DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

PORTUGAL
Alimentação Saudável em números – 2014

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável



www.dgs.pt

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

PORTUGAL
Alimentação Saudável em números – 2014

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável



DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, LISBOA
Dezembro de 2014

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portugal. Direção-Geral da Saúde.
Direção de Serviços de Informação e Análise
Portugal – Alimentação Saudável em números – 2014
ISSN: 2183-0738
Periodicidade: Anual

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

AUTORES
Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
Pedro Graça
Direção de Serviços de Informação e Análise
Paulo Jorge Nogueira
Carla Sofia Farinha
Ana Paula Soares
Maria Isabel Alves
Dulce Afonso
Matilde Valente Rosa
Luís Serra
José Martins
Ana Lisette Oliveira
Com a colaboração de:
Sofia Rocha e Diogo Silva (SPMS)
Nuno Oliveira (INFARMED)
Ana Gomes
Sofia Mendes Sousa

LAYOUT E IMPRESSÃO
Pinto Azul, Unipessoal Lda.
Calçada Santo António, nº9 R/C Dtº . 1150-313 Lisboa
Lisboa, dezembro de 2014

Índice

1. INTRODUÇÃO 7

Orientações Programáticas 7

2. CONSUMO ALIMENTAR 8

2.1 Disponibilidade alimentar 8

2.2. Dados sobre a alimentação e o estado de nutrição das crianças portuguesas durante os primeiros 36 meses de vida 14

2.3. Hábitos alimentares de crianças em idade pré-escolar (4 anos) 17

2.4. Prevalência da obesidade e excesso de peso por sexo (7-8 anos) 22

2.5. Hábitos alimentares de crianças e jovens em idade escolar – pequeno almoço 24

2.6. Estado nutricional da população idosa 26

2.7 Carga Global da Doença 28

2.7.1. Obesidade 29

2.7.2. Hábitos alimentares inadequados 30

2.7.3. Hipertensão arterial 32

2.7.4. Inatividade física 33

3. ALGUNS DETERMINANTES DO CONSUMO ALIMENTAR 35

4. AVALIAÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR EM AGREGADOS FAMILIARES 37

5. MORBILIDADE E MORTALIDADE ASSOCIADA À ALIMENTAÇÃO 41

5.1. Registo de doentes com obesidade e excesso de peso em Cuidados de Saúde Primários 41

5.1.1. Obesidade em utentes de Cuidados de Saúde Primários 41

5.1.2. Excesso de peso em utentes de Cuidados de Saúde Primários 43

5.2. Cuidados Hospitalares relacionados com o estado nutricional 46

5.2.1. Caracterização da produção hospitalar relacionada com o estado nutricional segundo diagnóstico principal 46

5.2.2. Caracterização da produção hospitalar relacionada com o estado nutricional segundo diagnóstico principal e secundários 54

5.2.3. Caracterização da produção hospitalar relacionada com o diagnóstico "Peso a mais e Obesidade" associado a outros diagnósticos 59

5.3. Mortalidade relacionada com o estado nutricional 61

6. NOTAS FINAIS 62

7. RECOMENDAÇÕES 63

8. NOTAS METODOLÓGICAS 64

8.1. Mortalidade 64

8.2. Morbilidade e Mortalidade **68**
8.3. Carga global da doença **71**
8.4. Registo de morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários **73**
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **74**
ÍNDICE DE QUADROS **75**
ÍNDICE DE FIGURAS **77**

Siglas e Acrónimos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos
ARS – Administração Regional de Saúde
BAP – Balança Alimentar Portuguesa
COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*/Sistema de Vigilância Nutricional Infantil
CID – Classificação Internacional de Doenças
DALY – *Disability-Adjusted Life Year*
DGS – Direção-Geral da Saúde
DM – Dieta Mediterrânica
EPACI – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil
GBD – Global Burden of Disease
GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo
IAN – Inquérito Alimentar Nacional
INE, IP – Instituto Nacional de Estatística
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
ISPUP – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto
LVT – Lisboa e Vale do Tejo»
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNPAS – Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UE – União Europeia
YLD – *Years of life lived with any short-term or long term health loss*
YLL – *Years of life lost*
WHO – *World Health Organization*

Conceitos

Capitação – Consumo médio expresso em quilogramas ou litros /habitante, durante o periodo de referência, tomando para base do seu cálculo a população residente no território a meio ou no fim do ano, consoante o período de referência observado (INE, IP; 2014).

Consumo humano bruto – Emprego que corresponde às quantidades de produtos consumidos pela população residente, quer sob a forma de produto primário, consumido nesse estado, quer sob a forma de produto industrializado, convertido a primário, durante o período de referência (INE, IP; 2014).

População residente – Pessoas que, independentemente de no momento de observação – zero dias do dia de referência – estarem presentes ou ausentes numa determinada unidade de alojamento, aí habitam a maior parte do ano com a família ou detêm a totalidade ou a maior parte dos seus haveres (INE, IP; 2014).

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Em 2012, foram aprovados oito programas prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde, entre eles o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), com um horizonte temporal de cinco anos (2012-2016).

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

Tendo em conta as linhas de orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Comissão Europeia (CE), o PNPAS, ao longo de 2013 e parte de 2014, centrou parte da sua atividade nas seguintes áreas e objetivos:

1) Reforçar a vigilância, monitorização e avaliação de informação relacionada com a saúde, estado nutricional e seus determinantes e tendências;

2) Reduzir a exposição aos fatores de risco para as doenças crónicas que estejam relacionados com as desigualdades e que possam ser modificados pela alimentação, nomeadamente através da criação de ambientes promotores de uma alimentação saudável;

3) Reforçar e reorientar os serviços de saúde de modo a que a prevenção e o controlo de doenças crónicas associadas a uma alimentação inadequada, à desnutrição e às deficiências de micronutrientes, sejam considerados prioritários nos cuidados de saúde primários, garantindo a cobertura universal dos cuidados de saúde e por fim;

4) Incentivar a adoção da abordagem de "saúde em todas as políticas", de modo a construir alianças intersectoriais e a promover a capacitação e o envolvimento dos cidadãos nas atividades de promoção de uma alimentação saudável.

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

A publicação está dividida em quatro capítulos, designadamente consumo alimentar, alguns determinantes do consumo alimentar, avaliação da insegurança alimentar em agregados familiares e morbilidade e mortalidade associada à alimentação.

Orientações Programáticas

Nestes termos, a publicação do Relatório ora divulgado cumpre o objetivo de aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências, tal como consta nos objetivos do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

2. CONSUMO ALIMENTAR

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

A forma mais correta de avaliar o consumo alimentar de uma população é através da recolha direta individual de informação sobre consumos a grupos populacionais e amostras representativas da mesma. O último Inquérito Alimentar Nacional (IAN) com recolha direta data de 1980. Quando tal não é possível, são utilizados métodos indiretos que nos indicam as disponibilidades alimentares ou os gastos das famílias em bens alimentares, dados recolhidos regularmente pelas instituições nacionais que recolhem e produzem informação estatística.

2.1. Disponibilidade alimentar

No período 2008-2012, a Balança Alimentar Portuguesa (BAP)[1] revelou uma disponibilidade energética diária média disponível, por habitante, de 3 963 kcal (na BAP 2003-2008 este valor era 3.883 kcal), considerando o total de produtos alimentares e de bebidas disponíveis para consumo. Contudo, ao longo deste período, verificou-se um decréscimo médio anual de 0,7% no total de calorias apuradas, sendo 3.882 calorias em 2012, ainda assim uma disponibilidade energética claramente excessiva quando comparado com o aporte calórico diário médio aconselhado para um adulto (2.000 a 2.500 kcal). (INE, IP; 2014).

A comparação da distribuição das disponibilidades diárias *per capita*, em 2012, dos diferentes grupos alimentares da BAP com o padrão alimentar preconizado pela Roda dos Alimentos, permite constatar, tal como já se havia verificado na edição anterior da BAP, uma distorção do padrão alimentar. Em todo o caso realçamos que a metodologia utilizada para a recolha de dados pelo INE para a construção da Balança Alimentar não contabiliza, por ex. a auto-produção e a Roda dos Alimentos recomenda porções edíveis, o que limita a comparação em certos grupos. (INE, IP; 2014).

Os grupos de produtos alimentares com desvios mais acentuados são "Carne, pescado e ovos" com uma disponibilidade 10,4 p.p. acima do consumo recomendado (pouco oscilou relativamente ao da BAP 2003-2008 11,3 p.p.) e os grupos dos "Hortícolas" e dos "Frutos" com disponibilidades deficitárias de 7,9 p.p e 8,0 p.p. respetivamente (na BAP 2003-2008 os desvios eram -9,6 p.p e -6,3 p.p). (INE; IP 2014).

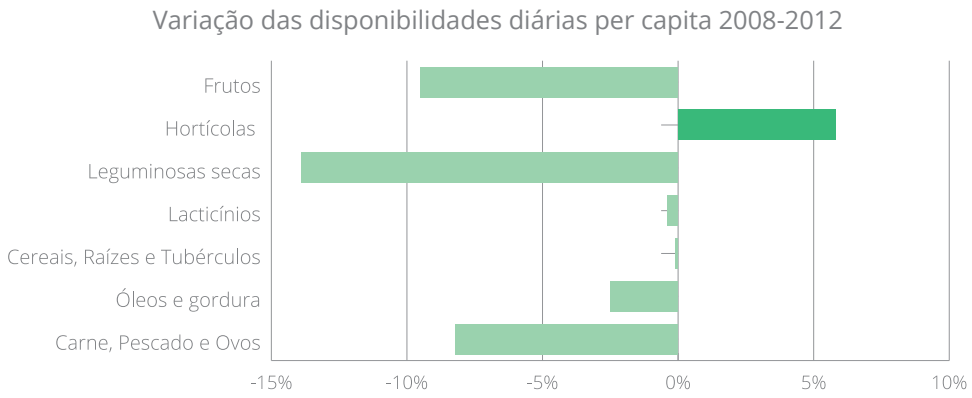
Os grupos dos "Cereais, raízes e tubérculos" e dos "Lacticínios" continuaram a apresentar disponibilidades próximas do padrão alimentar recomendado, no entanto manteve-se deficitária a disponibilidade para as "Leguminosas secas" (-3,4 p.p.) e excedentária para o grupo dos "Óleos e gorduras" (+4,0 p.p.) (INE, IP; 2014).

