um dos países piloto a testar o *software* foodDB.

3.4.4.1. Organização da reunião anual da *WHO European Action Network on Reducing Marketing Pressure on Children*

Portugal coordena desde 2016 a WHO *European Action Network on Reducing Marketing Pressure on Children*. Em maio de 2021, o PNPAS organizou, em colaboração com o Escritório Regional para a Europa da OMS, a reunião anual desta *network*. Nesta reunião foram discutidos os desafios que os países têm enfrentado na tentativa de restringir o marketing alimentar dirigido a crianças e jovens. Foram apresentadas estratégias para reforçar as iniciativas e medidas políticas neste âmbito e as metodologias desenvolvidas pela OMS com o intuito de monitorizar a exposição das crianças e jovens às diferentes estratégias de marketing, bem como partilhadas algumas experiências dos países na aplicação destas mesmas ferramentas.

3.4.5 Iniciativas e trabalhos no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia (PPUE)

3.4.5.1 Conferência "Future steps to tackle obesity: digital innovations into policy and actions" no âmbito da PPUE

No âmbito da Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia, o Ministério da Saúde e a DGS (PNPAS) organizaram, em conjunto com o Escritório Regional para a Europa da OMS, a Conferência *Future steps to tackle obesity: Digital innovations into policy and actions* (Figura 55).

A Conferência contou com a presença de investigadores e especialistas de diferentes Instituições públicas e académicas, bem como de organizações da sociedade civil e de organizações Internacionais e com um total de cerca de 600 inscrições.

Durante a Conferência foi discutida a forma como os ambientes alimentares digitais são influenciados e acelerados pelas atuais inovações tecnológicas, bem como o modo como estes ambientes obesogénicos digitais têm impactado a prevalência de obesidade e de doenças crónicas. Foram ainda debatidas as oportunidades e desafios que o mundo digital acarreta para o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e ações no âmbito da prevenção da obesidade.

A Conferência terminou com a apresentação do Apelo à Ação de Lisboa (*The Lisbon Call to Action*) pela Sra. Ministra da Saúde, Doutora Marta Temido.

Figura 55. **Imagem da Conferência "Future Steps to Tackle Obesity: digital innovations into policy and actions", no âmbito da Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia.**



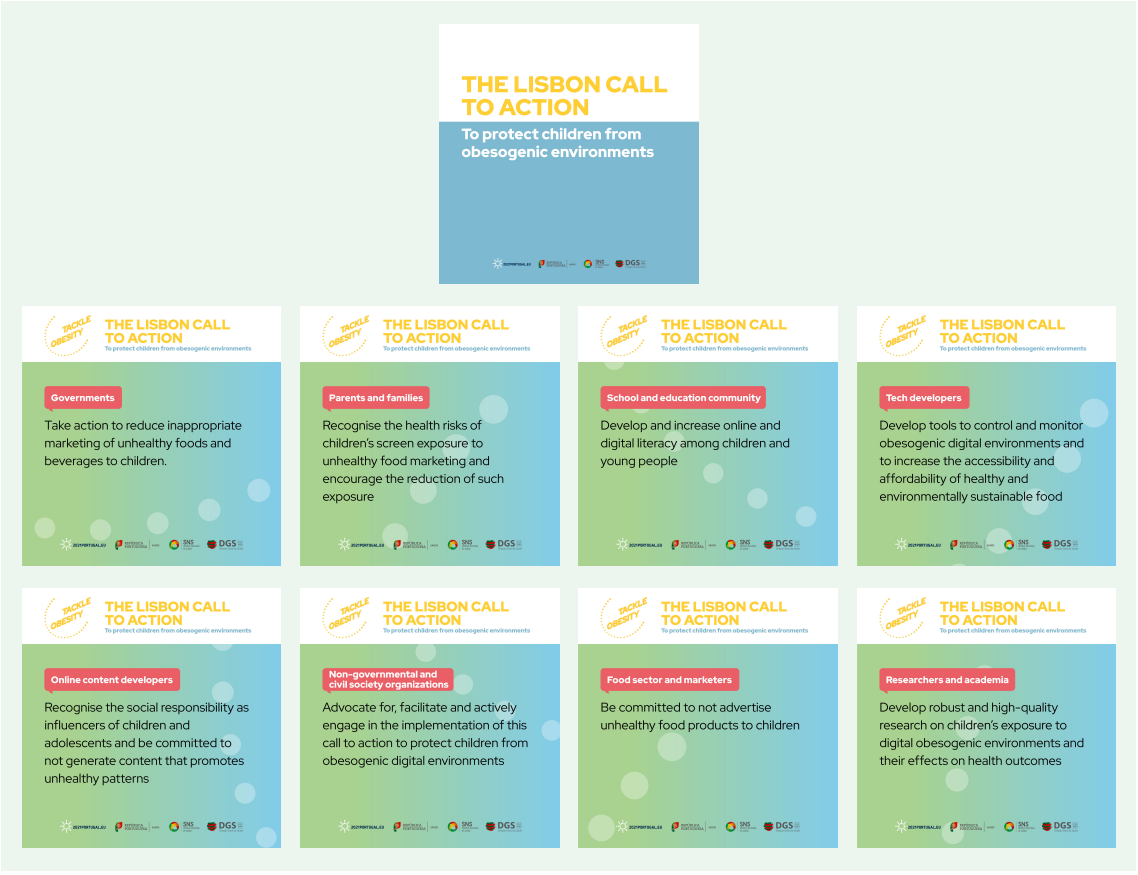
3.4.5.2 *The Lisbon Call to Action: to protect children from obesogenic environments*

O *The Lisbon Call to Action* tem como principal objetivo apelar à ação de modo a garantir a proteção das crianças em relação aos ambientes obesogénicos digitais, através da redução da sua exposição ao marketing digital de alimentos não saudáveis e ao potenciar as oportunidades que a digitalização pode trazer para melhorar o acesso a uma alimentação saudável e sustentável.

Para tal, o *The Lisbon Call to Action* apela à ação por parte de diferentes *stakeholders* que podem ter um papel decisivo nesta área, nomeadamente os governos, os pais e família, a escola e comunidade escolar,

os operadores económicos do setor alimentar e gestores de marketing, os criadores de conteúdo digital (influenciadores), os programadores, a academia, bem como as organizações da sociedade civil e não governamentais (Figura 56).

Figura 56. ***The Lisbon Call to Action: To protect children from obesogenic environments*, no âmbito da Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia.**



O *The Lisbon Call to Action* foi assinado pela Sra. Ministra da Saúde, Doutora Marta Temido, e conta atualmente com mais de 80 assinaturas.

3.4.5.3 Grupo de trabalho "Foodstuffs" do Conselho Europeu

No âmbito dos trabalhos da Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia, o PNPAS representou o Ministério da Saúde na Delegação Portuguesa do Grupo de Trabalho "*Foodstuffs*", coordenada pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros e que envolve a Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) e a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE).

3.4.5.4 Outros trabalhos de cooperação, relações internacionais e divulgação científica

No que diz respeito à cooperação internacional, o PNPAS é o ponto focal do Ministério da Saúde para a área da promoção da alimentação saudável. Neste âmbito, o PNPAS participou em diversas reuniões técnicas promovidas pela OMS e pela União Europeia (Tabela 18). A participação do PNPAS nestas reuniões técnicas e o seu envolvimento em diferentes projetos em parceria com a OMS, tem permitido o contributo do PNPAS para a publicação de diferentes relatórios técnicos da OMS (Tabela 19). Em muitas destas reuniões o PNPAS teve uma participação ativa, realizando apresentações públicas sobre a experiência portuguesa no contexto da promoção da alimentação saudável.

Tabela 18. **Representações do Ministério da Saúde em reuniões técnicas internacionais.**

Representações do Ministério da Saúde Português em reuniões técnicas internacionais	
dezembro 2021	*Improving digital food environments: why do we need to act now?, World Health Organization,* workshop prévio à Conferência Internacional sobre o Combate a Doenças Não Transmissíveis através de Soluções Digitais, organizada pela OMS Europa
dezembro 2021	*Meeting on Coliation of Action on Healthy Diets from Sustainable Food Systems, FAO*
novembro 2021	Co-organização e participação na *"STOP & JA Best-ReMaP Joint Conference - on Policy Solutions for Childhood Obesity: From science to policy implementation"* (online)
outubro 2021	*Sugar-sweetened beverages (SSB) taxation, WHO Health Taxes Capacity Building, World Health Organization* (online)
outubro 2021	*UNICEF/WHO Health Week Session 6: Improving diets through fiscal policies* (online)
setembro 2021	*46th Session of the Codex Committee on Food Labelling*
setembro 2021	*Expert Meeting on the use of Nutrient Profile Models for nutrition and health policies in WHO European Region*
setembro 2021	*12th Meeting of the WHO Action Network on Salt Reduction in the Population in the European Region (ESAN) (online meeting)*
junho 2021	Organização da Conferência *"Future Steps to Tackle Obesity: Digital innovations into policy and actions",* no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia, em parceria com a Organização Mundial da Saúde Europa (online)
junho 2021	*Second Virtual Expert Meeting on Brief Interventions for Noncommunicable Disease Risk Factors in Primary Health Care, WHO Regional Office for Europe* (online)
junho 2021	*Workshop on Nutrient Profiling Capacity Building to restrict unhealthy food marketing to children, no âmbito da EU Joint Action Best-ReMaP* (online)
junho 2021	Organização do *Workshop on Nutrient Profiling Capacity Building to restrict unhealthy food marketing to children*, no âmbito da EU Joint Action Best-ReMaP
maio 2021	Organização da *15th Meeting of the WHO European Action Network on Reducing Marketing Pressure on Children* (online)
maio 2021	*Virtual Region meeting on childhood obesity in the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean, (online), com a comunicação "Childhood obesity surveillance leading to policy action – Lessons from the European Region"*
maio 2021	*Informal videoconference of the members of the Working on Foodstuffs*, Presidência Portuguesa da União Europeia (online)
março 2021	*Expert meeting on healthy and sustainable diets: a workshop to share challenges, identify knowledge gaps and receive feedback, WHO Regional Office for Europe* com a comunicação *"Update from Member States on healthy and sustainable diets – Portugal"* (online)
fevereiro 2021	*Informal videoconference of the members of the Working on Foodstuffs*, Presidência Portuguesa da União Europeia (online)
dezembro 2020	*2020 FOOD (Fighting Obesity through Offer and Demand) General Meeting* (online)
novembro 2020	*Webinar Exchange - Global Action Network on Nutrition Labelling da WHO* (online)
novembro 2020	*"Sharing experience of implementation "investigate exposure" step of CLICK framework – Portugal", Steering Committee Meeting CLICK, World Health Organization, (online).*
novembro 2020	*Online Conference: Designing Tomorrow's Healthcare Systems, European Union Delegation and Russia Federation Healthcare Conference with the support of the World Health Organization, (online), com a comunicação "The fight against obesity as a strategy for cancer prevention",* Mesa*: Cancer Prevention: A cost-effective approach.*
outubro 2020	*Kick-off meeting da EU Joint Action Best-ReMaP* (online)

Tabela 19. **Participação do PNPAS na publicação de relatórios internacionais.**

Participação do PNPAS na publicação de relatórios internacionais
WHO Regional Office for Europe. Healthy and Sustainable Diets. Report of an Expert Meeting on healthy and sustainable diets. World Health Organization Regional Office for Europe; 2021. WHO/EURO:2021-3148-42906-59870. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344940/WHO-EURO-2021-3148-42906-59870-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
WHO Regional Office for Europe. Digital food environments – Factsheet. WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases; 2021. WHO/EURO:2021-2755-42513-59052. https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/who-european-office-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-ncd-office/data-publications-and-tools/latest-publications/digital-food-environments-factsheet-2021
WHO Regional Office for Europe. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Report on the fourth round of data collection, 2015–2017. WHO Regional Office for Europe; 2021. *Licence*: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/2021/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-report-on-the-fourth-round-of-data-collection,-20152017-2021
Francisco Goiana-da-Silva, David Cruz-e-Silva, Afonso Oom-Sousa, Alexandre Morais Nunes, Maria João Gregório, Tânia Cordeiro, Conceição Calhau, Carla Lopes, Ana Rito, Marisa Miraldo, Alexandra Bento, Ara Darzi, Fernando Araújo. Portugal – *The Portuguese sweetened beverages tax. In "Improving dietary intake and acheiving food product improvement – Policy opportunities and challenges for the WHO European Region in reducing salt and sugar in the diet.* Copenhagen: World Health Organization; 2020.b hhttps://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/448761/Improving-dietary-intake-eng.pdf

O PNPAS tem também procurado divulgar o trabalho que desenvolve e respetivos resultados alcançados através da publicação de artigos em revistas de arbitragem científica (Tabela 20).