Quadro 1. Capitação edível diária de produtos alimentares disponíveis para abastecimento (g/hab.) por tipo de produto alimentar (2008-2012)

Tipo de produto alimentar	2008	2009	2010	2011	2012
Cereais e arroz	340	344,1	345,7	346,2	347,1
Raízes e tubérculos	216,2	212,6	203,8	202,4	203,6
Açúcares	84,3	84,1	83,8	84,9	84,1
Leguminosas secas	11,5	11,3	11,3	9,9	9,8
Produtos hortícolas	250,2	248,5	256,7	252,1	264,7
Frutos, incluindo azeitonas	235,9	238,6	220,9	221,1	213,1
Carne e miudezas comestíveis	205,6	207,4	206,3	200,7	191,2
Ovos	21,6	21,6	22,5	20,3	20,5
Leite e derivados do leite	360,3	354,2	348,2	348,9	346
Pescado	66,9	66,9	65,1	60,3	58,2
Óleos e gorduras	108	108,5	109,4	107,6	105,3
Outros produtos alimentares	22,7	22,7	23,3	23,6	23,6
Total de produtos alimentares	1.867,2	1.878	1.897	1.920,5	1.923,2

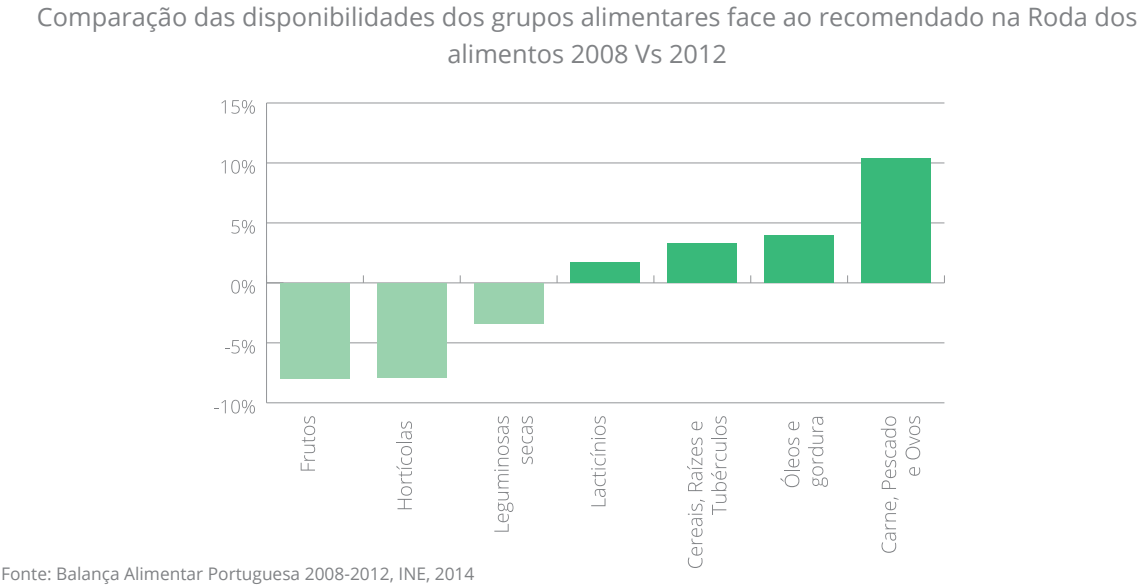
Fonte: Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012, INE 2014 Fonte: Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012, INE, 2014

Figura 1. Evolução das disponibilidades diárias per capita, 2008 *Vs* 2012, Portugal



Fonte: Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012, INE, 2014

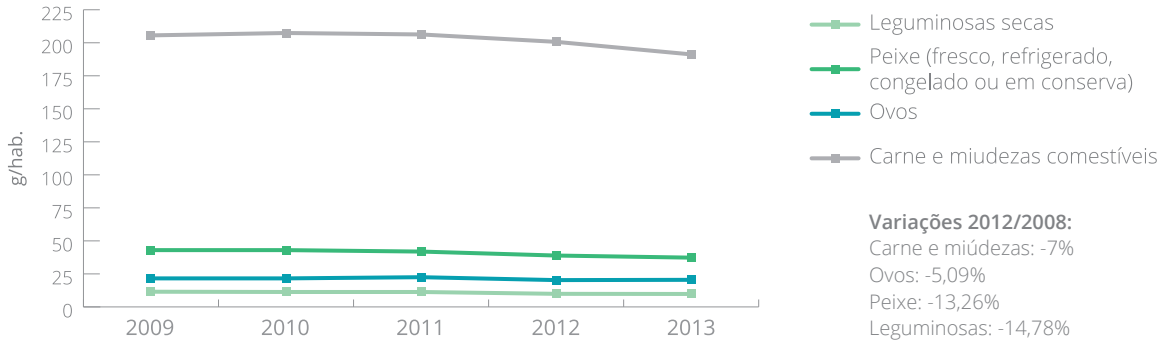
Figura 2. Comparação das disponibilidades dos grupos alimentares face ao recomendado, 2012, Portugal



Fonte: Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012, INE, 2014

De acordo com o INE, entre 2008 e 2012, o único grupo de produtos alimentares cujas disponibilidades diárias per capita aumentou foi o dos "Produtos hortícolas" (+5,8%), ainda assim não em quantidade suficiente para corrigir o desequilíbrio deste grupo face ao recomendado pela Roda dos Alimentos. Dos restantes grupos, destacam-se os decréscimos das disponibilidades das "Leguminosas secas" (-13,9%) e dos "Frutos" (-9,5%), o que contribuiu para agravar ainda mais o défice destes grupos face às recomendações de consumo. De referir ainda que os decréscimos verificados nos grupos "Carne, pescado e ovos" (-8,2%) e "Óleos e gorduras" (-2,5%) não foram suficientes para baixar substancialmente as disponibilidades excedentárias destes grupos. (INE, IP; 2014).

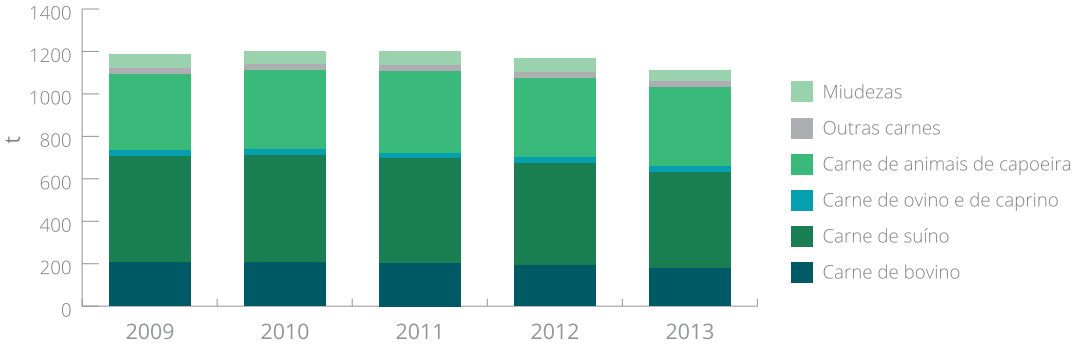
Figura 3. Capitação de carne, ovos, peixe fresco e leguminosas secas (g/hab) no período 2008-2012.



Fonte: Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012, INE, IP 2014

Desde que há registo, inverte-se pela primeira vez uma tendência: a carne de aves (animais de capoeira) cresce ao contrário da de bovino e a de suíno. Mesmo assim, a proporção de proteína de origem animal ainda está acima do desejável.

Figura 4. Consumo humano de carne (t) por tipo de carnes (2009-2012)



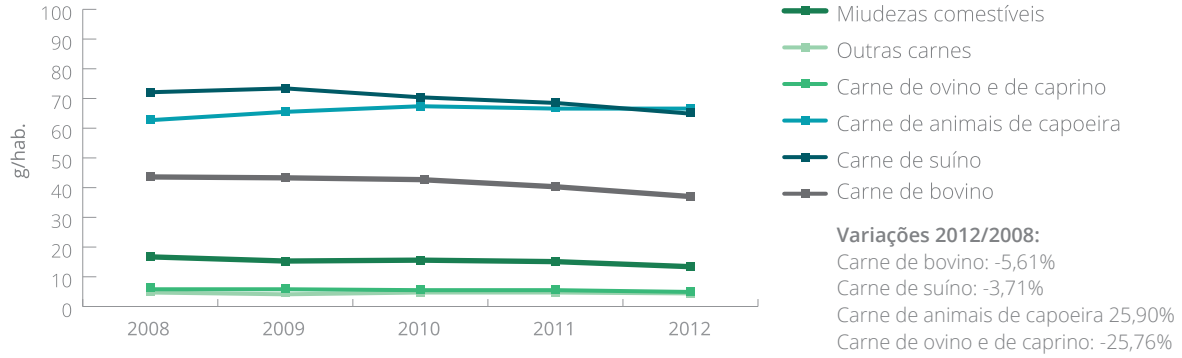
Fonte: Balanço de Aprovisionamento de Produtos Animais 2008-2012, INE IP 2014

Quadro 2. Capitação de carne per capita (kg/hab.) por Tipo de carnes, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Tipo de carnes	2008	2009	2010	2011	2012
Carne de bovinos	19,6	19,5	19,2	18,1	16,7
Carne de suínos	47,1	47,7	46,4	45,7	43,3
Carne de animais de capoeira	33,8	35,2	36,2	35,5	35,8
Carne de ovinos e caprinos	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5
Outras carnes	3,0	2,6	3,0	2,6	2,5
Miúdezas	6,2	6,0	6,1	5,9	5,2
Total de carnes e miudezas	112,5	114	113,5	110,4	106

Fonte: Balanço de Aprovisionamento de Produtos Animais 2008-2012, INE 2014

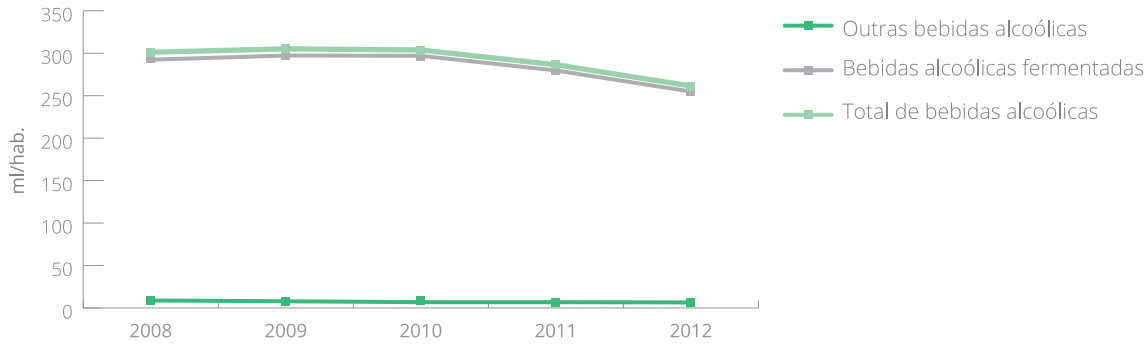
Figura 5. Capitação por tipo de carne (g/hab) no período de 2008-2012



Variações 2012/2008:
Carne de bovino: -5,61%
Carne de suíno: -3,71%
Carne de animais de capoeira 25,90%
Carne de ovino e de caprino: -25,76%
Outras carnes: -10,20%
Miudezas comestíveis : -19,76%

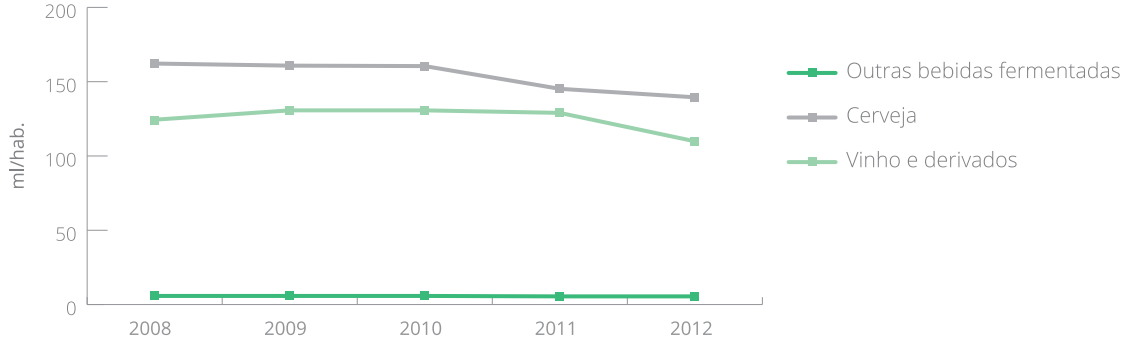
Fonte: Balanço de Aprovisionamento de Produtos Animais 2008-2012, INE IP 2014