Tabela 20. **Divulgação científica do trabalho desenvolvido pelo PNPAS.**

Publicações científicas
Ana Margarida Taipa-Mendes, Teresa Freitas Amaral, Maria João Gregório. *Undernutrition risk and nutritional screening implementation in hospitals: Barriers and time trends (2019-2020). 2021. Clinical Nutrition ESPEN*. https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.08.029
Raquel Martins, Carolina Capitão, Mónica Fialho, Rodrigo Feteira-Santos, Ana Virgolino, Ricardo R Santos, Violeta Alarcão, Marlene Silva, Miguel Arriaga, Pedro Graça, Maria João Gregório, Osvaldo Santos. *Are beliefs and attitudes about COVID-19 associated with self-perceived changes in food consumption? Results from a nationwide survey during lockdown*. 2021. *Appetite*. 168: 105681. https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105681
Marlene Nunes Silva, Maria João Gregório, Rute Santos, Adilson Marques, Bruno Rodrigues, Cristina Godinho, Catarina Santos Silva, Romeu Mendes, Pedro Graça, Miguel Arriaga, Graça Freitas. *Towards an In-Depth Understanding of Physical Activity and Eating Behaviours during COVID-19 Social Confinement: A Combined Approach from a Portuguese National Survey*. 2021. *Nutrients*. 13(8):2685. https://doi.org/10.3390/nu13082685
Maria João Gregório, Susana Irving, Diana Teixeira, Graça Ferro, Pedro Graça, Graça Freitas. *The national food and nutrition strategy for the Portuguese COVID-19 response*. 2021. Eur J Clin Nutr. Doi. 10.1038/s41430-020-00818-w.
Maria João Gregório, Alejandro Santos, Pedro Graça. Obesidade e COVID-19: Presente e Futuro. 2021. Acta Med Port. 34 (AOP). https://doi.org/10.20344/amp.15921
Rodrigo Feteira-Santos, Violeta Alarcão, Osvaldo Santos, Ana Virgolino, João Fernandes, Carlota Pacheco Pereira, Maria João Gregório, Paulo Nogueira, Andreia Costa, Pedro Graça. *Looking Ahead: Health Impact Assessment of Front-of-pack nutrition labelling schema as a public health measure*. 2021. Int J Environ Res Public Health. 18(4): 1422. Doi: 10.3390/ijerph18041422

3.5 Capacitação dos profissionais de saúde e reorganização do modelo de prestação de cuidados de saúde relacionados com a alimentação e nutrição

3.5.1 Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários

Em janeiro de 2021, o PNPAS publicou o modelo de aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários. Com a sua implementação nos cuidados de saúde primários pretende-se tornar universal a promoção da alimentação saudável, melhorar a qualidade da intervenção dos diferentes profissionais e uniformizar procedimentos. A elevada prevalência de doenças crónicas associadas à alimentação inadequada na população portuguesa (nomeadamente diabetes *mellitus*, obesidade, doenças cardiovasculares, dislipidemia...) exige que o aconselhamento para uma alimentação saudável seja uma constante na prestação de cuidados de saúde de qualidade, tanto no contexto da prevenção, como no contexto da terapêutica e controlo destas doenças. A intervenção assente na mudança de estilos de vida (por ex. alimentação) faz parte das *guidelines* para a terapêutica das doenças crónicas mais prevalentes. A intervenção precoce ao nível dos cuidados de saúde primários é uma abordagem que pode contribuir para a diminuição da progressão da doença (ex: pré-diabetes e pré-obesidade), para o melhor controlo após a sua instalação, para o menor risco de complicações associadas e, consequentemente, para a menor utilização de serviços de saúde especializados no futuro (ex: cuidados hospitalares). Este modelo de intervenção e respetivas ferramentas podem ser consultadas aqui.

3.5.2 Manual "Alimentação e Nutrição na Gravidez"

O manual sobre "Alimentação e Nutrição na Gravidez" publicado de março de 2021 e já descrito no ponto 3.3.3 deste relatório também apresenta um conjunto de ferramentas que se distinam a profissionais de saúde. Este documento pode ser encontrado aqui.

3.5.3 Atualização da Orientação n.º 021/2020 para a terapêutica nutricional no doente com COVID-19

Em fevereiro e novembro de 2021, foram publicadas duas atualizações da Orientação n.º 021/2020 para a terapêutica nutricional no doente com COVID-19, que pode ser consultada aqui.

3.5.4 Resultados da monitorização da implementação da identificação sistemática do risco nutricional

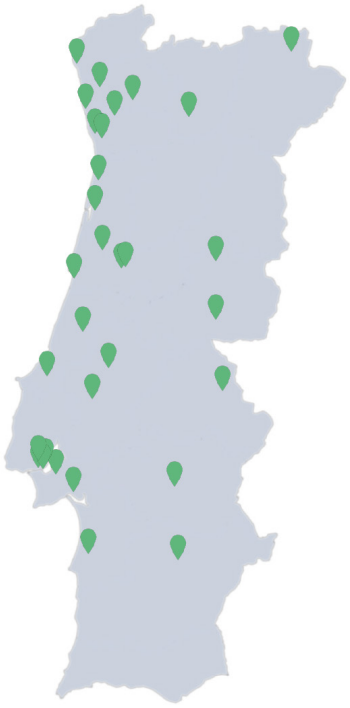
As ferramentas de identificação do risco nutricional e respetivas funcionalidades tecnológicas que permitem auxiliar a implementação da identificação sistemática do risco nutricional a todos os doentes admitidos nas unidades hospitalares do SNS, tal como determina o Despacho n.º 6634/2018 (21), estão atualmente operacionais (desde agosto 2019) na plataforma informática do Sistema Clínico Hospitalar (SClinico Hospitalar), permitindo assim a implementação generalizada da identificação do risco nutricional nos hospitais do SNS.

A identificação do risco nutricional é um passo essencial para a implementação de uma estratégia de combate à desnutrição hospitalar, uma condição que se estima que possa estar presente em 20% a 50% dos doentes internados (22). A identificação precoce dos doentes com desnutrição ou em risco é essencial para promover a intervenção nutricional adequada à sua recuperação.

Neste relatório faz-se a monitorização do grau de implementação da identificação do risco nutricional nas unidades hospitalares do SNS que apresentam o SClínico (Figura 57). Os resultados presentes neste capítulo são provenientes dos indicadores de desempenho do rastreio nutricional (definidos de acordo com o Despacho n.º 6634/2018) recolhidos pelo BI Hospitalar - Internamento da SPMS, que recolhe dados das unidades hospitalares que utilizam o SClínico como *software* de registo clínico. Os indicadores de desem-

penho provenientes do BI Hospitalar - Internamento são referentes a 37 unidades hospitalares e relativos ao período de janeiro de 2019 a agosto de 2021, com exportação dos dados no dia 13 de setembro de 2021. Na análise destes dados deverá ser acautelada a possível subestimação dos resultados, uma vez que o registo poderá ser efetuado por outros *softwares* que não o SClínico. Estes dados deverão ainda ser interpretados tendo em consideração que o modelo de registo nutricional clínico em algumas unidades hospitalares poderá não estar a permitir a correta recolha dos indicadores de desempenho.

Figura 57. **Unidades de Saúde do SNS com monitorização dos indicadores relativos à identificação sistemática do risco nutricional.**

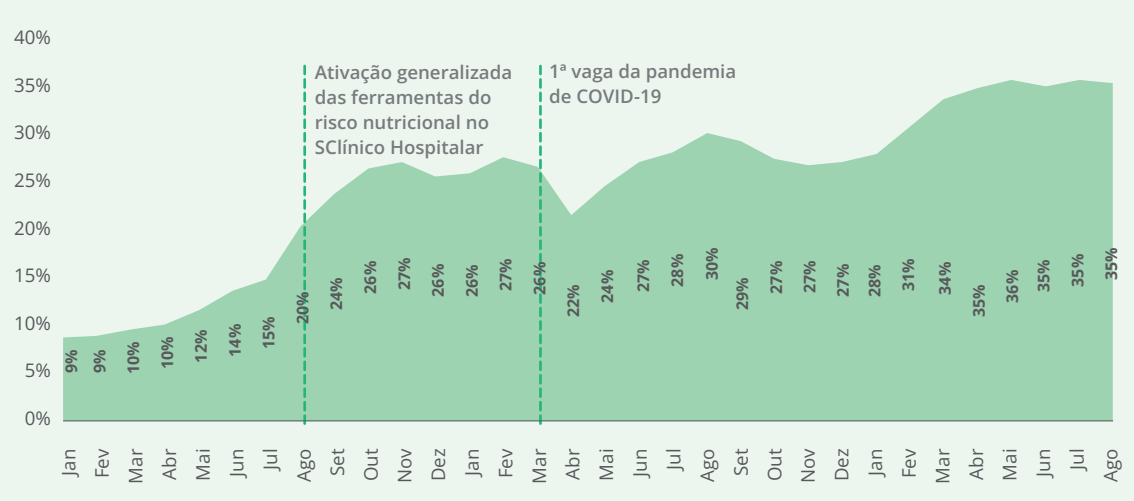


UNIDADES DE SAÚDE

Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E.
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.
Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E.
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde, E.P.E.
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E.
Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E.
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho, E.P.E.
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede
Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar
Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.
Hospital Sr.ª da Oliveira, Guimarães, E.P.E.
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra, E.P.E.
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, E.P.E.
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

A evolução da percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão hospitalar encontra-se representada na Figura 58, sendo que a média nacional para o último período em análise (janeiro a agosto 2021) atinge os 35%. Se se assumir que percentagens < 1% correspondem à não implementação do rastreio nutricional, a média da proporção de doentes submetidos a rastreio nutricional até às primeiras 48h após a admissão sobe para 42% (média nacional para o período de janeiro a agosto 2021). A evolução tem sido positiva, sendo que a pandemia da COVID-19 não parece ter comprometido a realização do rastreio nutricional, verificando-se apenas uma pequena quebra durante o mês de abril de 2020 e no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021. Ao longo dos últimos 12 meses em análise verificou-se um aumento de 17% na percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional.

Figura 58. **Percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão hospitalar.**



Fonte: BI hospitalar, internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 13 set. 2021.

Para todos os indicadores em análise, a evolução temporal tem sido positiva desde 2019 (Figura 59). Dos doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h após a admissão hospitalar, no período de agosto de 2019 a agosto de 2020, 26,7% encontravam-se em risco nutricional. Em 2021, dos doentes identificados em risco nutricional 47,5% foram submetidos a intervenção nutricional nas 24h após a sinalização e 60,3% foram submetidos a intervenção nutricional (Tabela 21).

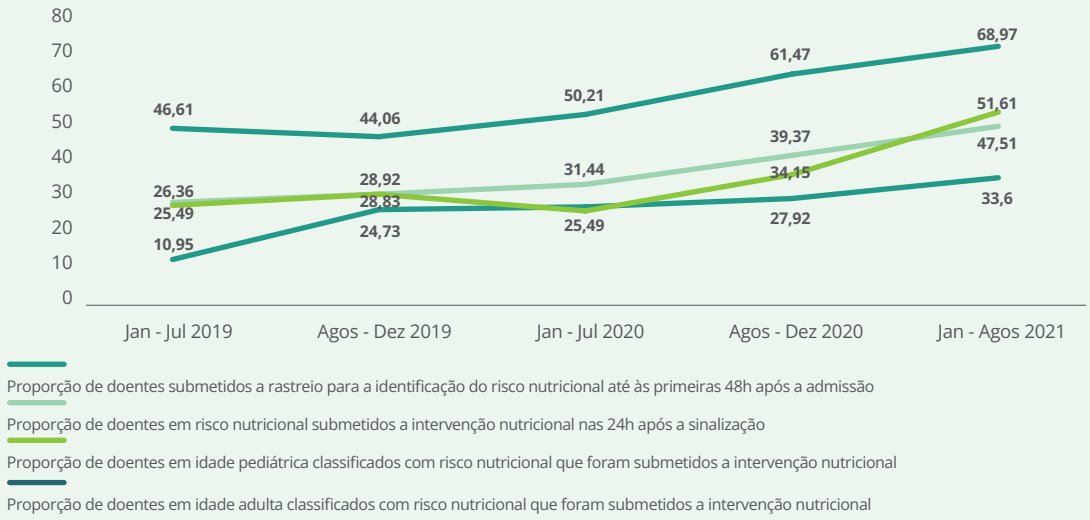
Tabela 21. **Indicadores de desempenho dos hospitais relativos à implementação das ferramentas de identificação do risco nutricional previstos no Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, 2019-2021.**

Indicadores de desempenho	janeiro-julho 2019	agosto-dezembro 2019	janeiro-julho 2020	agosto-dezembro 2020	janeiro-agosto 2021
% Doentes submetidos a rastreio para a identificação do risco nutricional na admissão até às primeiras 48h após a admissão	**10,8%** (29449 doentes rastreados de 273188 doentes admitidos)	**24,3%** (47867 doentes rastreados de 196981 doente	**25,7%** (63874 doentes rastreados de 248790 doentes admitidos)	**28,1%** (51160 doentes rastreados de 182005 doentes admitidos)	**33,8%** (103234 doentes rastreados de 305380 doentes admitidos)
% Doentes em risco nutricional submetidos a intervenção nutricional nas 24 h após a sinalização	**26,3%** (592 doentes com intervenção nutricional às 24 h após sinalização de 2246 doentes com risco nutricional)	**28,8%** (3799 doentes com intervenção nutricional às 24 h após sinalização de 13181 doentes com risco nutricional)	**31,4%** (5365 doentes com intervenção nutricional às 24 h após sinalização de 17072 doentes com risco nutricional)	**39,4%** (5323 doentes com intervenção nutricional às 24 h após sinalização de 13522 doentes com risco nutricional)	**47,5%** (13601 doentes com intervenção nutricional às 24 h após sinalização de 28612 doentes com risco nutricional)
% Doentes em idade pediátrica classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional	**25,5%** (182 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 714 doentes em risco nutricional)	**28,9%** (544 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 1881 doentes em risco nutricional)	**24,0%** (469 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 1954 doentes em risco nutricional)	**34,2%** (406 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 1189 doentes em risco nutricional)	**51,6%** (1377 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 2668 doentes em risco nutricional)

Indicadores de desempenho	janeiro-julho 2019	agosto-dezembro 2019	janeiro-julho 2020	agosto-dezembro 2020	janeiro-agosto 2021
% Doentes em idade adulta classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional	**46,7%** (714 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 1535 doentes em	**44,1%** (4983 doentes em idade adulta submetidos a intervenção nutricional de 11301 doentes em risco nutricional)	**50,2%** (7588 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 15118 doentes em risco nutricional)	**61,5%** (7581 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 12334 doentes em risco nutricional)	**69,0%** (17890 doentes em idade pediátrica submetidos a intervenção nutricional de 25945 doentes em risco nutricional)

Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 13 set. 2021.

Figura 59. **Evolução temporal dos indicadores de desempenho associados à identificação do risco nutricional.**



Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 13 set. 2021.