Figura 6. Capitação edível diária de bebidas alcoólicas disponível para consumo ml/hab. (total, bebidas alcoólicas fermentadas e outras bebidas alcoólicas)



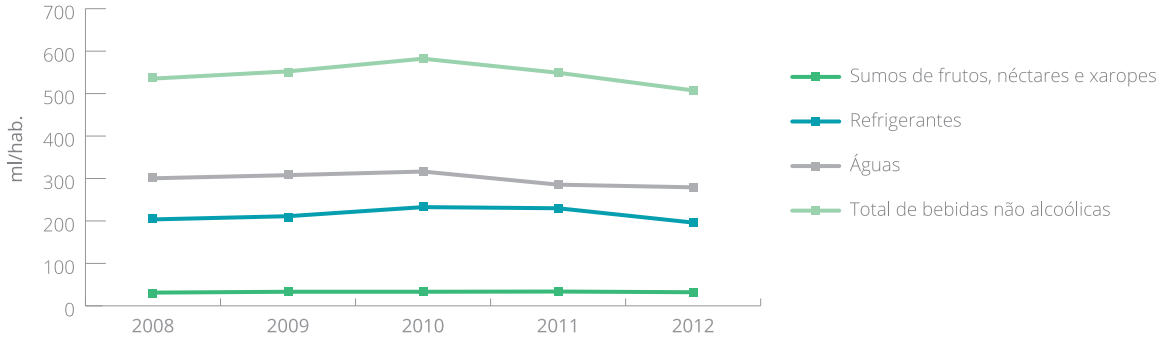
Fonte: Balanço de Aprovisionamento de Produtos Animais 2008-2012, INE 2014

Figura 7. Capitação edível diária de bebidas alcoólicas disponível para consumo ml/hab. (Vinho e derivados, cerveja e outras bebidas fermentadas)



Fonte: Balanço de Aprovisionamento de Produtos Animais 2008-2012, INE 2014

Figura 8. Capitação edível diária de bebidas não alcoólicas disponível para consumo (ml/ hab.) por tipo de bebida não alcoólica



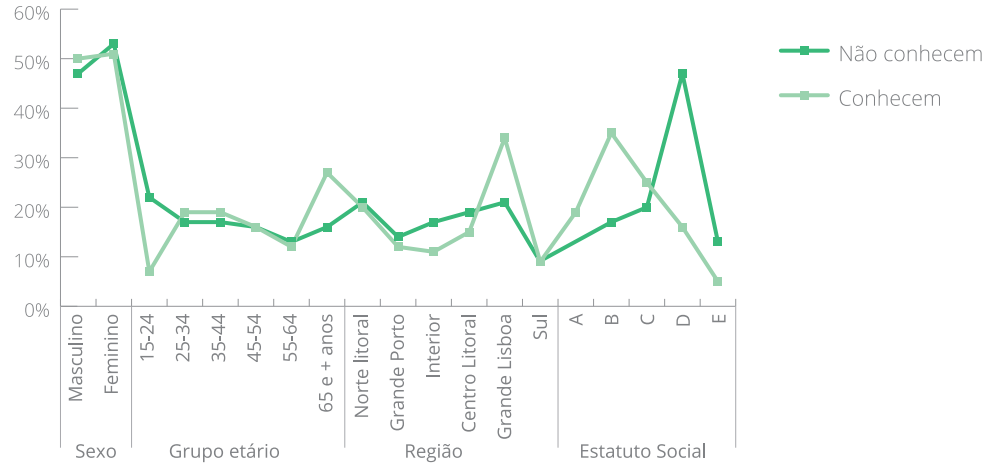
Fonte: Balanço de Aprovisionamento de Produtos Animais 2008-2012, INE 2014

O reconhecimento da Dieta Mediterrânica (DM) como Património Cultural Imaterial da Humanidade em Portugal em dezembro de 2013 poderá servir como catalisador para que Portugal assuma as suas tradições alimentares mediterrânicas de uma forma estruturada nas suas políticas públicas e nas estratégias de funcionamento e de comunicação de diversos organismos públicos e privados, desde a restauração pública ao turismo, educação ou cultura. A DM é um conceito abrangente que permite promover um estilo de vida saudável e ambientalmente sustentável. É ainda um conceito que pode sustentar uma estratégia alimentar nacional, pois apesar dos hábitos alimentares nacionais não serem idênticos, esta definição é suficientemente flexível para ir ao encontro de estratégias locais.

São características da DM, entre outras, o consumo abundante de alimentos de origem vegetal (produtos hortícolas, fruta, cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosos); consumo de produtos frescos da região, pouco processados e sazonais; consumo de azeite como principal fonte de gordura; consumo baixo a moderado de lacticínios, e de preferência sob a forma de queijo e iogurte; consumo baixo e pouco frequente de carne vermelha; consumo frequente de pescado; consumo baixo a moderado de vinho, apenas às refeições e a água como bebida central ao longo do dia.

A DM representa um modelo alimentar completo e equilibrado com inúmeros benefícios para a saúde, longevidade e qualidade de vida. Contudo, este conceito e suas vantagens é ainda pouco reconhecido pela população portuguesa.

Figura 9. Conhecimento da dieta mediterrânica: caracterização do conhecimento por sexo, grupo etário, região e estatuto social



Fonte: GONÇALVES, Jacinto;(2014)

2.2. Dados sobre a alimentação e o estado de nutrição das crianças portuguesas durante os primeiros 36 meses de vida

Estudo Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento na Infância Portugal 2013 (EPACI Portugal 2013) avaliou uma amostra representativa nacional de 2232 crianças, tendo em vista descrever a sua alimentação e padrão de crescimento nos primeiros 36 meses de vida.

De referir, a baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo aos 4 e 6 meses de idade contrariando as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Quadro 3. Prevalência de aleitamento materno até aos 6 meses de vida

	Aleitamento materno		
	Prevalência de aleitamento materno total* % (IC 95%)	Prevalência de aleitamento materno exclusivo até aos 4 meses de idade % (IC 95%)	Prevalência de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade % (IC 95%)
Portugal Continental	90,8 (90,0; 92,0)	33,4 (31,3; 35,5)	18,9 (17,3; 20,6)
Norte	88,5 (86,0; 96,7)	40,5 (37,0; 43,6)	25,7 (22,4; 29,2)
Centro	93,4 (90,4; 96,4)	38,0 (32,3; 43,7)	24,0 (19,3; 29,2)
Lisboa e Vale do Tejo	92,0 (90,4; 93,7)	27,3 (24,3; 30,7)	16,3 (13,8; 19,1)
Alentejo	89,7 (83,2; 94,8)	22,3 (14,4; 31,9)	13,8 (7,6; 22,5)
Algarve	91,6 (86,3; 97,9)	30,1 (18,2; 41,5)	16,9 (9,5; 26,7)

* consideradas todas as crianças que alguma vez fizeram aleitamento materno
Fonte: EPACI Portugal 2013 – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento na Infância

Quadro 4. Idade de início da diversificação alimentar

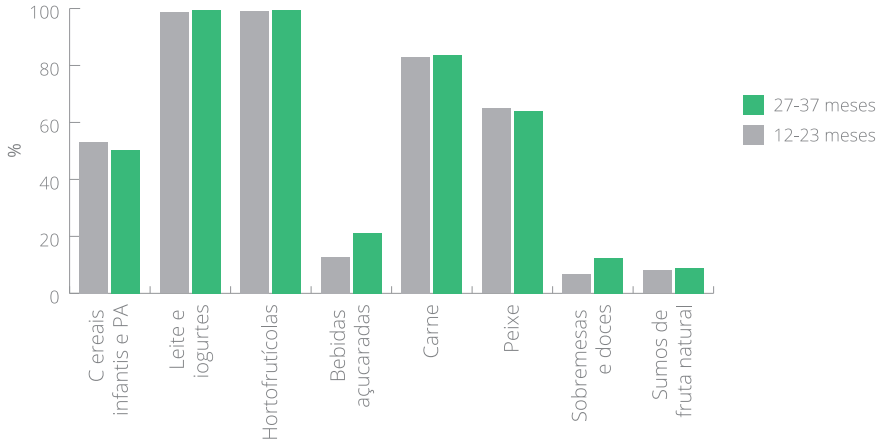
Diversificação alimentar	
Idade de início (meses)	n (%)
<4	98 (4,5)
4-6	1984 (90,5)
>6	112 (5,1)

Fonte: EPACI Portugal 2013 – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento na Infância

O aconselhamento para a diversificação alimentar foi realizado maioritariamente por médico pediatra (54,4%) ou médico de família/ enfermeiro (50,4%), sendo possível situações em que os cuidadores foram aconselhados por mais do que uma pessoa.

O primeiro alimento introduzido foi a sopa em 52,5% dos casos, a papa de cereais em 43,3% e a fruta em 10,4%, existindo casos em que houve a introdução simultânea de mais do que um destes alimentos.

Figura 10. Frequência diária de ingestão alimentar (%) entre os 12 e os 36 meses de vida por categorias de alimentos



Fonte: EPACI Portugal 2013 – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento na Infância

Quadro 5. Ingestão de nutrientes entre os 12 e os 36 meses de vida

Ingestão nutricional entre os 12 e os 36 meses de vida (dados provenientes de diários alimentares)		
	Média (dp) 12-23 meses	Média (dp) 24-36 meses
Energia (Kcal)	1.153,1 (168,0)	1.285,6 (167,1)
Proteína (% Kcal)	18,6 (1,8)	18,9 (1,6)
Hidratos de Carbono (% Kcal)	50,2 (3,5)	50,1 (3,6)
Açúcares simples (% Kcal)	23,7 (3,0)	21,7 (2,9)
Gordura (% Kcal)	30,6 (2,6)	30,2 (2,3)
Gordura saturada (% Kcal)	10,8 (1,6)	10,8 (1,2)
Gordura monoinsaturada (% Kcal)	11,8 (1,3)	11,7 (1,2)
Gordura polinsaturada (% Kcal)	3,4 (0,5)	3,6 (0,4)
Ómega 3 (g)	0,3 (0,1)	0,3 (0,1)
Ómega 6 (g)	3,5 (0,7)	4,1 (0,4)
Colesterol (mg)	146,0 (19,3)	164,3 (18,6)
Fibra (g)	10,6 (2,0)	10,9 (1,9)
Folato (µg)	140,8 (25,9)	162,2 (29,1)
Vitamina C (mg)	58,3 (13,5)	55,1 (10,7)
Vitamina A (µg)	873,6 (136,9)	823,1 (157,1)
Ferro (mg)	15,6 (4,6)	15,5 (3,5)
Magnésio (mg)	177,3 (25,3)	193,2 (24,8)
Fósforo (mg)	895,1 (157,6)	1007,7 (140,7)
Cálcio (mg)	935,6 (168,8)	1002,4 (166,0)
Sódio (mg)	1759,8 (272,9)	1949,8 (274,6)
Potássio (mg)	2129,0 (286,4)	2307,7 (282,4)
Vitamina B12 (µg)	2,4 (0,7)	2,8 (0,5)
Vitamina B1 (mg)	0,7 (0,2)	0,8 (0,1)
Vitamina B2 (mg)	1,3 (0,4)	1,5 (0,4)
Vitamina B6 (mg)	1,0 (0,2)	1,1 (0,2)

Fonte: EPACI Portugal 2013 – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento na Infância

Quadro 6. Estado nutricional das crianças no primeiro ano de vida de acordo com critérios da OMS

Estado nutricional das crianças no primeiro ano de vida (recolha do registo)				
	Nascimento N=2010 n (%)	2 meses N=1593 n (%)	6 meses N=1441 n (%)	12 meses N=1586 n (%)
Desnutridos (Z-score IMC < -2)	45 (2,2)	58 (3,6)	32 (2,2)	6 (0,4)
Normoponderais (Z-score IMC ≥ -2 e ≤1)	1621 (80,6)	1341 (84,2)	1185 (82,2)	1085 (68,4)
Excesso de peso (Z-score IMC >1 e ≤2)	295 (14,7)	171 (10,7)	191 (13,3)	399 (25,2)
Obesidade (Z-score IMC >2)	49 (2,4)	23 (1,4)	33 (2,3)	96 (6,1)

Critérios da OMS
Fonte: EPACI Portugal 2013 – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento na Infância

Quadro 7. Estado nutricional das crianças dos 12-36 meses de vida de acordo com critérios da OMS

Estado nutricional das crianças dos 12-36 meses de vida (dados da avaliação)		
	12-24 meses N=1049 n (%)	24-36 meses N=1056 n (%)
Desnutridos (Z-score IMC < -2)	22 (2,1)	19 (1,8)
Normoponderais (Z-score IMC ≥ -2 e ≤1)	684 (65,2)	726 (68,8)
Excesso de peso (Z-score IMC >1 e ≤2)	277 (26,4)	242 (22,9)
Obesidade (Z-score IMC >2)	66 (6,3)	69 (6,5)

Fonte: EPACI Portugal 2013 – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento na Infância

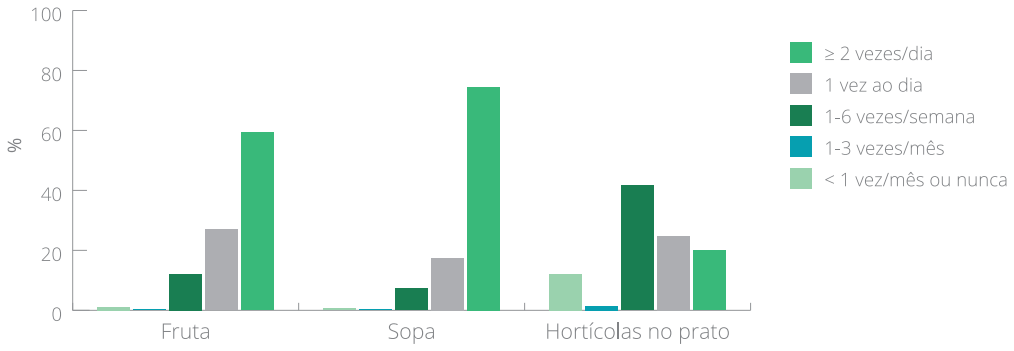
2.3. Hábitos alimentares de crianças em idade pré-escolar (4 anos)

Os dados apresentados para as crianças em idade pré-escolar são provenientes da primeira coorte de nascimentos Portuguesa que acompanha prospetivamente 8647 crianças, nascidas em todos os hospitais públicos com maternidade da área metropolitana do Porto, nos anos de 2005 e 2006 (Geração 21). Este estudo, de natureza populacional e prospetiva, permite observar o crescimento e desenvolvimento de crianças e os fatores que os influenciam, nomeadamente os alimentares aos 4 anos de idade.

Com a informação alimentar recolhida foi possível quantificar a frequência de consumo de alimentos (obtida através do questionário de frequência alimentar), a quantidade de consumo de alimentos e de nutrientes, a inadequação nutricional e os respetivos locais de consumo das crianças (obtidos através dos diários alimentares).

De sublinhar o consumo frequente de fruta, sopa e produtos hortícolas no prato com esta idade. Das crianças avaliadas 92% consome sopa pelo menos uma vez por dia e 86% consome diariamente fruta fresca. Por outro lado, é também frequente o consumo de bebidas com baixo valor nutricional e elevado valor energético. Mais de metade das crianças (52%) consome refrigerantes e néctares (colas, refrigerantes gaseificados, refrigerantes sem gás, ice tea e néctares) diariamente.

Figura 11. Proporção de crianças por classes de frequência de consumo de fruta e hortícolas (%)



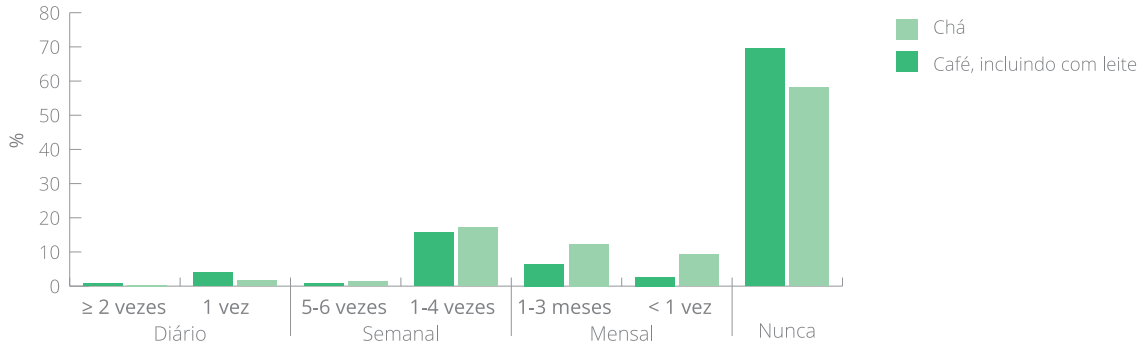
Fonte: LOPES, Carla *et al.* (2014)

Quadro 8. Frequência e proporção de consumo de bebidas (crianças com 4 anos de idade)

	Diário		Semanal		Mensal		Nunca
	≥ 2 vezes n(%)	1 vez n(%)	5-6 vezes n(%)	1-4 vezes n(%)	1-3 meses n(%)	< 1 vez n(%)	
Café e chá	67 (1,2)	331 (5,7)	135 (2,3)	166 (28,6)	774 (13,3)	467 (8,0)	2377 (40,9)
Café, incluindo com leite	44 (0,8)	232 (4,0)	43 (0,7)	914 (15,7)	378 (6,5)	159 (2,7)	4041 (69,5)
Chá	17 (0,3)	94 (1,6)	82 (1,4)	992 (17,1)	713 (12,3)	532 (9,2)	3381 (58,2)
Chá preto ou verde	4 (0,1)	18 (0,3)	8 (0,1)	212 (3,6)	176 (3,0)	136 (2,3)	5257 (90,5)
Chá de ervas	13 (0,2)	83 (1,4)	35 (0,6)	851 (14,6)	724 (12,5)	507 (8,7)	3598 (61,9)
Refrigerantes e néctares (a)	359 (20,2)	562 (31,6)	156 (8,8)	550 (30,9)	75 (4,2)	21 (1,2)	57 (3,2)
Colas	9 (0,5)	33 (1,9)	14 (0,8)	353 (19,8)	359 (20,2)	191 (10,7)	821 (46,1)
Refrigerantes com gás	9 (0,5)	41 (2,3)	6 (0,3)	222 (12,5)	190 (10,7)	134 (7,5)	1178 (66,2)
Refrigerantes sem gás	59 (3,3)	173 (9,7)	79 (4,4)	629 (35,3)	277 (15,6)	117 (6,6)	446 (25,1)
Ice tea	110 (6,2)	254 (14,3)	61 (3,4)	618 (34,7)	286 (16,1)	121 (6,8)	330 (18,5)
Néctares embalados	30 (1,7)	141 (7,9)	73 (4,1)	670 (37,6)	283 (15,9)	113 (6,3)	470 (26,4)

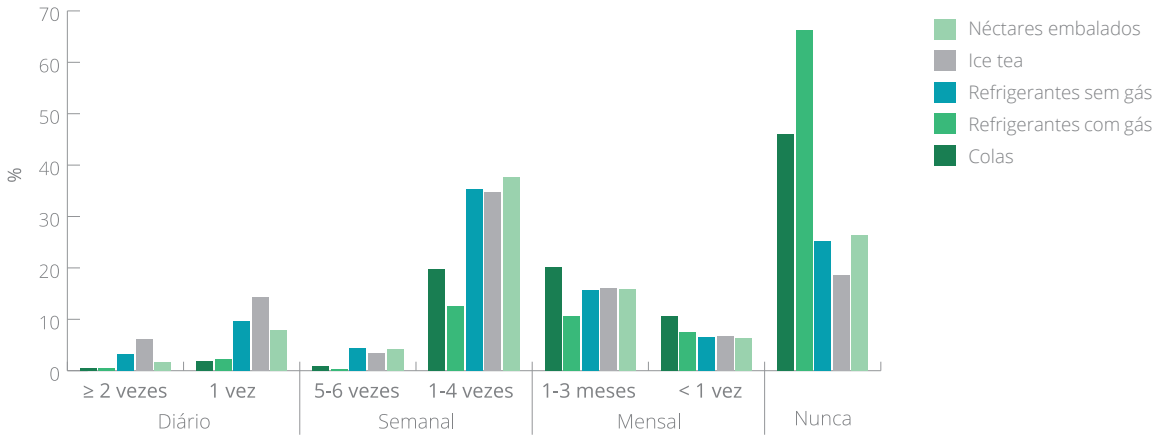
(a) A totalidade dos itens que compõe o grupo de refrigerantes e de néctares não estava disponível para todas as crianças pelo que as estimativas para este grupo foram realizadas numa subamostra de 1780 indivíduos. Fonte: LOPES, Carla *et al*. (2014).

Figura 12. Proporção de consumo de chá e de café, incluindo com leite (4 anos)



Fonte: LOPES, Carla *et al*. (2014).

Figura 13. Proporção de consumo de bebidas (4 anos)



Fonte: LOPES, Carla *et al*. (2014).

Nestas crianças de 4 anos de idade e comparando a ingestão, ajustada para a variabilidade intra-individual, com as recomendações norte-americanas - *Dietary Reference Intakes* (DRI) utilizando as necessidades provenientes das *Estimated Average Requirement* (EAR) como ponto de corte, globalmente, os resultados sugerem uma reduzida prevalência de inadequação de ingestão de micronutrientes (Quadro 9). Contudo, alguns micronutrientes apresentam uma prevalência de inadequação relevante: a vitamina D (100%), a vitamina E (98,6%), o folato (21,5%) e o cálcio (7,0%).