De acordo com a literatura científica, poderá ser considerado o sucesso da implementação do rastreio nutricional quando a proporção de doentes submetidos a rastreio para a identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão for igual ou superior a 50%. Tendo em conta este ponto de corte, de acordo com os dados do BI Hospitalar – Internamento (relativos ao período janeiro-agosto de 2021), 32,4% das unidades hospitalares em análise já se encontram neste nível, representado um aumento de 33% comparativamente ao período homólogo de 2020. Para os hospitais que se encontram neste grupo, a média para este indicador é de 73,2% (Tabela 22). As unidades hospitalares que se já se encontram neste nível estão representadas na Tabela 23. A Figura 60 descreve o grau de implementação do rastreio nutricional em contexto hospitalar, por região de saúde.

Tabela 22. **Grau de implementação do rastreio nutricional nas diferentes unidades hospitalares do SNS.**

Grau de implementação do rastreio nutricional nas diferentes unidades hospitalares do SNS	
Doentes submetidos a rastreio nutricional nas primeiras 48h após a admissão hospitalar	**Unidades hospitalares (%)***
>=50%	32,4% (12)
>=20% - <50%	27,0% (10)
>10% - <20%	10,8% (4)
<10%	29,7% (11)

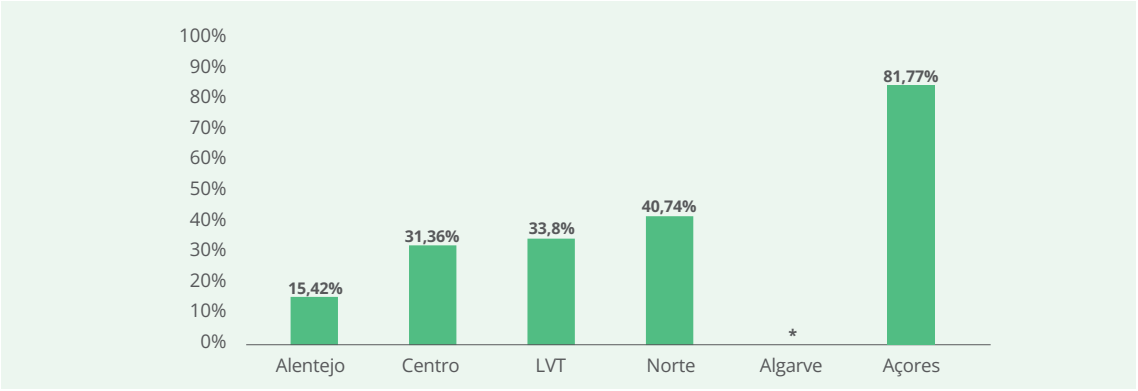
*Dados relativos ao período janeiro-agosto de 2021.
Fonte: BI hospitalar, internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 13 set 2021.

Tabela 23. **Unidades hospitalares que apresentam uma percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48 horas após a admissão hospitalar superior a 50%.**

Unidades hospitalares que apresentam uma percentagem de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão hospitalar superior a 50%	
Unidade hospitalar	**% de doentes submetidos à identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão hospitalar ***
Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.	88,4%
Hospital da Horta, E.P.E	81,8%
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	80,9%
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E	80,8%
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	77,8%
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	76,7%
Hospital Sr.ª da Oliveira, Guimarães, E.P.E.	74,7%
Hospital Garcia de Orta, E.P.E.	73,1%
Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.	72,2%
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	62,5%
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E.	56,2%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	52,9%

*Dados relativos ao período janeiro-agosto de 2021.
Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 13 set. 2021

Figura 60. **Grau de implementação do rastreio nutricional por região de saúde.**



Alentejo (n=4); Centro (n=10); LVT (n=10); Norte (n=12); Açores (n=1); *Algarve – sem informação.
**Dados relativos ao período janeiro-agosto de 2021.
Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 13 set. 2021.

Em 2021, dos 103 234 doentes submetidos ao rastreio nutricional, 27,8% estavam em risco nutricional (28 664 doentes) (Figura 61).

Figura 61. **Percentagem de doentes em risco nutricional, 2021.**

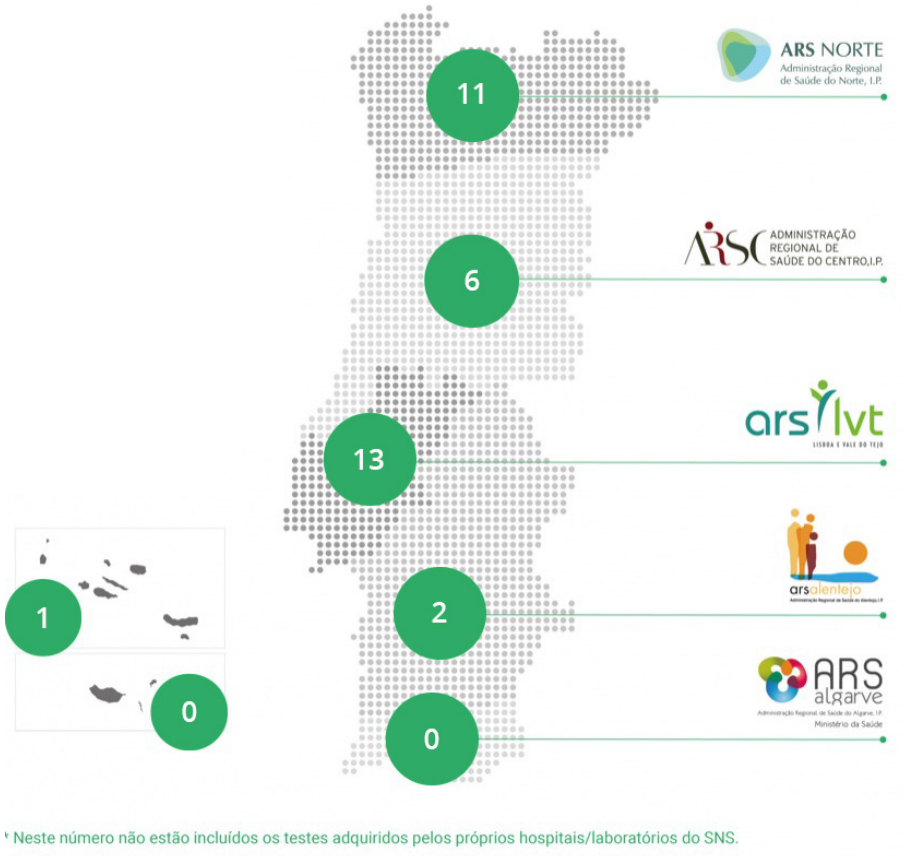


Fonte: BI Hospitalar - Internamento, SPMS. Data de extração dos dados: 13 set. 2021.
*Dados relativos ao período janeiro-agosto de 2021.

3.5.5 Estudo de avaliação do impacto da COVID-19 na prestação de cuidados nutricionais nas unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde

O PNPAS realizou um estudo para conhecer o impacto da pandemia da COVID-19 na prestação de cuidados especializados de Nutrição do Serviço Nacional de Saúde. A recolha de dados (entre fevereiro a março de 2021), de uma amostra de 33 Unidades de Saúde (27 de prestação de Cuidados de Saúde Hospitalares e 6 Unidades Locais de Saúde), foi feita via questionário online versando 6 áreas fundamentais: caracterização do Serviço de Nutrição no contexto da pandemia da COVID-19, caracterização da prestação de cuidados especializados de Nutrição a doentes COVID-19 e a doentes não COVID-19, caracterização da prestação de cuidados nutricionais na comunidade e intervenção no âmbito da prevenção e avaliação do acesso à informação na área da alimentação e nutrição durante a pandemia COVID-19. A distribuição das 33 unidades de saúde pelas diferentes regiões de saúde em Portugal encontra-se representada na Figura 62.

Figura 62. **Distribuição das 33 unidades de saúde do SNS que participaram no estudo de avaliação do impacto da COVID-19 na prestação de cuidados especializados de nutrição pelas diferentes regiões de saúde.**



* Neste número não estão incluídos os testes adquiridos pelos próprios hospitais/laboratórios do SNS.

As Unidades de Saúde inquiridas contemplam um número médio de camas de 469 (mínimo: 48; máximo: 1150) e um número médio de Nutricionistas de 7 (mínimo: 1; máximo: 26) por unidade de saúde, apresentando um rácio de número de camas por nutricionista médio de 82,4 (mínimo: 24; máximo: 180). Para a análise do rácio de número de camas por nutricionista foram apenas considerados os dados relativos às unidades de prestação de Cuidados de Saúde Hospitalares (n=27). A distribuição do número de camas, número de Nutricionistas e rácio de número de camas por nutricionista encontra-se representado nas Figuras 63 a 66. A análise em mais detalhe do rácio: número de camas/nutricionista permitiu evidenciar que este se encontra acima do recomendado, quer nos Hospitais Centrais – 60 camas/Nutricionistas, onde o recomendado são 50 camas/nutricionista, quer nos outros Hospitais – 87 camas/nutricionista, onde o recomendado são 75 camas/nutricionista, de acordo com o Guia Orientador "Implementação dos Serviços/Unidades/Núcleos de Nutrição no Serviço Nacional de Saúde", publicado pelo Departamento da Qualidade, da Ordem dos Nutricionistas em 2019. De salientar que 44% dos hospitais cumpria o rácio recomendado.

Figura 63. **Número total de Nutricionistas nas Unidades de Saúde inquiridas e sua distribuição pelos Cuidados de Saúde Hospitalares e ULS.**

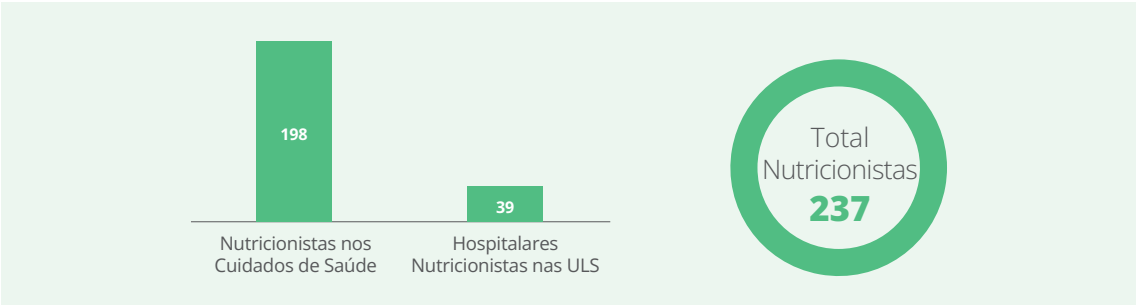


Figura 64. **Número médio de Nutricionistas por Região de Saúde.**

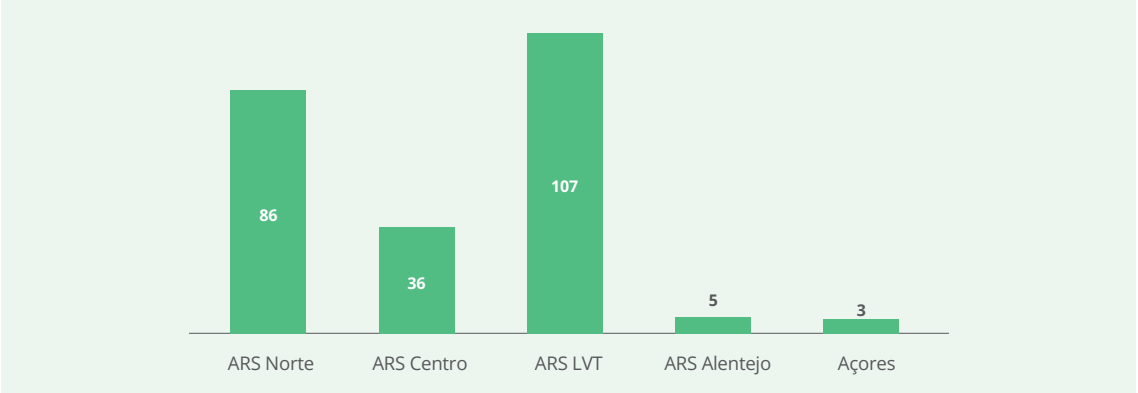


Figura 65. **Rácio número de camas por Nutricionista por tipologia de unidade hospitalar.**

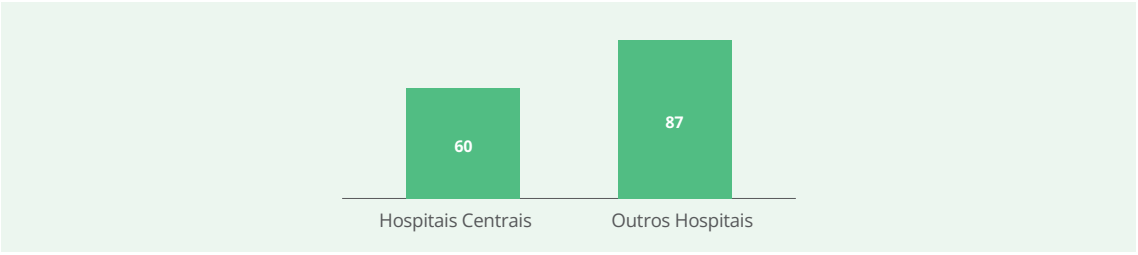
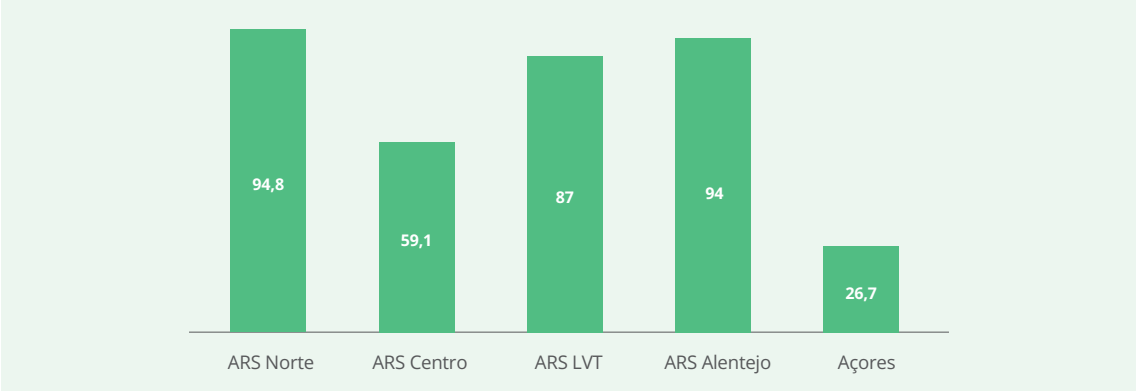


Figura 66. **Rácio número de camas por Nutricionista por Região de Saúde.**



Nota: Foram considerados para análise os dados do inquérito realizado as unidades de prestação de Cuidados de Saúde Hospitalares.