Verifica-se uma ingestão de sódio acima do nível máximo tolerado (UL) em praticamente todas as crianças observadas (99%). O sódio é um dos micronutrientes mais difíceis de medir e habitualmente é subestimado. No estudo aqui descrito e conduzido pela equipa do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) para além do sódio intrínseco aos alimentos foi considerada uma estimativa média do sal adicionado na confeção dos alimentos. A admitir uma possível subestimação, sugere-se que o problema poderá ainda ser de maior dimensão, reforçando a necessidade urgente de intervir a nível populacional. De sublinhar que nesta amostra 65% das crianças consome bolos e doces pelo menos uma vez por dia e 73% das crianças consome *snacks* salgados (pizza, hamburger, batatas fritas e outros *snacks* de pacote) 1 a 4 vezes por semana.

Quadro 9. Prevalência da inadequação de ingestão de micronutrientes (%) e respetivos intervalos de confiança a 95%.

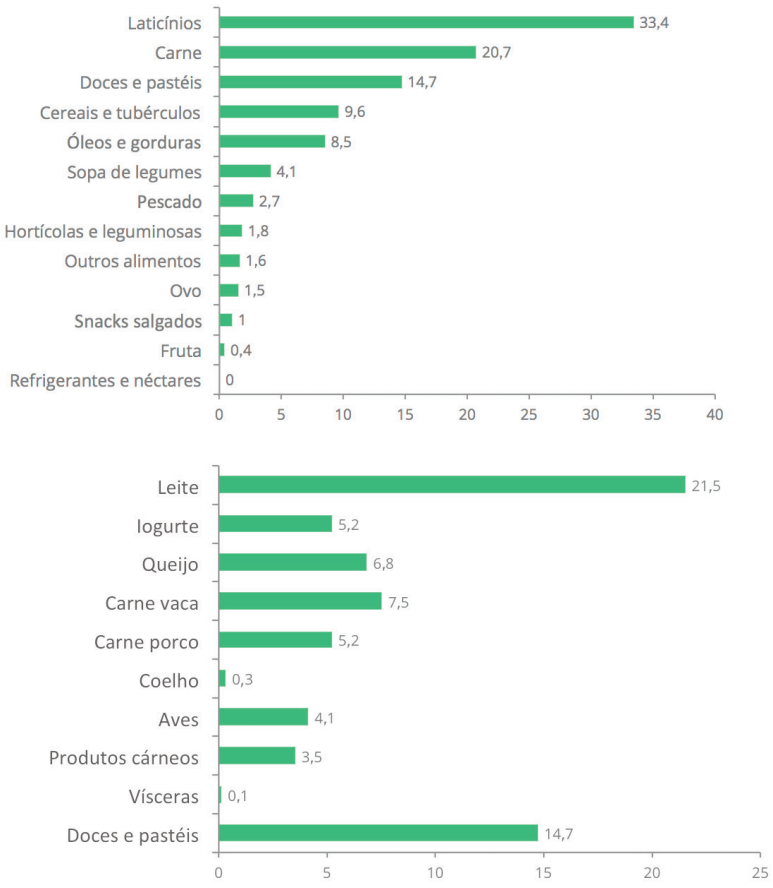
		Total n=2493	Sexo Feminino n=1220	Sexo Masculino n=1273
	EAR			
Vitamina A (µg/dia)	275	0,0 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,3)
Tiamina (mg/dia)	0,5	0,0 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,4)	0,0 (0,0-0,3)
Ribofavina (mg/dia)	0,5	0,0 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,3)
Vitamina B6 (mg/dia)	0,5	0,0 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,3)
Vitamina B12 (µg/dia)	1	0,0 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,3)
Vitamina C (mg/dia)	22	0,0 (0,0-0,1)	0,2 (0,0-0,7)	0,0 (0,0-0,3)
Vitamina D (µg/dia)	10	100 (99,8-100)	100 (99,7-100)	100 (99,7-100)
Vitamina E (mg/dia)	6	98,6 (98,1-99,1)	98,5 (97,7-99,1)	98,8 (98,1-99,3)
Folato (µg/dia)	160	21,5 (19,9-23,1)	28,1 (25,6-30,7)	14,6 (12,7-16,7)
Fósforo (mg/dia)	405	0,0 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,3)
Cálcio (mg/dia)	800	7,0 (6,0-8,1)	9,3 (7,7-11,0)	4,6 (3,5-5,9)
Ferro (mg/dia)	4,1	0,0 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,3)
Magnésio (mg/dia)	110	0,0 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,3)
	UL			
Sódio* (g/dia)	1,9	98,9 (98,4-99,3)	98,0 (97,1-98,7)	99,7 (99,2-99,9)
	AI			
Potássio (g/dia)	3,8	2,7	2,6	2,7

*Valor limite tolerável como
IC 95%: intervalos de confiança a 95%; EAR: *Estimated Average Requirement;* UL: *Tolarable Upper Intake Level*; AI: *Adequate Intake*
Fonte: LOPES, Carla *et al*. (2014).

Para avaliar o contributo alimentar para a ingestão nutricional foram definidos 13 grupos de alimentos principais. Para uma análise mais detalhada, consideraram-se subgrupos dos grupos alimentares mais relevantes, que em geral contribuem com mais de 15% para a ingestão do nutriente considerado.

Como principais fornecedores de ácidos gordos saturados encontram-se os grupos dos lacticínios (33,4%) e da carne (20,7%). De referir o contributo dos doces e pastéis, com baixo valor nutricional mas fornecendo 14,7% da gordura saturada consumida por estas crianças (figura 15).

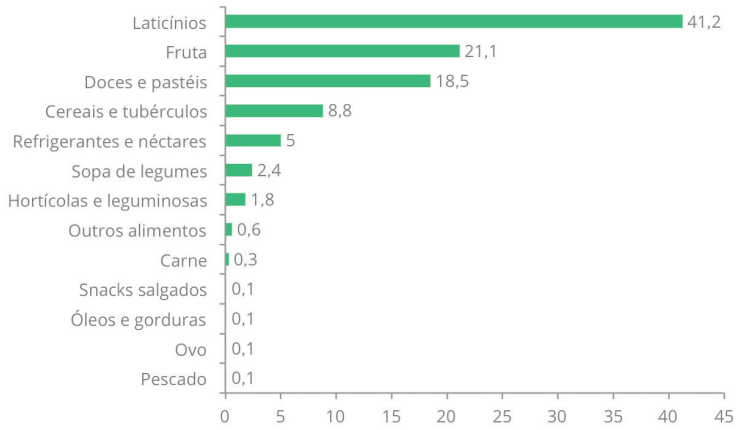
Figura 14. Contributo dos alimentos para a ingestão diária de ácidos gordos saturados (%)



Fonte: LOPES, Carla *et al*. (2014).

Para a ingestão de açúcares, contribuem, em maior proporção, os consumos de lacticínios (41,2%), de fruta (21,1%) que são relevantes fornecedores de outros nutrientes e de doces e pastéis (18,5%) (figura 4.9). Dentro do grupo dos doces e pastéis os bolos, sobremesas e biscoitos doces contribuem com 9,6 %, os produtos de confeitaria contribuem com 6,5% e os gelados com 2,4%.

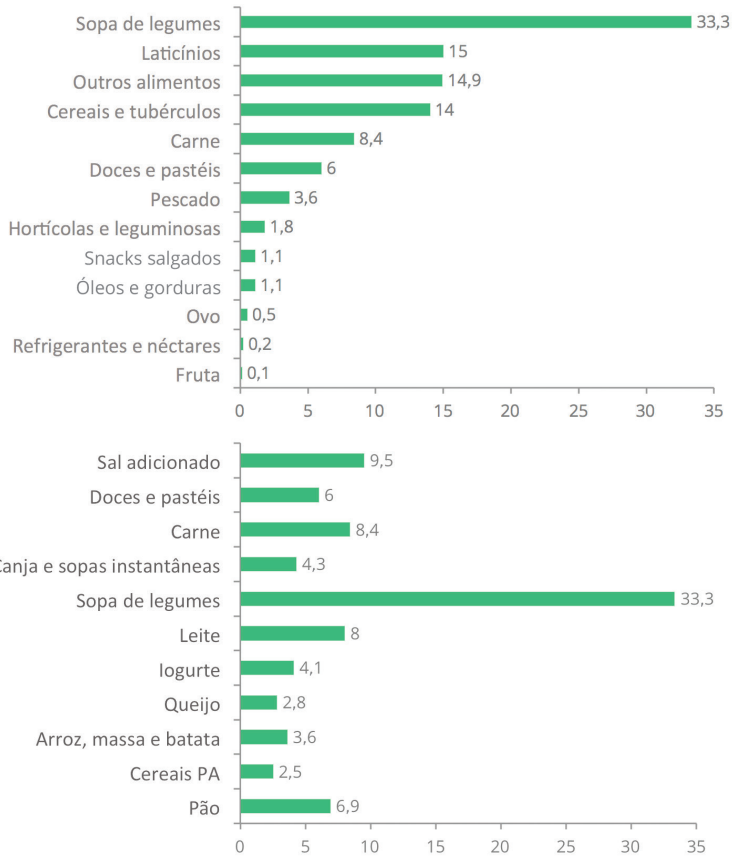
Figura 15. Contributo dos alimentos para a ingestão diária de açúcares (%)



Fonte: LOPES, Carla *et al*. (2014).

Mais de 33% da ingestão de sódio deve-se ao consumo de sopa de legumes, seguindo-se o leite, queijo e iogurte (15,0%), sendo que o leite contribui com 8,0% (figura 17). O grupo dos cereais e tubérculos contribui com 14,0% para a ingestão de sódio, sendo que o pão contribui com 6,4%. O grupo dos outros alimentos contribui com 14,9%, do qual faz parte o sal adicionado aos alimentos (9,5%) e a canja e sopas instantâneas (4,3%).

Figura 16. Contributo dos alimentos para a ingestão diária de sódio (%)



Fonte: LOPES, Carla *et al*. (2014).