3.5.5.1 Organização do Serviço de Nutrição no que diz respeito às percentagens de dedicação às diferentes áreas e impacto da pandemia COVID-19

Em relação ao impacto do início da pandemia COVID-19 na organização do Serviço de Nutrição, 42,4% dos participantes revelaram não ter sentido necessidade de assumir novas funções/tarefas ou expandir funções, fora da sua prática normal. Porém, 36,4% dos participantes responderam que essa situação aconteceu frequentemente ou muito frequentemente (Figura 67). Em média e considerando o período pré pandemia, as unidades de saúde referiram ter dedicado 44,0% do seu tempo de atividade ao internamento, 33,0% às consultas de nutrição em contexto de ambulatório e 23,0% ao serviço de produção de refeições (Figura 68). Para esta análise foram apenas consideradas as percentagens de dedicação às diferentes áreas de atuação das unidades de prestação de Cuidados de Saúde Hospitalares (n=27). No que respeita às novas funções/tarefas que o Serviço de Nutrição assumiu, o apoio na gestão e supervisão do serviço de produção de refeições (27,3%), a definição de circuitos e novos procedimentos de distribuição das refeições para utentes internados e para profissionais nas áreas COVID-19 (15,1%), a gestão e apoio na distribuição de donativos aos profissionais da instituição (27,3%), a assistência aos Serviços COVID-19/ organização de serviço internamento COVID-19 (15,1%) e a teleconsulta (12,1%) foram as funções mais comumente relatadas pelos participantes (Figura 69).

Figura 67. **Perceção da necessidade de assumir novas funções/tarefas ou expandir funções, fora da prática normal.**

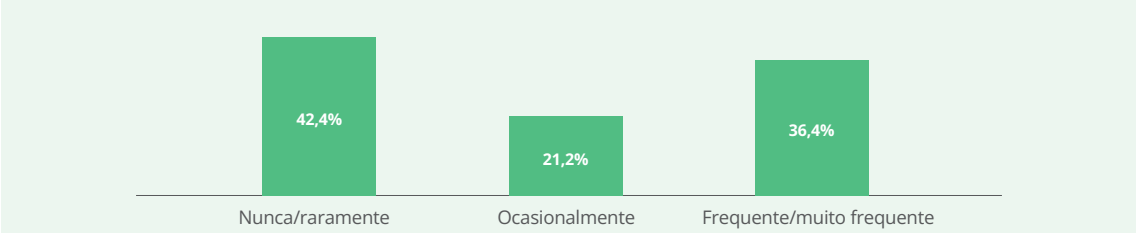
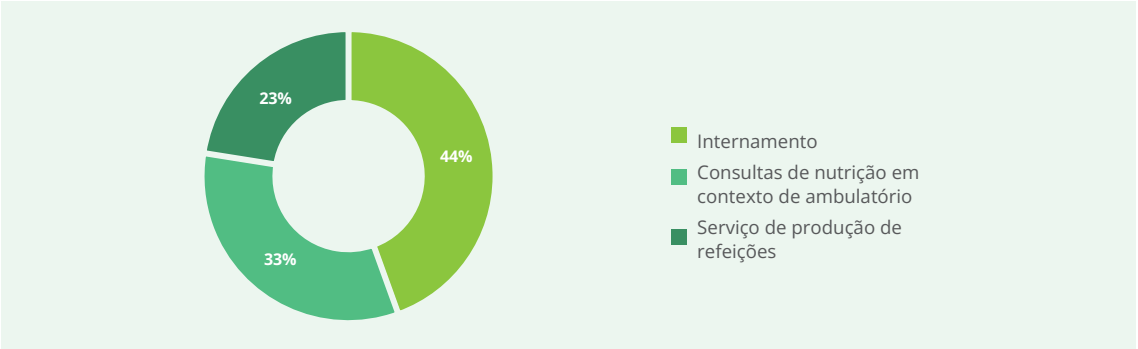
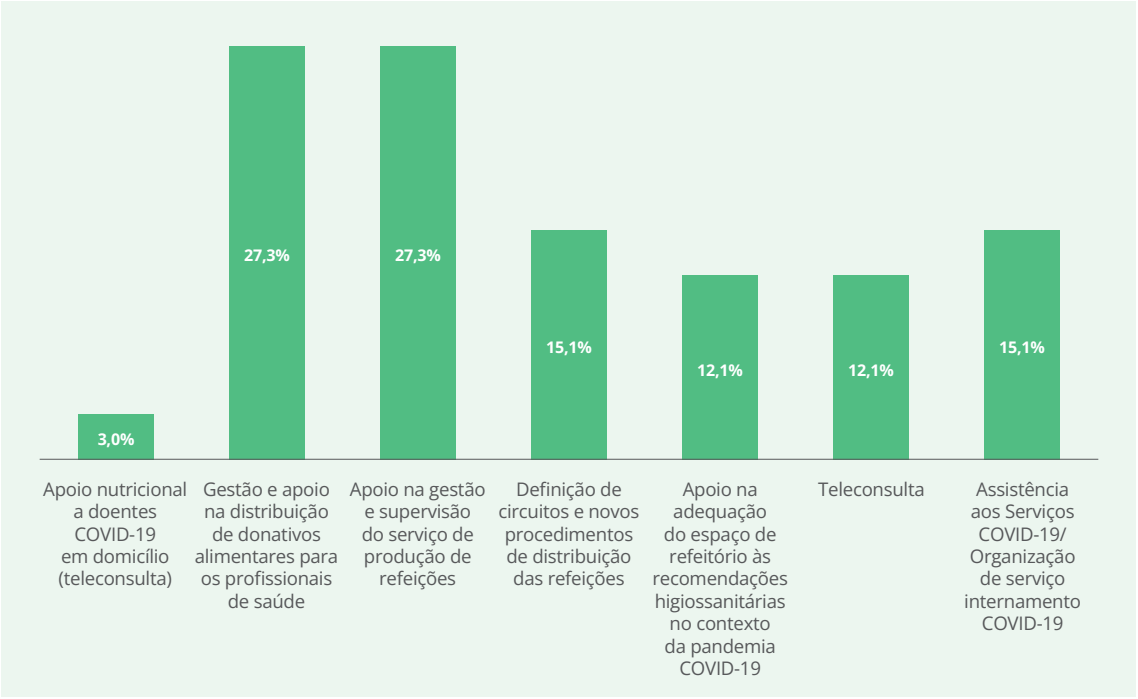


Figura 68. **Percentagens de dedicação do Serviço de Nutrição às diferentes áreas de atuação em contexto hospitalar.**



Nota: Foram considerados para análise os dados do inquérito realizado as unidades de prestação de Cuidados de Saúde Hospitalares.

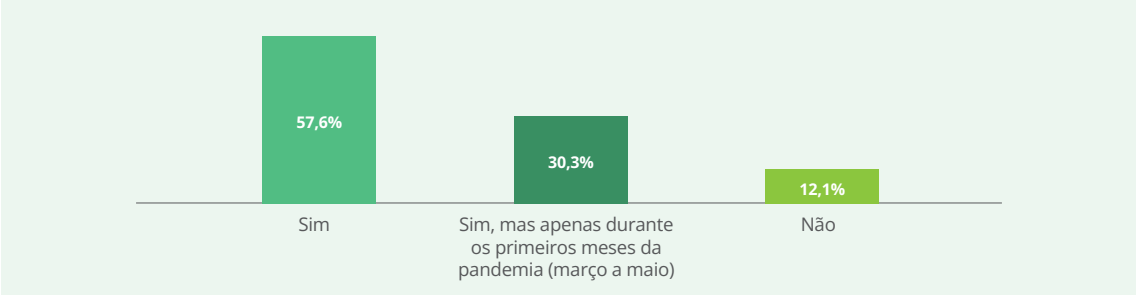
Figura 69. **Novas funções/tarefas que o Serviço de Nutrição assumiu, fora da sua prática normal.**



Impacto da pandemia COVID-19 na rotina/organização do Serviço de Nutrição

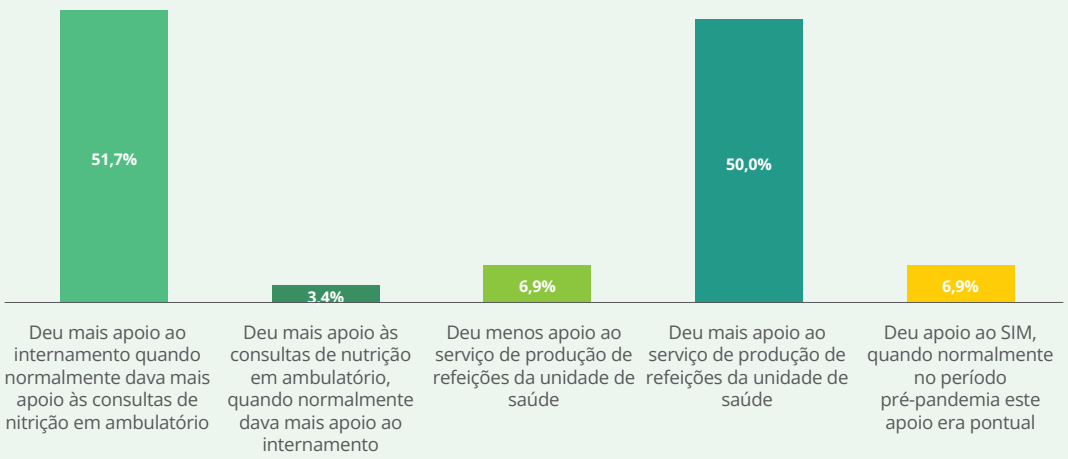
A pandemia veio modificar a gestão do sistema de saúde como um todo e das diferentes áreas de prestação de cuidados em particular. Com o decorrer da pandemia percebeu-se que este processo devia ser dinâmico, evolutivo, com adaptação quase diária ao aumento da procura de doentes, antecipando a cada dia a necessidade de alargar espaços, assegurar a separação de circuitos, aumentar o número de camas e recrutar mais profissionais (Figuras 70 e 71). Neste estudo, 87,9% das unidades de saúde inquiridas reportou ter alterado a rotina/organização do Serviço de Nutrição com o início da pandemia da COVID-19, passando a dar mais apoio ao internamento, quando normalmente dedicava uma maior percentagem do seu tempo a consultas de nutrição em ambulatório (51,7%). A adoção do modelo de teleconsulta na consulta de ambulatório e o alargamento da identificação do risco nutricional a mais serviços foram alguns dos motivos apontados para maior disponibilidade e dedicação ao internamento. Mais ainda, 50,0% das unidades de saúde referiu ter passado a dar mais apoio ao serviço de produção de refeições da unidade de saúde, nomeadamente para garantir o cumprimento do plano de Plano de Contingência para COVID-19, definido de acordo com a Orientação nº 006/2020, e para dar apoio à reorganização dos circuitos de preparação e fornecimento de refeições.

Figura 70. **Perceção sobre a alteração da rotina/organização do trabalho do Serviço de Nutrição.**



Nota: SIM, Serviços de Medicina Intensiva

Figura 71. **Perceção sobre as alterações mais relevantes à rotina/organização do trabalho do Serviço de Nutrição durante a pandemia.**



Impacto da pandemia COVID-19 no número de Nutricionistas nos Serviços de Nutrição

Durante o período da pandemia da COVID-19, 51,5% das unidades de saúde inquiridas referiu ter verificado uma diminuição do número de Nutricionistas do Serviço de Nutrição devido a baixas médicas associadas à COVID-19 (Figura 72) e 45,5% reportou ter sido necessária a alteração do número de horas de trabalho semanais dos Nutricionistas, refletida num aumento das horas de trabalho semanais em 45,5% dos casos (Figura 73). 15% das unidades de saúde referiu que os elementos do Serviço de Nutrição passaram a trabalhar aos dias não úteis (fins-de- semana e/ou feriados) (Figura 74).

Face à pressão sentida sobre os Serviços de Saúde no decorrer da pandemia, quase metade (48,5%) das unidades de saúde inquiridas reportou ter verificado um aumento do número de utentes por nutricionista e 39,4% reportou não ter verificado alteração desde o início da pandemia da COVID-19 (Figura 75). Mais ainda, 63,7% das unidades de saúde inquiridas reportou sentir necessidade de aumentar o número de Nutricionistas durante esta fase e 28,6% referiu ter um aumento efetivo do número de Nutricionistas (Figura 76). No total, desde o início da pandemia, foram contratados 18 Nutricionistas pelos Cuidados de Saúde Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários e Unidades Locais de Saúde (Figura 77).