2.4. Prevalência da obesidade e excesso de peso por sexo (7-8 anos)

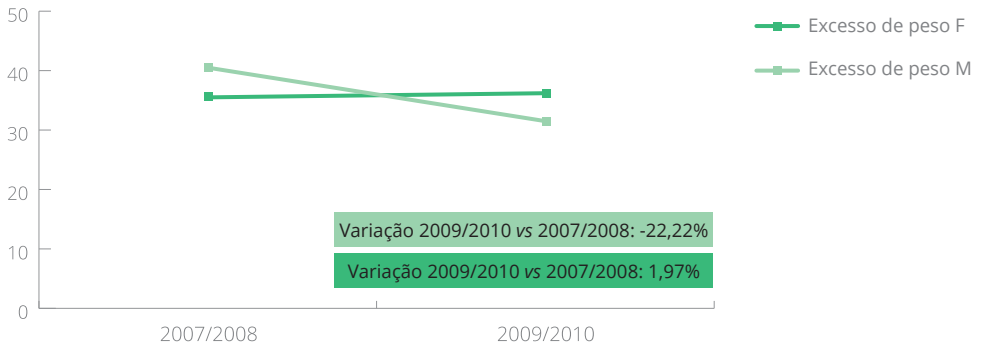
2.4.1. Prevalência da obesidade e excesso de peso por sexo, comparação europeia

Quadro 10. Evolução da Prevalência de excesso de peso e de obesidade por sexo (2009/2010)

	Excesso de peso (%)		Obesidade (%)	
	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Portugal	**31,5**	**36,2**	**14,2**	**12,2**
Espanha	44,6	40,4	21	14,7
Itália	44,8	40,4	22,8	16
Grécia	48,9	44,8	23,9	18,6
Bélgica	23,1	24,1	9,5	8,5
República Checa	24,4	23,7	10,7	7,3
Hungria	25,1	28,2	14,2	10,3
Irlanda	25,7	30	8,6	6,9
Letónia	24,5	22,2	10,8	7,5
Lituânia	24,4	21	9,5	7,1
Noruega	29,2	26,2	11,6	6,2
Eslovénia	29,6	24,8	13,5	9,4

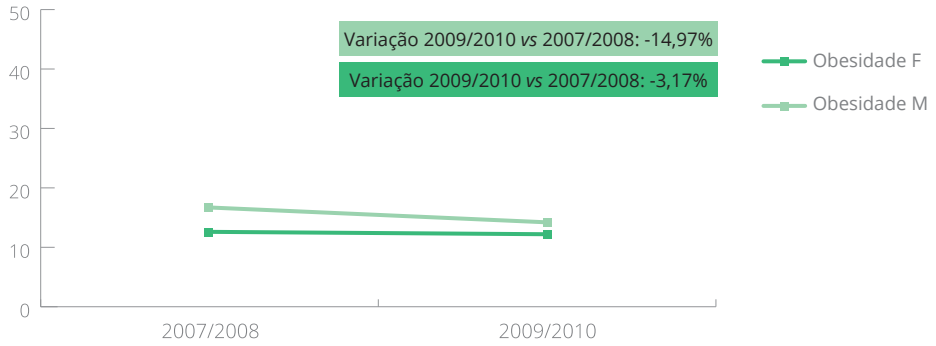
Overweight and obesity are defined as the proportion of children with a BmI-for-age value above +1 Z-score and +2 Z-scores, respectively, relative to the 2007 Who growth reference median and +2 Z-scores, respectively, relative to the 2007 Who growth reference median
Fonte: WHO, European Childhood Obesity (2014)

Figura 17. Evolução da prevalência de excesso de peso nas crianças com 7-8 anos, por sexo nos períodos 2007/2008 e 2009/2010



Fonte: WHO, European Childhood Obesity (2014)

Figura 18. Evolução da prevalência da obesidade nas crianças com 7-8 anos, por sexo nos períodos 2007/2008 e 2009/2010



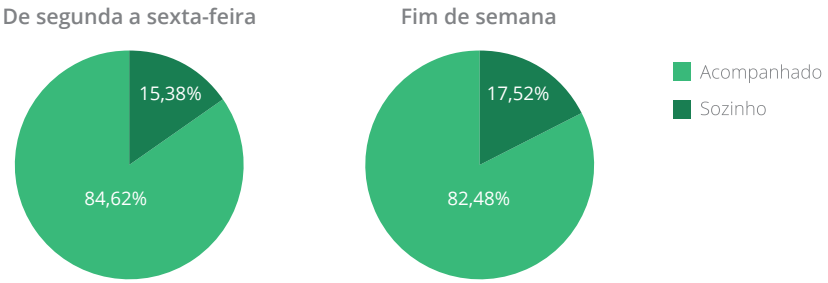
Fonte: WHO, European Childhood Obesity (2014)

2.5. Hábitos alimentares de crianças e jovens em idade escolar – pequeno almoço

O pequeno almoço (PA) é considerado por muitos como a principal refeição do dia. As crianças que tomam o pequeno-almoço, tendem a consumir mais nutrientes essenciais, têm tendência a ter um peso mais adequado do que as que omitem esta refeição e melhor rendimento cognitivo.

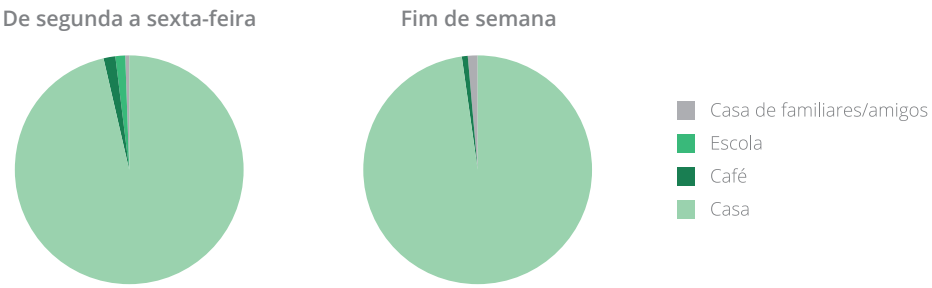
Os dados obtidos nesta seção resultam de um inquérito telefónico a 1200 encarregados de educação possuidores do telemóvel ou residentes em lares com telefone fixo das regiões NUTS II - Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, com pelo menos uma criança que frequenta 1.º, 2.º ou 3.º ciclo de escolaridade.

Figura 19. Percentagem (%) de crianças em idade escolar em função da companhia para tomar o PA



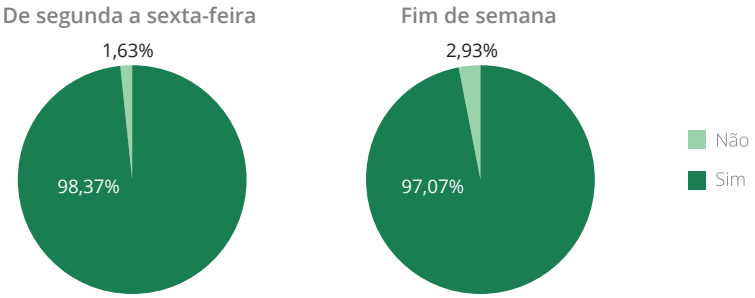
Fonte: Estudo sobre hábitos de consumo alimentar IPAM GEMEO, 2013

Figura 20. Percentagem (%) de crianças em idade escolar em função do local onde toma PA



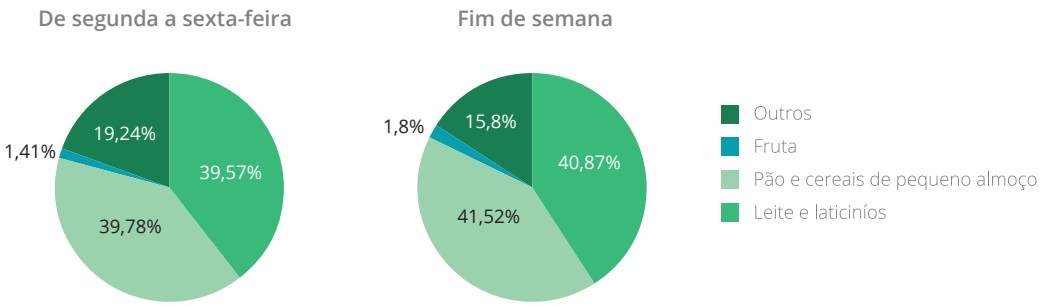
Fonte: Estudo sobre hábitos de consumo alimentar IPAM GEMEO, 2013

Figura 21. Percentagem (%) de crianças em idade escolar que toma o PA



Fonte: Estudo sobre hábitos de consumo alimentar IPAM GEMEO, 2013

Figura 22. Percentagem (%) de crianças em idade escolar que toma um PA completo entre a semana e ao fim de semana



Fonte: Estudo sobre hábitos de consumo alimentar IPAM GEMEO, 2013

2.6. Estado nutricional da população idosa

A população idosa está particularmente suscetível a alterações do estado nutricional, nomeadamente ao aparecimento de desnutrição ou de sarcopenia. Os resultados aqui apresentados permitem caracterizar o estado nutricional dos idosos que frequentam os centros de dia e centros de convívio do concelho de Paços de Ferreira e estudar a associação entre o estado nutricional utilizando o *Mini Nutritional Assessment (MNA)* e a presença de sarcopenia. Identificaram-se os idosos sarcopénicos de acordo com critérios do Consenso Europeu para a Definição e Diagnóstico de Sarcopenia de 2010.

Encontrou-se nesta amostra 2,1% de idosos desnutridos e 31,8% em risco de desnutrição. Foi encontrada uma elevada prevalência de obesidade pois 51,7% apresentavam IMC≥30 Kg/m2. A sarcopenia foi detetada em 15,1% e a obesidade sarcopénica em 2,4% dos idosos avaliados. Estes dados demonstram a necessidade de uma avaliação nacional desta situação.

Quadro 11. Estado nutricional (através do *Mini Nutricional Assessment*) em função do sexo, idade e local habitual de permanência

		Total avaliado n (%)	Desnutrido n (%)	Risco de desnutrição n (%)	Estado nutricional normal n (%)	p
	N total	**337**	**7 (2,1)**	**107 (31,8)**	**223 (66,2)**	
Sexo	Feminino	264	6 (85,7)	83 (77,6)	175 (78,5)	0,876
	Masculino	73	1 (14,3)	24 (22,4)	48 (21,5)	
Idade (anos)	65-69	57	1 (14,3)	12 (11,2)	44 (19,7)	0,001
	70- 79	157	3 (42,9)	39 (36,4)	115 (51,6)	
	80-84	73	2 (28,6)	28 (26,2)	43 (19,3)	
	≥ 85	50	1 (14,3)	28 (26,2)	21 (9,4)	
Local	C. Dia	139	6 (85,7)	52 (48,6)	81 (36,3)	0,006
	C. Convívio	198	1 (14,3)	55 (51,4)	142 (63,7)	

Nota da autora: Os valores percentuais poderão não totalizar os 100% devido aos arredondamentos
Fonte: Bernardo, Soraya; 2013 (adaptado)

Quadro 12. Estado nutricional (através do *Mini Nutricional Assessment*) em função do IMC

		Total avaliado n (%)	Desnutrido n (%)	Risco de desnutrição n (%)	Estado nutricional normal n (%)	p
	N total	**337**	**7 (2,1)**	**107 (31,8)**	**223 (66,2)**	
IMC (OMS)*	17-18,49	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	0,004
	18,5-24,99	43 (12,8)	4 (57,1)	21 (19,6)	18 (8,1)	
	25,0-29,99	119 (35,3)	3 (42,9)	35 (32,7)	81 (36,3)	
	30,0-34,99	103 (30,6)	0 (0,0)	29 (27,1)	74 (33,2)	
	35,0-39,99	59 (17,5)	0 (0,0)	17 (15,9)	42 (18,8)	
	≥40	12 (3,6)	0 (0,0)	4 (3,7)	8 (3,6)	

*Classificação do Indice de Massa Corporal pela Organização Mundial da Saúde;
Os valores percentuais poderão não totalizar os 100% devido aos arredondamentos
Fonte: Bernardo, Soraya; 2013 (adaptado)

Quadro 13. Sarcopenia, obesidade sarcopénica e classificação do estado nutricional