Figura 72. **Diminuição do número de Nutricionistas do Serviço de Nutrição devido a baixas médicas associadas à COVID-19.**



DIMINUIÇÃO DO NÚMERO DE NUTRICIONISTAS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DEVIDO A BAIXAS MÉDICAS ASSOCIADAS À COVID-19

Figura 73. **Alteração do número de horas de trabalho semanais dos Nutricionistas durante o período de pandemia COVID-19.**

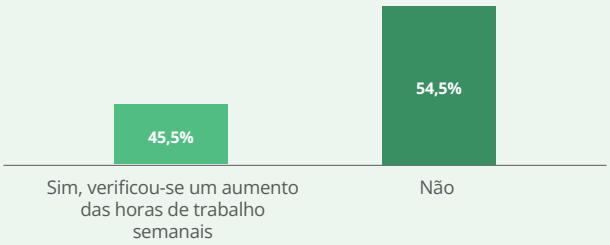


Figura 74. **Percentagem de Serviço de Nutrição cujos profissionais passaram a trabalhar aos dias não úteis (fins-de- semana e/ou feriados), durante a pandemia COVID-19.**

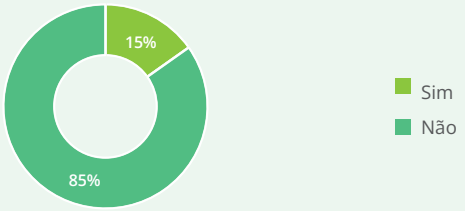


Figura 75. **Alterações no rácio de Nutricionistas nas unidades de saúde, desde o início da pandemia COVID-19.**

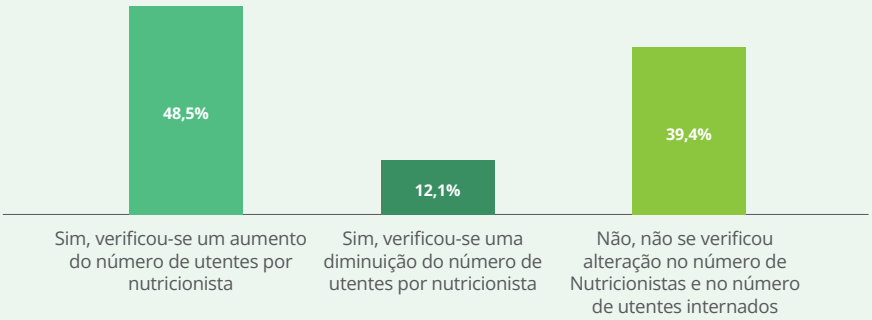


Figura 76. **Percentagem de unidades de saúde que percecionaram a necessidade de contratação de Nutricionistas e de unidades de saúde que efetivamente efetuaram novas contratações.**

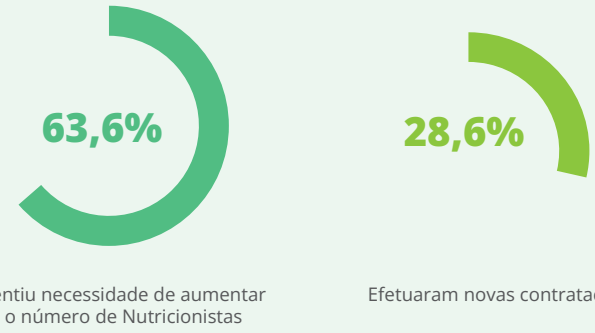
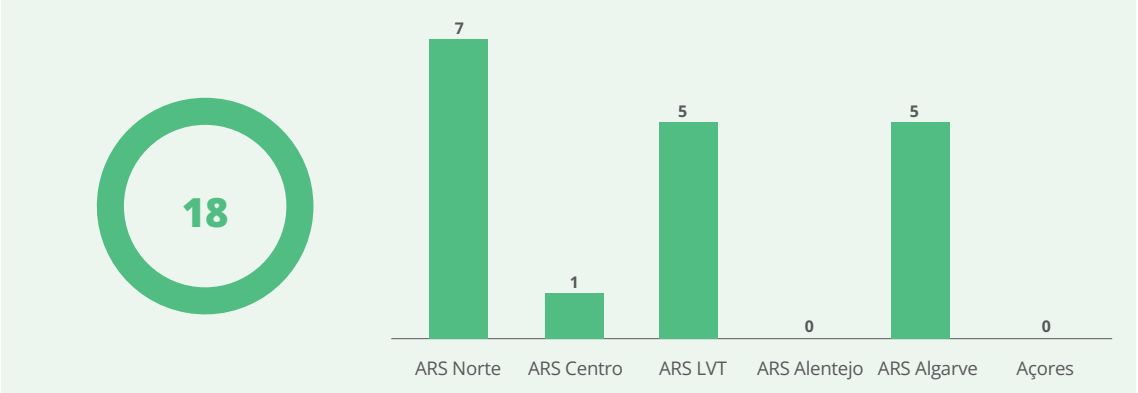


Figura 77. **Número de contratações de Nutricionistas pelas unidades de saúde inquiridas.**



Nota: Foram considerados os Nutricionistas contratados pelos Cuidados de Saúde Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários e Unidades Locais de Saúde.

Cuidados especializados de nutrição a doentes COVID-19

A identificação do risco nutricional, avaliação e monitorização do estado nutricional dos doentes com COVID-19 foi um dos principais desafios para os profissionais de saúde. Os resultados deste estudo indicam que em 63,3% das unidades de saúde (Unidades de Cuidados Hospitalares e Unidades de Saúde Locais) foi realizada a identificação do risco nutricional aos doentes com COVID-19, de forma adaptada em 51,5% das situações (Figura 78).

Tendo em conta as limitações à circulação de profissionais nas áreas dedicadas aos doentes COVID-19, era expectável que a implementação das ferramentas de rastreio nutricional previamente instituídas (NRS 2002) estivesse dificultada. O PNPAS, no Manual de intervenção alimentar e nutricional na COVID-19 recomendava que para os doentes com COVID-19 hospitalizados nas enfermarias, a identificação do risco nutricional devia ser realizada privilegiando o acesso digital à informação e à telecomunicação, bem como a informação obtida através da comunicação com a equipa multidisciplinar que prestava assistência a estes doentes. A maioria das unidades de saúde inquiridas referiu ter usado o NRS 2002 (61,9%) e o acesso digital à informação do doente (52,4%) para a identificação do risco nutricional aos doentes com COVID-19, usado de forma isolada ou combinada (Figura 79). No que respeita aos doentes não COVID-19, 65% das unidades de saúde referem ter realizado a identificação do risco nutricional utilizando os mesmos meios referidos anteriormente (Figura 78).

Figura 78. **Identificação do risco nutricional durante o período da pandemia COVID-19.**

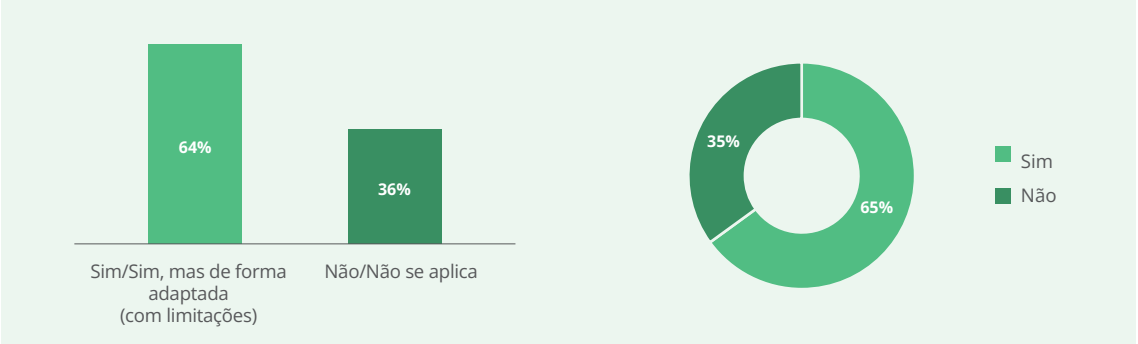
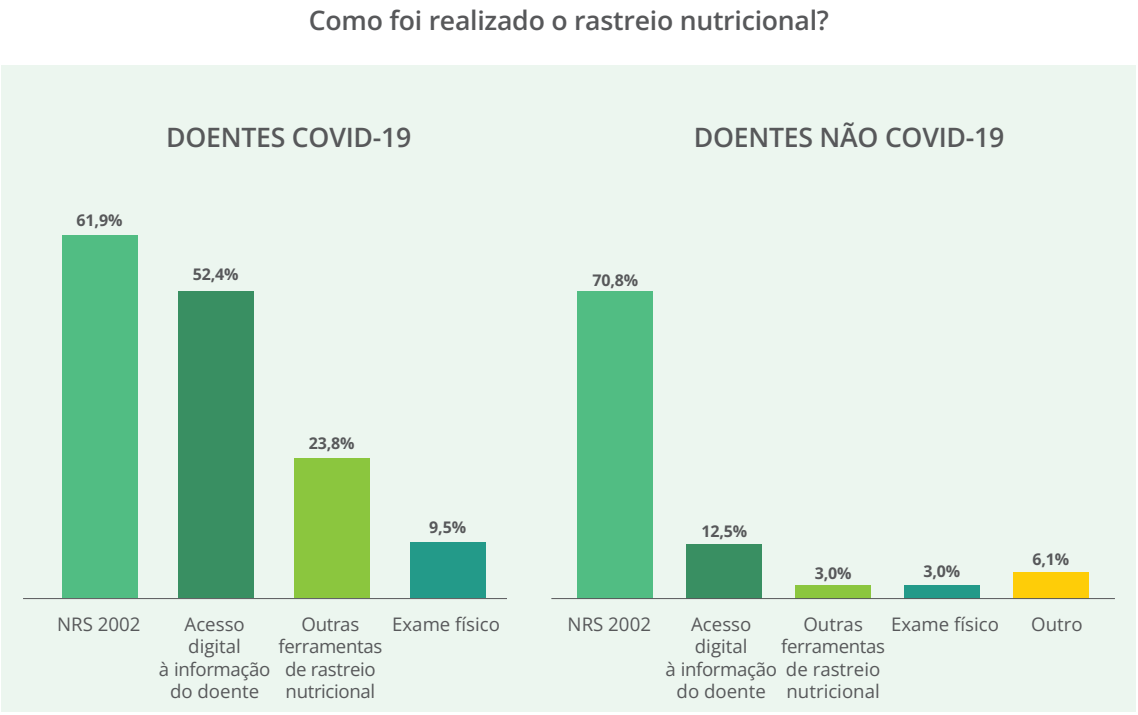
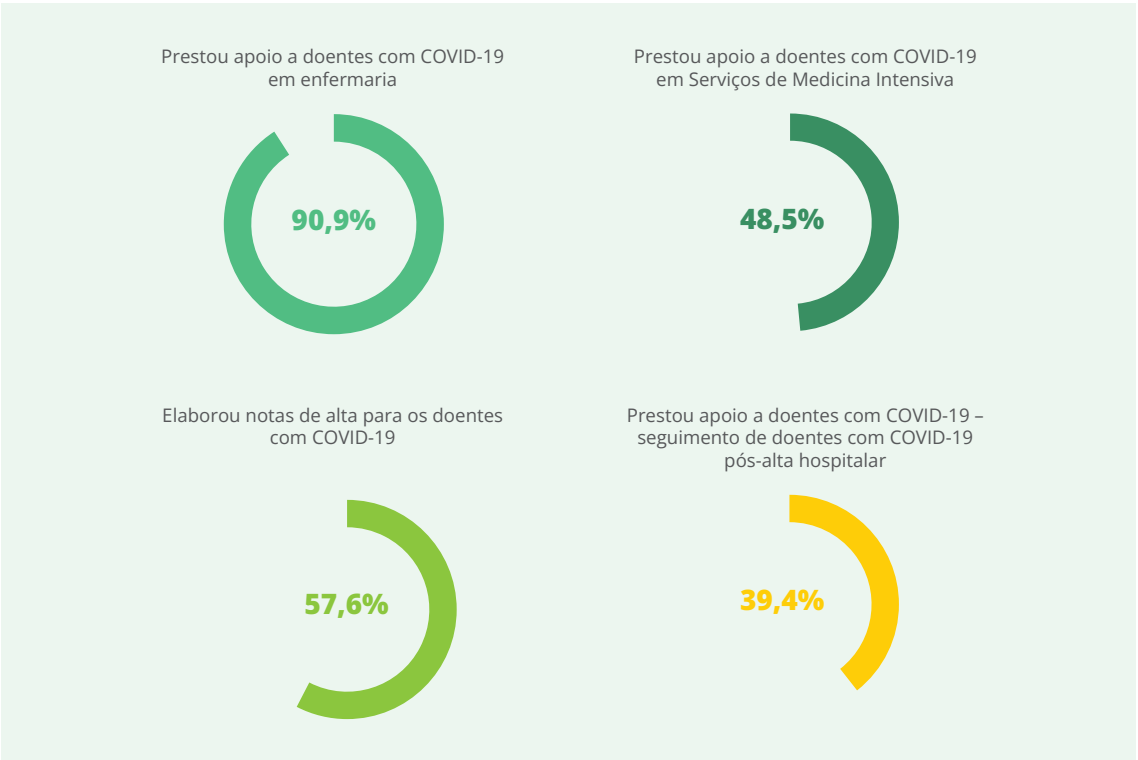


Figura 79. **Meios para a identificação do risco nutricional durante o período da pandemia COVID-19.**



No âmbito da atividade de apoio ao internamento, 90,9% dos Serviços de Nutrição referiu prestar apoio a doentes com COVID-19 em enfermaria e 48,5% referiu prestar apoio a doentes com COVID-19 em Serviços de Medicina Intensiva (SMI) (Figura 80).

Figura 80. **Apoio do Serviço de Nutrição a doentes com COVID-19.**



A programação da alta do internamento hospitalar dos doentes com COVID-19 e a continuidade da prestação no momento e após alta hospitalar são fases fundamentais do modelo de prestação de cuidados de nutrição. 57,6% das unidades de saúde inquiridas referiu ter elaborado notas de alta para doentes com COVID-19 com vista à recuperação do seu estado nutricional e 39,4% prestou apoio a estes doentes pós-alta hospitalar (Figura 80).

Cuidados especializados de Nutrição a doentes não COVID-19

O contexto gerado pela pandemia COVID-19 teve resultado imediato no sistema de saúde, sendo relatada a redução acentuada da atividade assistencial programada e não programada no SNS a doentes não COVID-19, sobretudo em consequência das alterações impostas à organização e prestação de cuidados de saúde, de modo a responder à pressão da evolução da pandemia. No que respeita aos Serviços de Nutrição, durante a pandemia da COVID-19, 45,5% das unidades de saúde inquiridas percecionaram uma diminuição da prestação de cuidados nutricionais a doentes não COVID-19, sobretudo durante os primeiros meses da pandemia (março a maio) (30,3%) (Figura 81). As razões para esta diminuição podem relacionar-se com a redução na referenciação para a consulta de Nutrição reportada por 48,5% dos inquiridos (Figura 82) e com a diminuição do número de consultas de Nutrição em contexto de ambulatório por adiamento/cancelamento/falta de comparência por parte do doente (45,5%) ou por cumprimento do plano de contingência hospitalar (consulta não urgente) como indicado por 27,3% das unidades de saúde inquiridas (Figura 83). A perceção da diminuição do número de consultas de Nutrição em contexto de ambulatório foi confirmada pela análise do número de consultas de Nutrição em contexto de ambulatório realizadas nos anos de 2019 e 2020 nas diferentes unidades de saúde. Em média registou-se uma redução de 18,0% no número de consultas realizadas em ambulatório (Figura 84 e 85).

Figura 81. **Perceção da diminuição da prestação de cuidados nutricionais a doentes não COVID-19.**

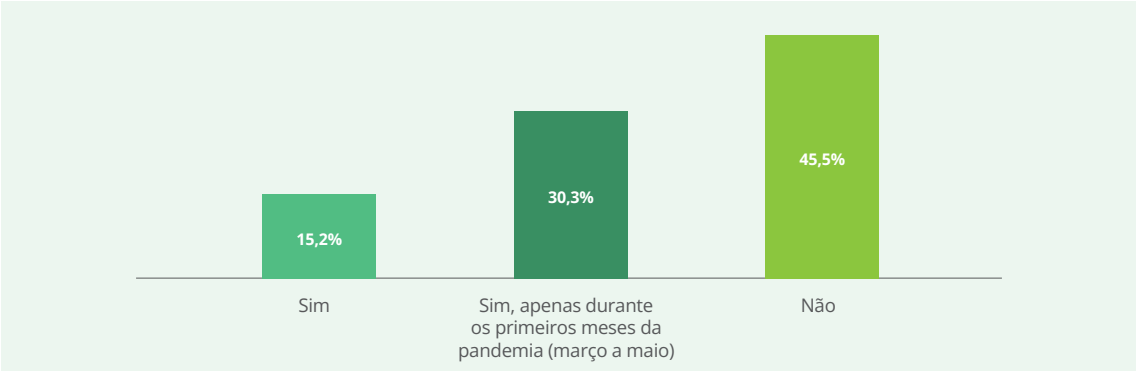


Figura 82. **Perceção da alteração na referenciação para a consulta de Nutrição no contexto da COVID-19.**

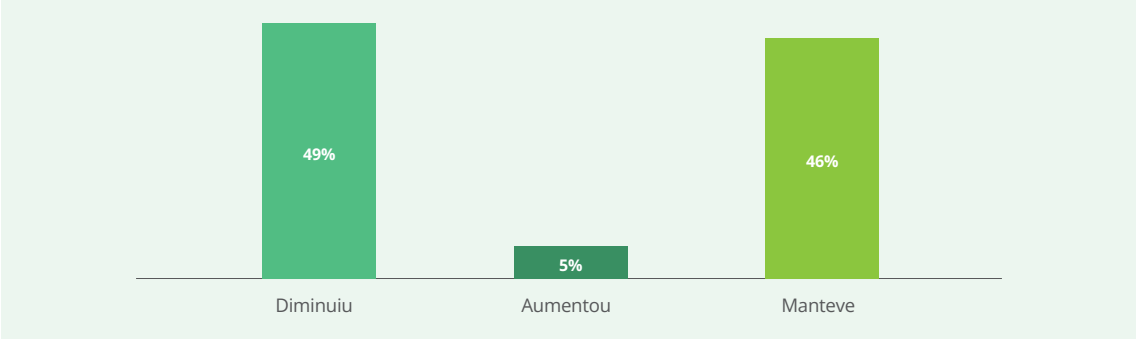


Figura 83. **Perceção da alteração do número de consultas de Nutrição em contexto de ambulatório.**

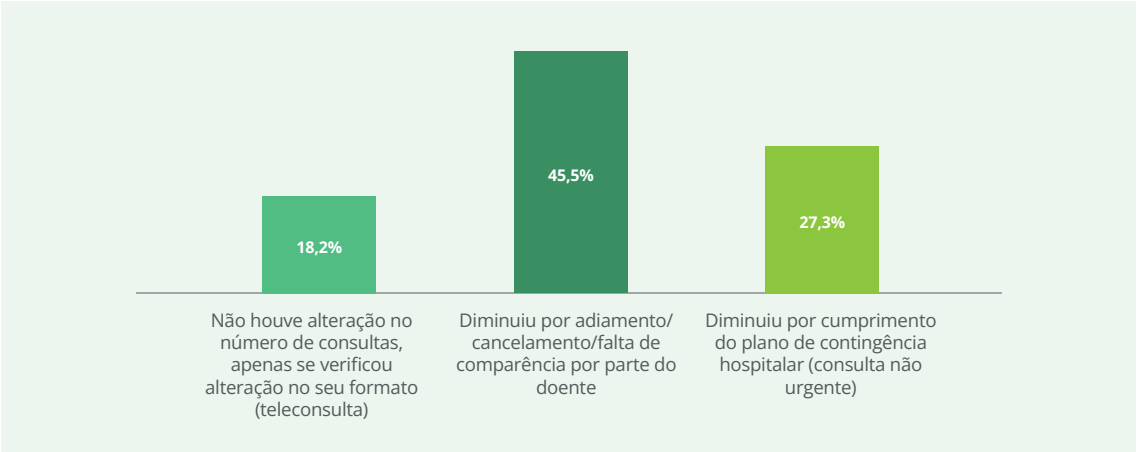


Figura 84. **Número médio de consultas de Nutrição em contexto de ambulatório realizadas no ano de 2019 e no ano de 2020 (n=23).**

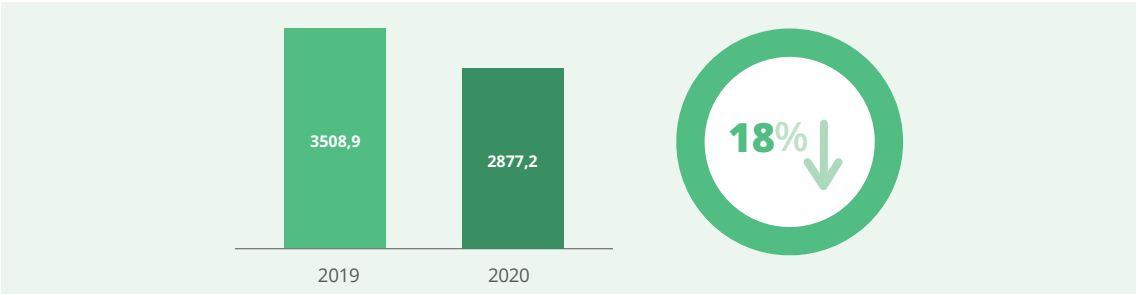
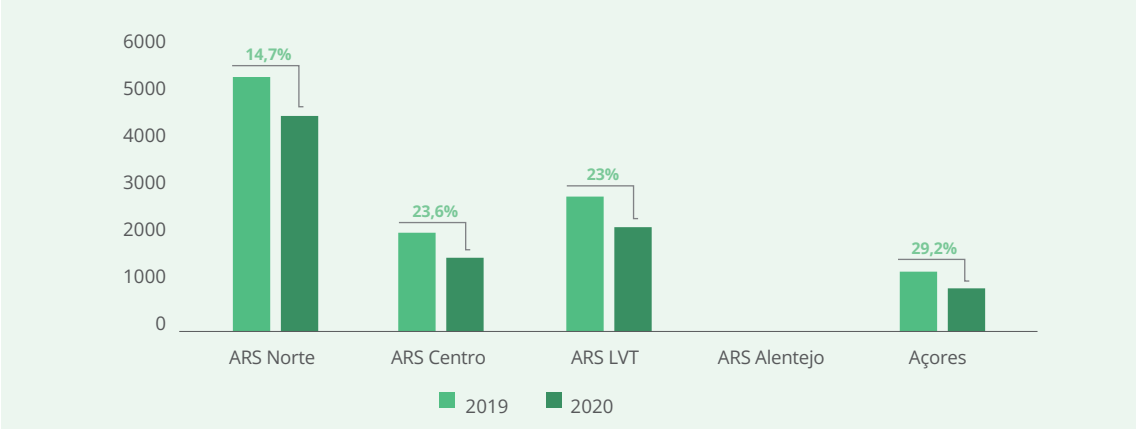


Figura 85. **Número médio de consultas de Nutrição em contexto de ambulatório realizadas no ano de 2019 e no ano de 2020, por Região de Saúde (n=23).**



Em consequência da pandemia, a reorganização dos cuidados de saúde em função da resposta direta aos casos COVID-19, aliada a uma diminuição dos recursos humanos disponíveis (por baixa médica ou rotativi-

dade de equipa), conduziu a uma diminuição da prestação de cuidados a outras patologias. Neste cenário, a priorização de prestação de cuidados especializados de nutrição podia constituir uma estratégia de gestão na resposta à pressão sobre o Serviço de Nutrição causada pela pandemia. De facto, quase metade das unidades de saúde inquiridas (48,5%) referiu ter priorizado a prestação de cuidados especializados de nutrição, nomeadamente a doentes oncológicos (21,2%), doentes desnutridos ou em risco nutricional moderado/grave (18,3%), grávidas com diabetes gestacional (9,1%), doentes COVID-19 (6,1%), entre outros (Figura 86 e Figura 87).

Figura 86. **Priorização da prestação de cuidados especializados de nutrição.**

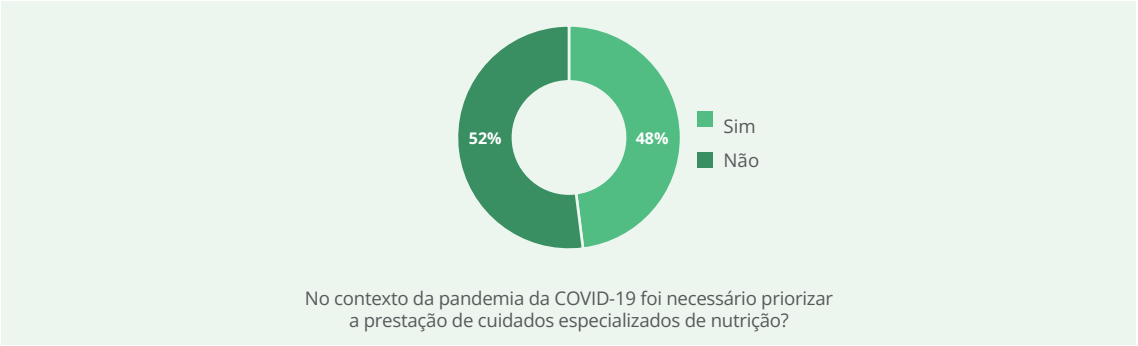
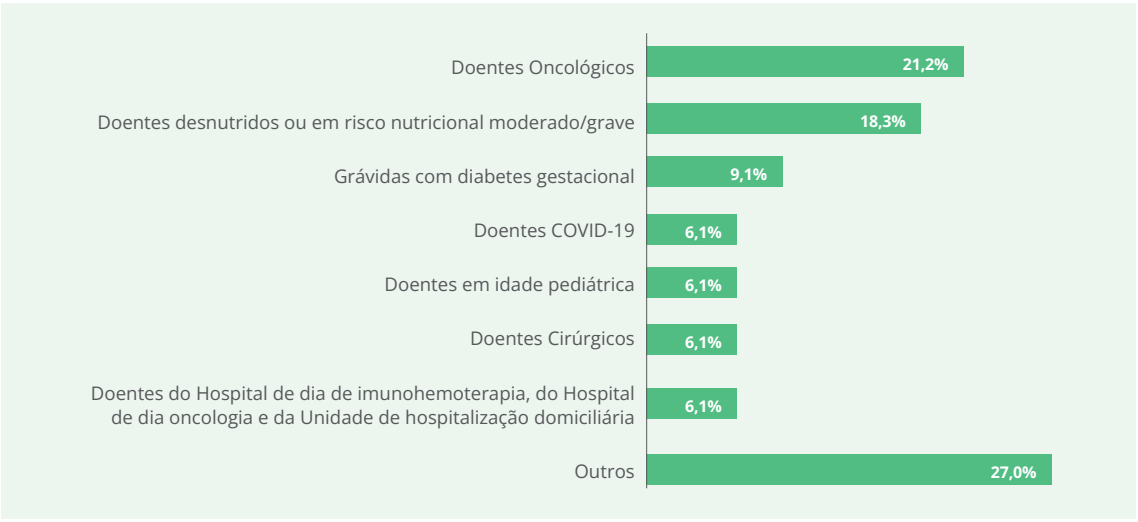


Figura 87. **Principais situações clínicas priorizadas no contexto da prestação de cuidados especializados de nutrição.**



No que respeita ao contacto com os doentes no contexto das consultas em ambulatório, com a pandemia da COVID-19 foi sobretudo mantido um modelo misto (70,0%), isto é, através de alguma atividade assistencial presencial e consultas por via telemática (chamada telefónica ou videochamada), nomeadamente a grupos de risco. 15,0% dos inquiridos referiu ter cessado totalmente a atividade durante os meses iniciais da pandemia (março a maio) (Figura 88). No que respeita ao apoio ao internamento, este foi mantido durante o período de pandemia (88,0%) com deslocação do nutricionista (55,0%) ou sem deslocação do nutricionista (33,0%) (Figura 89).