		Total avaliado n (%)	Desnutrido n (%)	Risco de desnutrição n (%)	Estado nutricional normal n (%)	p
	N total	**337**	**7 (2,1)**	**107 (31,8)**	**223 (66,2)**	
Sarcopénia	Ausência	286 (84,9)	5 (71,4)	86 (80,4)	195 (87,4)	0,148
	Presença	51 (15,1)	2 (28,6)	21 (19,6)	28 (12,6)	
Obesidade sarcopénica (OMS - IMC ≥30kg/m2)	Ausência	329 (97,6)	7 (100)	104 (97,2)	218 (97,8)	0,873
	Presença	8 (2,4)	0 (0,0)	3 (2,8)	5 (2,2)	
Obesidade sarcopénica (NSI - IMC >27kg/m2)	Ausência	318 (94,4)	7 (100,0)	102 (95,3)	209 (93,7)	0,678
	Presença	19 (5,6)	0 (0,0)	5 (4,7)	14 (6,3)	

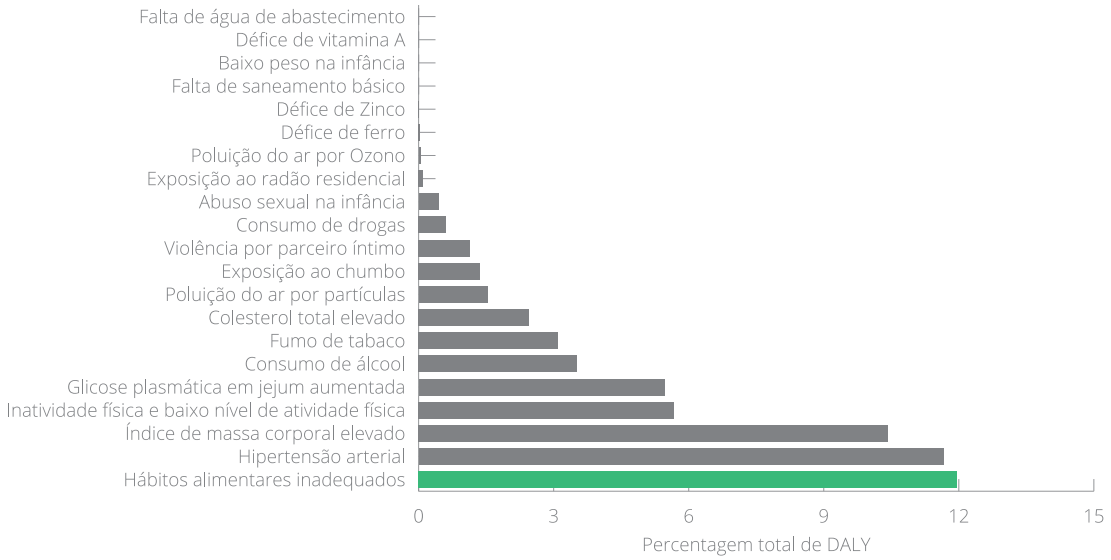
Notas do autor: Obesidade sarcopénica considerando IMC ≥30kg/m2;Obesidade Sarcopénica considerando IMC >27kg/m2; Os valores percentuais poderão não totalizar os 100% devido aos arredondamentos
Fonte: Bernardo, Soraya; 2013 (adaptado)

2.7. Carga Global da Doença

De acordo com as estimativas efetuadas no âmbito da Iniciativa GBD, em 2010, os hábitos alimentares inadequados em Portugal foi responsável por 11, 96% do total de anos de vida prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade, no sexo feminino, e por 15,27% no sexo masculino (GBD, 2013), expressos em DALY (Disability Adjusted Life years; 1 DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável).

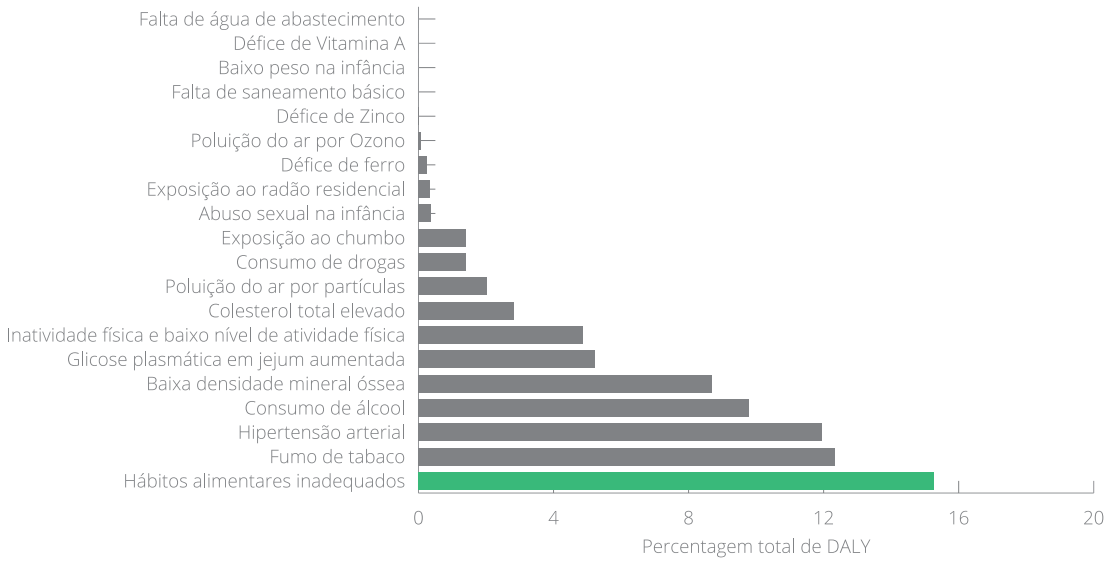
Para ambos os sexos, os hábitos alimentares inadequados constituem o primeiro fator de risco de perda de anos de vida.

Figura 23. Anos de vida ajustados à incapacidade calculados para o sexo feminino no ano de 2010



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

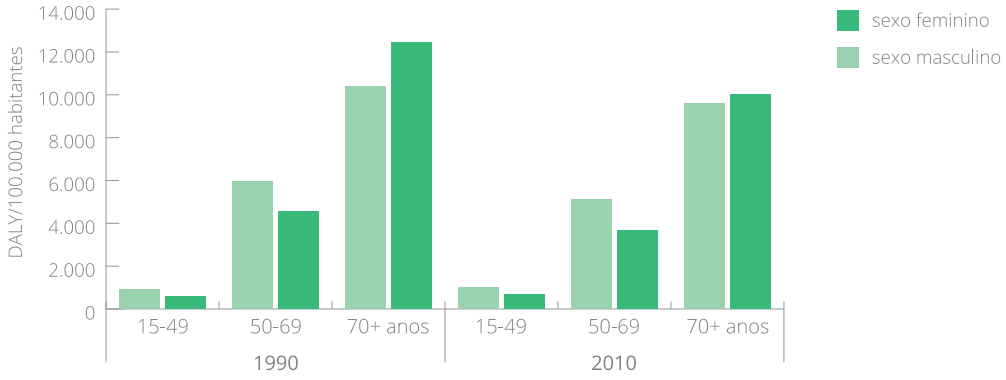
Figura 24. Anos de vida ajustados à incapacidade, calculados para o sexo masculino no ano de 2010



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

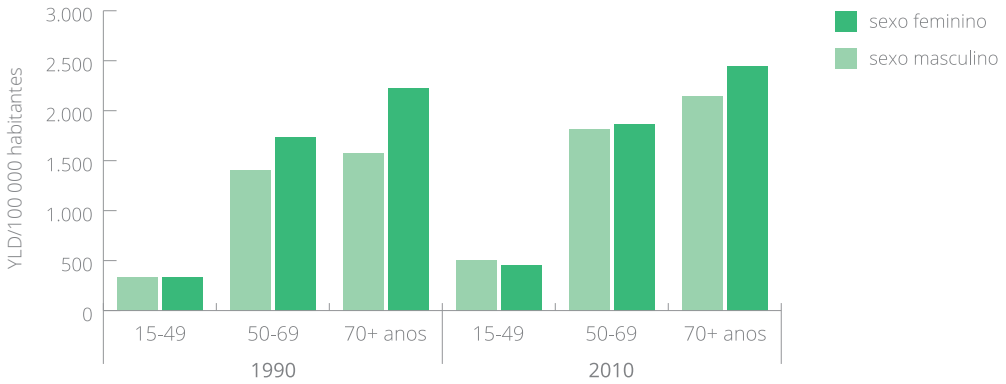
2.7.1. Obesidade

Figura 25. Anos de vida ajustados à incapacidade da população portuguesa associado à obesidade (1990-2010)



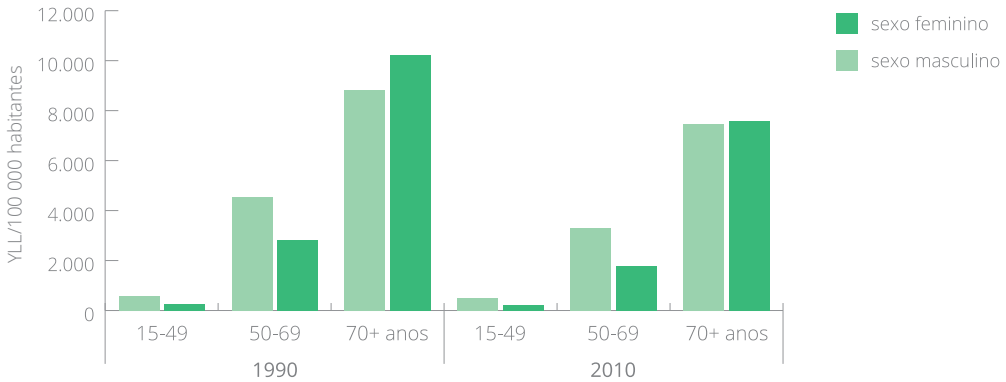
Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

Figura 26. Anos de vida vividos com incapacidade devido a incapacidade pela população portuguesa, associado à obesidade (1990-2010)



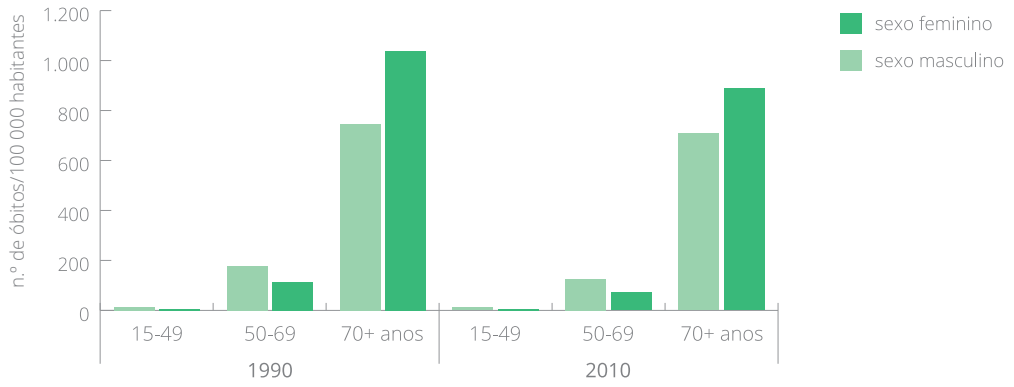
Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

Figura 27. Anos de vida potencialmente perdidos pela população portuguesa, associado à obesidade (1990-2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

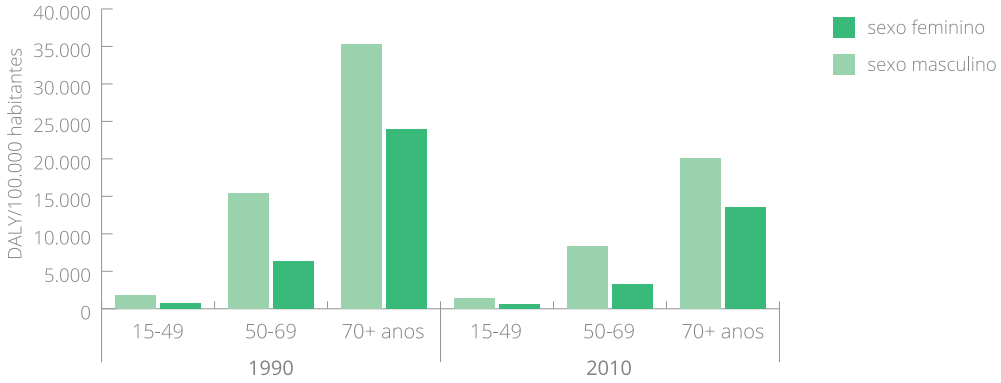
Figura 28. Taxa de mortalidade na população portuguesa associado à obesidade (1990-2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

2.7.2. Hábitos Alimentares inadequados[1]

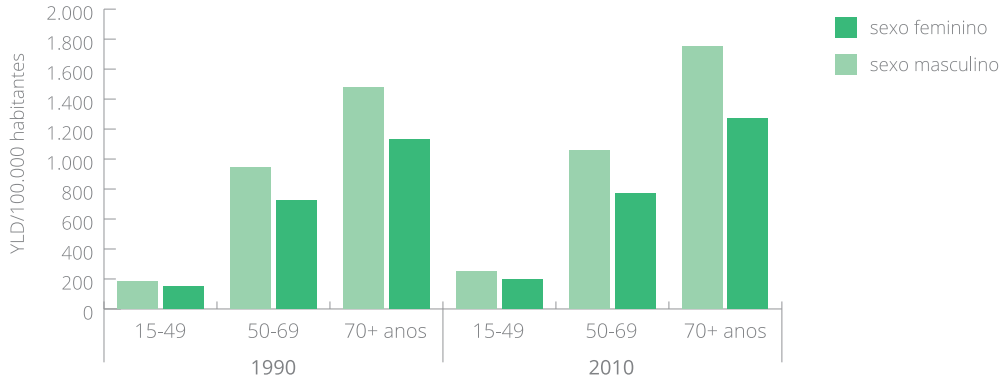
Figura 29. Anos de vida ajustados à incapacidade da população portuguesa associados a riscos alimentares (1990-2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

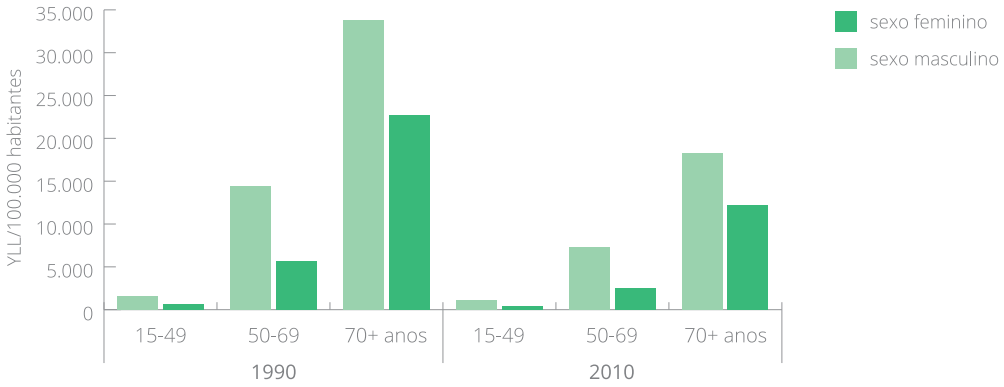
[1] http://www.humanosphere.org/global-health/2013/07/the-global-burden-of-a-poor-diet/

Figura 30. Anos perdidos devido a incapacidade pela população associados a hábitos alimentares inadequados (1990-2010)



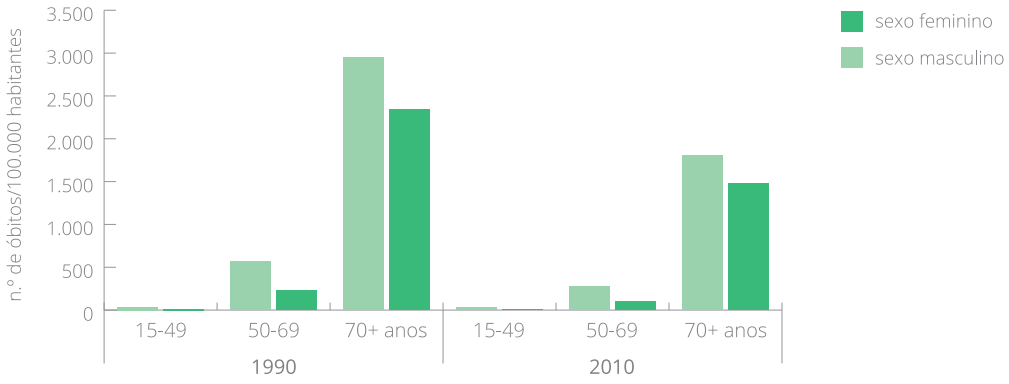
Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

Figura 31. Anos de vida potencialmente perdidos pela população associados a hábitos alimentares inadequados (1990-2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

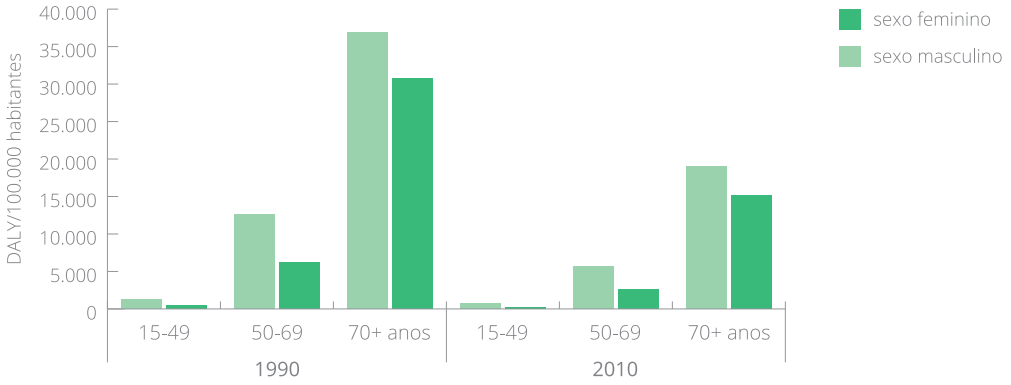
Figura 32. Taxa de mortalidade na população portuguesa associados a hábitos alimentares inadequados (1990-2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

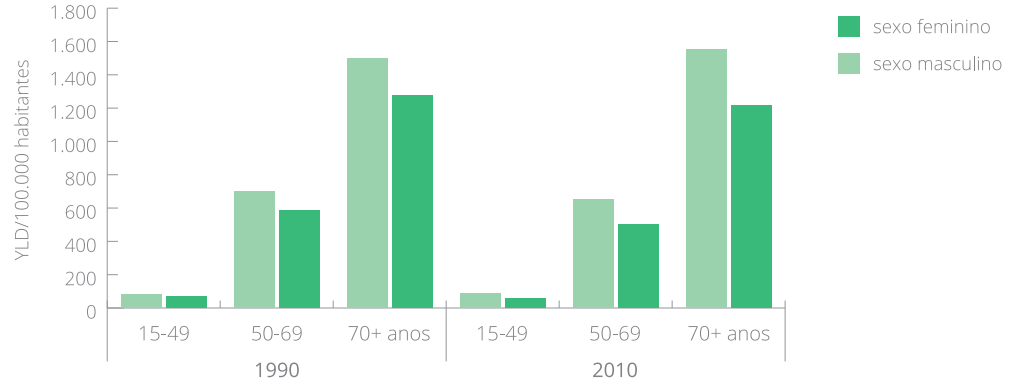
2.7.3. Hipertensão arterial

Figura 33. Anos de vida ajustados à incapacidade da população portuguesa associado à hipertensão arterial (1990-2010)



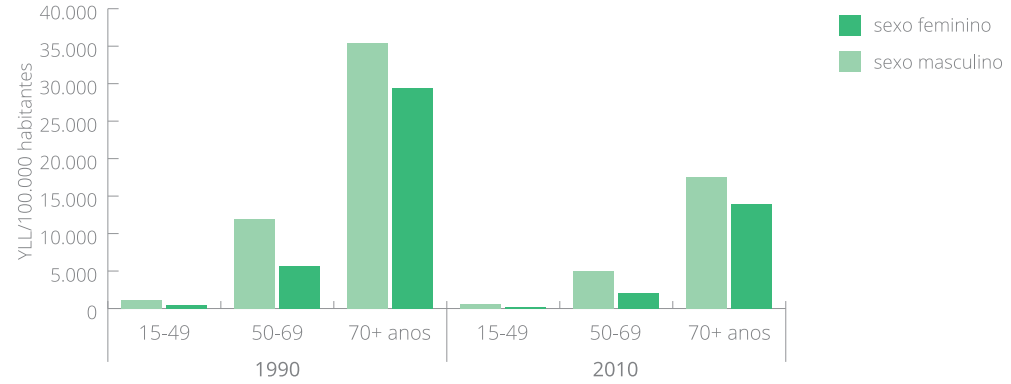
Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

Figura 34. Anos de vida vividos com incapacidade devido a incapacidade pela população associado à hipertensão arterial (1990-2010)



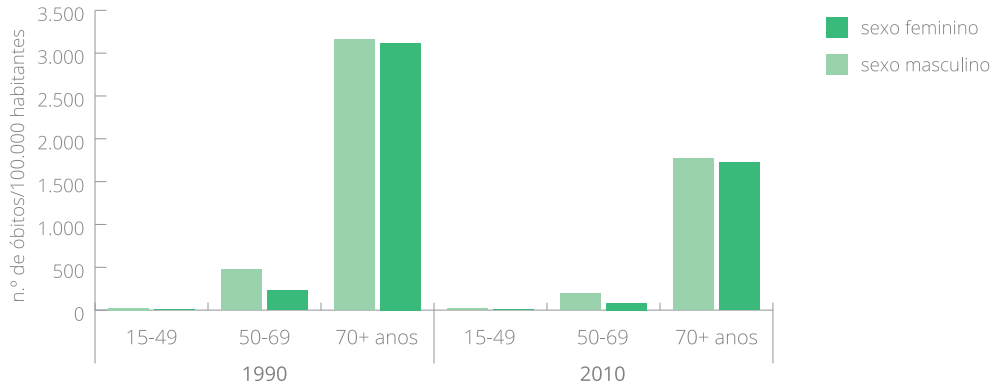
Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

Figura 35. Anos de vida potencialmente perdidos pela população associado à hipertensão arterial (1990-2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