Figura 88. **Contacto com os doentes no contexto das consultas em ambulatório.**

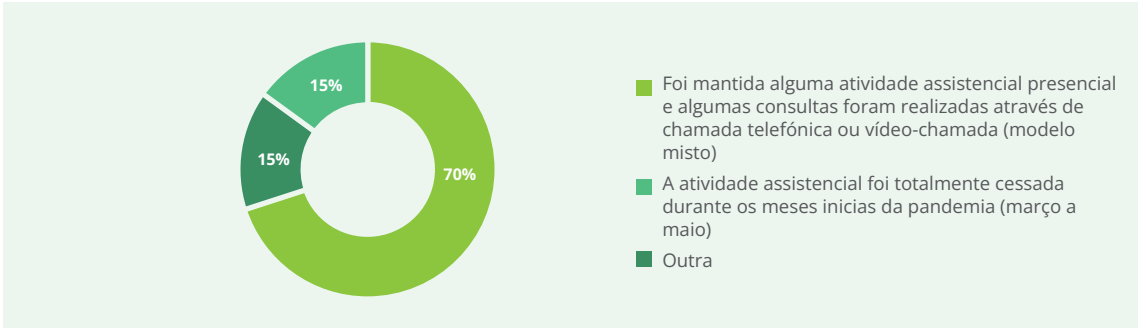
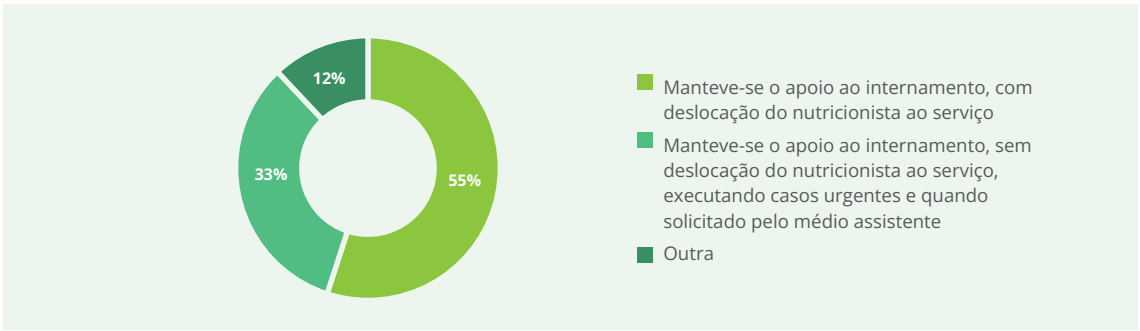


Figura 89. **Contacto com os doentes no contexto do apoio ao internamento.**



Foi também objetivo deste estudo avaliar a perceção dos profissionais quanto à sua capacidade para prestar cuidados especializados em nutrição com a mesma qualidade durante a pandemia COVID-19, comparando com a altura anterior à pandemia. 33,3% dos inquiridos referiu ser capaz prestar cuidados com a mesma qualidade "às vezes", 42,3% "frequentemente" e 15,2% "sempre" (Figura 90). Mais ainda, 63,7% dos inquiridos classificou os cuidados especializados de nutrição prestados a doentes não COVID-19 como "bons" ou "muito bons" durante a pandemia da COVID-19, comparando com o mesmo período antes da pandemia (Figura 91).

Figura 90. **Perceção sobre a capacidade para prestar cuidados especializados de nutrição a doentes não COVID-19 com a mesma qualidade em período de pandemia COVID-19.**

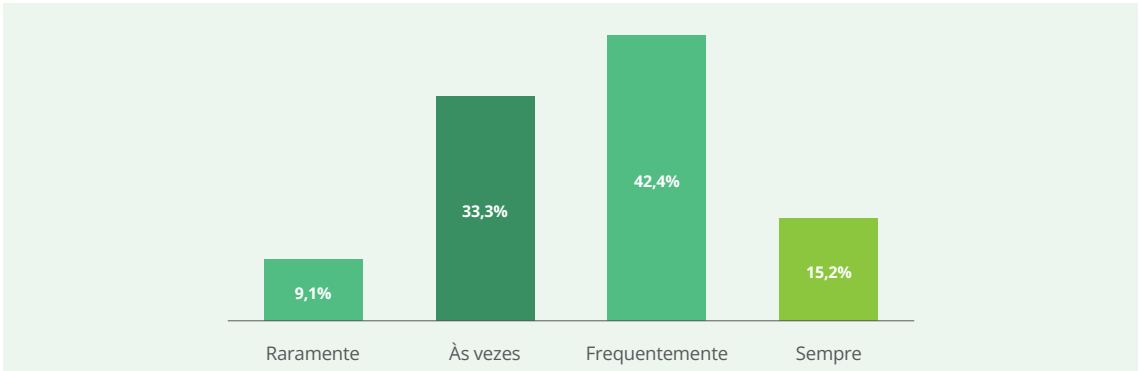
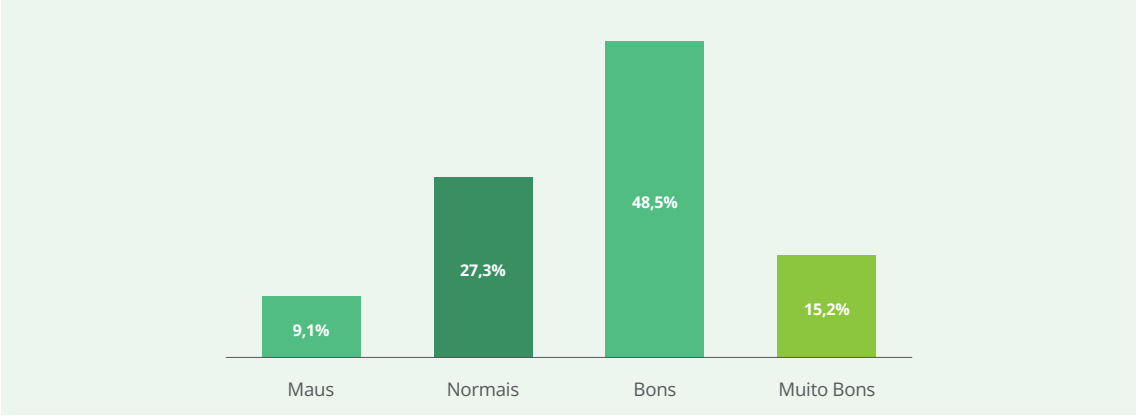


Figura 91. **Classificação dos cuidados especializados de nutrição a doentes não COVID-19 durante a pandemia da COVID-19, comparando com a altura antes da pandemia.**



Acesso à informação na área da alimentação e nutrição durante a pandemia COVID-19

Relativamente ao acesso à informação na área da alimentação e nutrição durante a pandemia COVID-19, 91,0% dos inquiridos diz ter procurado informação na DGS/PNPAS, 82,0% na Ordem dos Nutricionistas e 79,0% na OMS (Figura 92). 97,0% dos inquiridos reporta conhecer e considerar úteis os documentos produzidos pelo PNPAS no contexto da COVID-19 (Figuras 93 e 94), destacando-se a Orientação n.º 021/2020 de 06/04/2020 e o Manual de intervenção alimentar e nutricional COVID-19 como os documentos mais conhecidos e considerados mais úteis na prática profissional durante a pandemia COVID-19 pelos inquiridos. Mais ainda, 71,9% dos inquiridos refere que o Serviço de Nutrição partilhou a informação disponibilizada pela DGS na área da alimentação, nutrição e COVID-19 com os seus doentes/comunidade.

Figura 92. **Fontes de informação na área da alimentação e nutrição e COVID-19.**

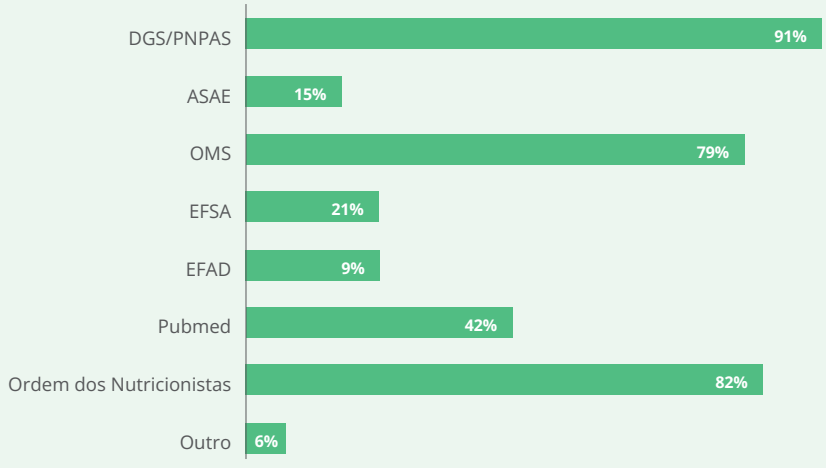


Figura 93. **Conhecimento dos documentos produzidos pelo PNPAS no contexto da COVID-19.**

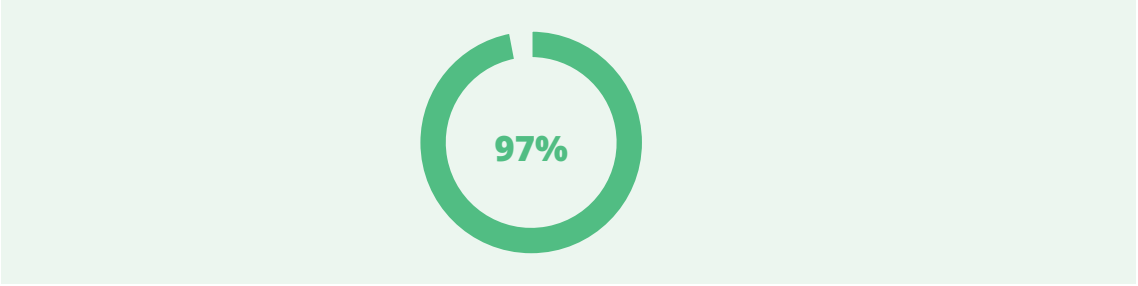
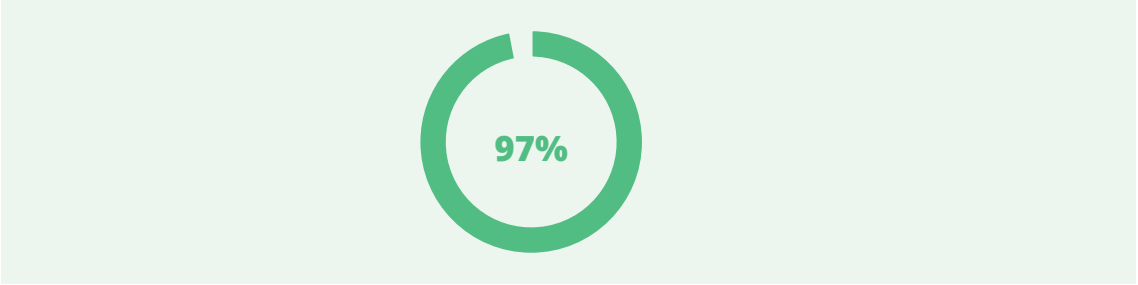


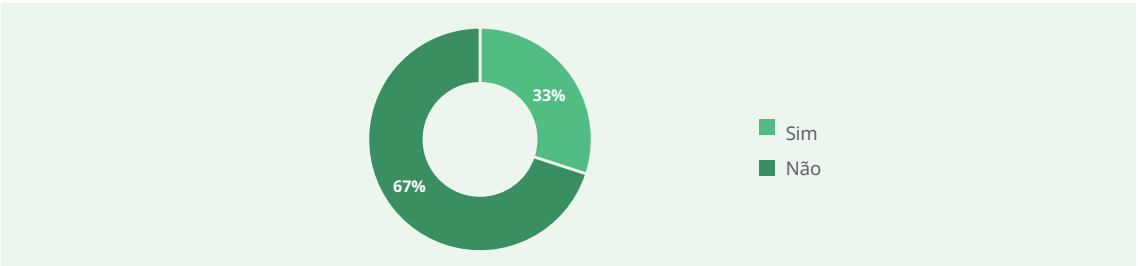
Figura 94. **Utilidade dos documentos produzidos pelo PNPAS no contexto da COVID-19.**



Dados recolhidos especificamente para as Unidades Locais de Saúde

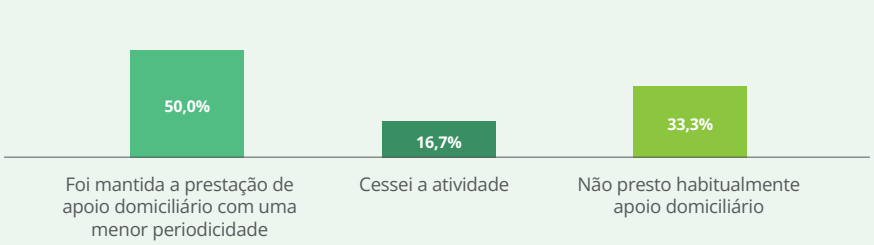
Em relação ao impacto do início da pandemia COVID-19 na organização do Serviço de Nutrição nas ULS, apenas 33,0% das unidades de saúde inquiridas referiu ter verificado realocação de recursos do Serviço de Nutrição entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (Figura 95). Os razões para as realocações referidas foram a integração dos profissionais nas equipas das unidades de saúde pública dedicadas à vigilância epidemiológica; apoio à teleconsulta nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados de Saúde Hospitalares e apoio às enfermarias COVID-19 e outos serviços hospitalares, por ter sido adotado o sistema de equipas espelho, com a rotatividade de equipas.

Figura 95. **Realocação de recursos do Serviço de Nutrição entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários) durante a pandemia COVID-19.**



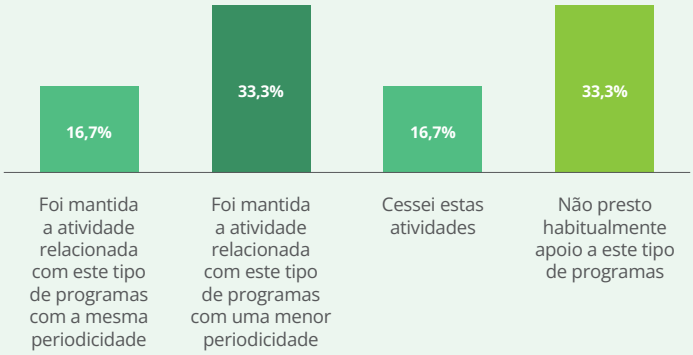
No que respeita à prestação de cuidados nutricionais na comunidade e intervenção no âmbito da prevenção, 50,0% das ULS inquiridas referiu ter mantido a prestação de apoio domiciliário, no entanto com menor periodicidade. 16,7% referiu ter cessado a atividade (Figura 96).

Figura 96. **Apoio domiciliário no contexto dos cuidados na comunidade durante a pandemia COVID-19.**



Relativamente aos programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos, 50% das ULS inquiridas referiu ter mantido a atividade relacionada com este tipo de programas, com 16,7% a referir ter mantido com a mesma periodicidade e 33% a referir ter mantido com menor periodicidade (Figura 97).

Figura 97. **Programas de intervenção no âmbito da prevenção e promoção da saúde durante a pandemia COVID-19.**



No âmbito deste estudo, foi frequentemente reportada pelas Unidades de Saúde inquiridas a necessidade do reforço do SNS com mais Nutricionistas, a necessidade de definição de Normas de Orientação Clínica para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados especializados em Nutrição e a necessidade de uma maior proximidade entre as instituições e a DGS.

De referir que este estudo pretendeu também incluir o impacto da COVID-19 na prestação de cuidados nutricionais nos Cuidados de Saúde Primários, porém, devido à baixa taxa de resposta obtida ao inquérito efetuado no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, os dados não foram considerados suficientes para a análise, pelo que não constam deste relatório de evidência.

3.5.6 Colaboração no projeto "Mais saúde, menos diabetes"

O PNPAS colabora atualmente no projeto "Mais saúde, menos diabetes", um projeto coordenado pelo Programa Nacional para a Diabetes que tem como objetivo a prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2 na população com risco aumentado para desenvolver esta doença. Este projeto contará com um estudo-piloto que será implementado ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, inicialmente em duas unidades de saúde. O PNPAS colaborou na elaboração de duas sessões de promoção da alimentação saudável e de uma sessão relacionada com as estratégias para o controlo do peso.

3.5.7 Atualização do Catálogo Português de Nutrição

O PNPAS desenvolveu a versão 3.0 do Catálogo Português de Nutrição (CPN), que corresponde à terceira atualização deste documento. O CPN tem como objetivo estabelecer uma estrutura única e normalizada para o registo da prestação de cuidados especializados de Nutrição nos sistemas de registo clínico eletrónico do Sistema de Saúde em Portugal. Em paralelo ao CPN, o PNPAS desenvolveu um documento de apoio que tem como objetivo apresentar o racional que foi utilizado para o desenvolvimento da 3ª versão do CPN, enquadrar os termos que compõem este catálogo no modelo de prestação de cuidados nutricionais e seus domínios de informação e ainda fomentar boas práticas de implementação do CPN V3.0 pelos sistemas de informação do Sistema de Saúde em Portugal, bem como pelos profissionais no contexto do registo clínico. Este documento esteve em consulta pública até ao dia 25 dezembro de 2021.

3.5.8 Manual "Dietas Hospitalares"

Em outubro de 2021, o PNPAS publicou o "Manual de Dietas Hospitalares", o qual pretende harmonizar as dietas hospitalares e a sua nomenclatura em todas as unidades hospitalares da rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em paralelo foi publicado o Despacho n.º 10511/2021, de 26 de outubro que determina que os contratos a celebrar para a prestação de serviços de fornecimento alimentar pelos estabelecimentos hospitalares do SNS devem ser elaborados em conformidade com o Manual de Dietas Hospitalares da DGS. A qualidade da alimentação fornecida por estas unidades de saúde tem um papel determinante na manutenção/recuperação ou prevenção da deterioração do estado nutricional do doente, podendo ter impacto em outros *outcomes* de saúde, nomeadamente na redução do tempo de internamento e das suas complicações associadas. Por outro lado, a uniformização e a adequação das dietas hospitalares pode ser uma ferramenta importante para a melhoria do trabalho dos profissionais nesta área e para a melhoria da gestão diária das instituições. O Manual de Dietas Hospitalares pode ser consultado aqui.

4. Roteiro de Ação PNPAS 2022

O PNPAS foi criado em 2012, pelo Despacho n.º 404/2012, de 13 de janeiro, tendo a sua continuidade sido assegurada em 2016 no contexto do Plano Nacional de Saúde – Extensão 2020, em particular através do Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio.

Uma vez concluída a segunda fase do PNPAS 2017-2020, perspetiva-se a publicação das novas linhas de orientação estratégica do PNPAS no 3º trimestre de 2022. As mesmas serão desenvolvidas no contexto do novo Plano Nacional de Saúde 2030, atualmente em fase de preparação, e enquadram-se numa das metas do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), no âmbito da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

O atual contexto epidemiológico, caracterizado por uma elevada prevalência de obesidade e de outras doenças crónicas associadas à alimentação inadequada, reforça a necessidade de dar continuidade e intensificar a implementação de ações que permitam reduzir a carga da doença associada aos hábitos alimentares inadequados e ao excesso de peso.

As novas linhas de orientação estratégica do PNPAS serão desenvolvidas em concordância com o documento de orientação estratégica da Região Europeia da OMS para a área da alimentação e da nutrição – *European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020*. Serão também considerados os documentos estratégicos da União Europeia com relevância para esta área, nomeadamente o *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*, o *Europe's beating cancer plan* e o *EU Strategy on the Rights of the Child*, bem como as boas práticas na área da nutrição identificadas pelas *EU Joint Action on Best Practices on Nutrition - Best ReMaP* (reformulação dos produtos alimentares, restrições ao marketing alimentar dirigido a crianças e compras públicas saudáveis na área alimentar).

Em particular, as novas linhas de orientação estratégica do PNPAS serão baseadas na evidência científica mais recente e em análises de custo-efetividade. Para o efeito, destacam-se as "*Best-buys*" da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas, bem como os estudos de análise económica desenvolvidos pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), nomeadamente o documento *The Heavy Burden of Obesity – The Economics of Prevention*.

Os resultados do estudo Food-EPI Portugal, o qual tem a participação do *Imperial College*, serão igualmente importantes para a definição das linhas de orientação estratégica do PNPAS.

As áreas de ação estratégica do novo PNPAS incidirão sobre: reforçar os sistemas de informação de apoio à tomada de decisão na área da alimentação e da nutrição e à monitorização e avaliação; promover a criação de ambientes alimentares saudáveis; promover a literacia em saúde e capacitar a população para escolhas alimentares mais saudáveis; promover uma abordagem de intervenção intersectorial, que permita pôr em prática o princípio da saúde em todas as políticas, reforçando e reorientando os serviços de saúde para a promoção de uma alimentação saudável.

Em concreto, pretende-se reforçar a capacidade do Serviço Nacional de Saúde, em particular dos Cuidados de Saúde Primários, para promover a alimentação saudável e detetar precocemente os casos de excesso de peso, iniciando o tratamento o mais rapidamente possível. Ainda no que diz respeito à reorientação dos serviços de saúde, pretende-se dar continuidade à implementação da identificação sistemática do risco nutricional em meio hospitalar, bem como alargar este modelo de intervenção a outros contextos (aos doentes oncológicos em contexto de ambulatório e aos Cuidados de Saúde Primários), permitindo uma deteção atempada das situações de risco nutricional e o acesso à intervenção nutricional e contribuindo para uma melhoria substancial na qualidade de vida de um largo grupo de cidadãos de mais idade.

Pretende-se ainda dar continuidade ao processo de reformulação dos produtos alimentares em curso, visando a melhoria da qualidade nutricional de muitos milhares de produtos alimentares, em parceria com as partes interessadas do setor da indústria alimentar e da distribuição. Este processo em curso e com avaliação externa independente pretende criar ambientes alimentares mais saudáveis, um dos grandes objetivos do PNPAS.

5. Referências bibliográficas

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden Disease Portugal 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020.
2. Gregório MJ, Sousa SM, Teixeira D, Ferreira B, Figueira I, Taipa M, et al. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde; 2020.
3. Despacho n.º 6401/2016, Determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de programas de saúde prioritários nas áreas de Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Alimentação Saudável, Promoção da Atividade Física, Diabetes, Doenças Cérebro-cardiovasculares, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias, Hepatites Virais, Infeção VIH/Sida e Tuberculose, Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos e Saúde Mental. Revoga os Despachos n.º 404/2012, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 10, de 13 de janeiro, e n.º 2902/2013, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 38, de 22 de fevereiro.
4. Lowe MR, Butryn ML. Hedonic hunger: a new dimension of appetite? Physiol Behav. 2007;91(4):432-9.
5. Espel-Huynh HM, Muratore AF, Lowe MR. A narrative review of the construct of hedonic hunger and its measurement by the Power of Food Scale. Obes Sci Pract. 2018;4(3):238-49.
6. Instituto Nacional de Estatística - Balança alimentar portuguesa : 2020. Lisboa : INE, 2021. Disponível em www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/437140067>. ISBN 978-989-25-0563-3
7. Costa de Miranda, R., Rauber, F., De Moraes, M., Afonso, C., Santos, C., Rodrigues, S., & Levy, R. (2021). Consumption of ultra-processed foods and non-communicable disease-related nutrient profile in Portuguese adults and elderly (2015–2016): The UPPER project. British Journal of Nutrition, 125(10), 1177-1187. doi:10.1017/S000711452000344X
8. Magalhães, V., Severo, M., Correia, D., Torres, D., Costa de Miranda, R., Rauber et al. (2021). Associated factors to the consumption of ultra-processed foods and its relation with dietary sources in Portugal. Journal of Nutritional Science, 10, E89. doi:10.1017/jns.2021.61
9. Lei n.º 30/2019, Introduz restrições à publicidade dirigida a menores de 16 anos de géneros alimentícios e bebidas que contenham elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos transformados, procedendo à 14.ª alteração ao Código da Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de outubro, (2019).
10. World Health Organization Regional Office for Europe. Monitoring of Marketing of Unhealthy Products to Children and Adolescents – Protocols and Templates 2020 [Available from: euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-of-marketing-of-unhealthy-products-to-children-and-adolescents-protocols-and-templates#463527.
11. World Health Organization Regional Office for Europe. Monitoring and restricting digital marketing of unhealthy products to children and adolescents. Moscow, Russian Federation: WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (NCD Office) 2019.
12. Swinburn B, Sacks G, Vandevijvere S, Kumanyika S, Lobstein T, Neal B, et al. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. Obes Rev. 2013;14 Suppl 1:1-12.
13. Lei n.º 42/2016, Orçamento do Estado para 2017. Diário da República nº 248/2016, Série I de 2016-12-28. 2016.
14. Lei n.º 71/2018, Orçamento do Estado para 2019. Diário da República nº 251/2018, Série I de 2018-12-31. 2018.
15. GPP. Regime Escolar [online]. 2021 [updated 31/03/2021. Available from: https://www.gpp.pt/index.php/regime-escolar/regim-escolar
16. Regulation (EU) 2016/791 of the European Parliament and of the Council of 11 May 2016 amending Regulations (EU) No 1308/2013 and (EU) No 1306/2013 as regards the aid scheme for the supply of

fruit and vegetables, bananas and milk in educational establishments, (2016).
17. 1Portaria n.º 113/2018 de 30 de abril do Ministérios da Educação, Saúde e Agricultura, Florestas e Desenvolvimentos Rural, Diário da República, 1.ª série — N.º 83 — 30 de abril de 2018 (2018).
18. European Commission. Portugal: monitoring report for the 2019/20 school year. 2021.
19. European Commission. The EU school fruit, vegetables and milk scheme. Implementation in the 2018/2019 school year. 2021.
20. European Commission. Portugal: monitoring report for the 2018/19 school year. 2020.
21. Despacho n.º 8127/2021, Estabelece as normas a ter em conta na elaboração das ementas e na venda de géneros alimentícios nos bufetes e nas máquinas de venda automática nos estabelecimentos de educação e de ensino da rede pública do Ministério da Educação, (2021).
22. Diretiva (UE) 2018/1808 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de novembro de 2018, que altera a Diretiva 2010/13/UE relativa à coordenação de certas disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros respeitantes à oferta de serviços de comunicação social audiovisual (Diretiva Serviços de Comunicação Social Audiovisual), para a adaptar à evolução das realidades do mercado.
23. Diário da República n.º 129/2018, Série II de 2018-07-06. Despacho n.º 6634/2018, Determina as ferramentas a utilizar para a identificação do risco nutricional, com vista à implementação, nos estabelecimentos hospitalares do SNS, de uma estratégia de combate à desnutrição hospitalar, e estabelece disposições. 2018.
24. Matos L, Teixeira MA, Henriques A, Tavares MM, Alvares L, Antunes A, et al. Nutritional status recording in hospitalized patient notes. Acta Med Port. 2007;20(6):503-10.

6. Anexos

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

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

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

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

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

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

Nas tabelas 1 e 2 estão disponíveis a lista de doenças com relevância para o PNPAS, analisadas neste relatório, e respetivos códigos CID9 (dados 2013 - 2018) e CID10 (dados 2019 – 2020).

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

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

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

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

Códigos Diagnósticos CID10	Descrição
260	Kwashiorkor
261	Marasmo nutricional
262	Kwashiorkor marasmático
263	Desnutrição proteico-calórica grave não especificada
2630	Desnutrição proteico-calórica de graus moderado e leve
2632	Desnutrição de grau moderado
2632	Atraso no desenvolvimento devido à desnutrição proteico-calórica
2638	Má nutrição proteico-calórica sem outra especificação
2639	Má nutrição proteico-calórica NCOP
2781	Adiposidade localizada
27651	Desidratação
V8521-V825, V8530-V8545	Excesso de peso (Índice de massa corporal (IMC) > 25,0 no adulto)
7830	Anorexia
7994	Caquexia

*O diagnóstico de desnutrição foi considerado quando se verificou a presença de pelo menos um dos seguintes códigos: CID-9 - 260, 261, 262, 263, 263.0, 263.1, 263.2, 263.8, 263.9 e 799.4

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

www.dgs.pt

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde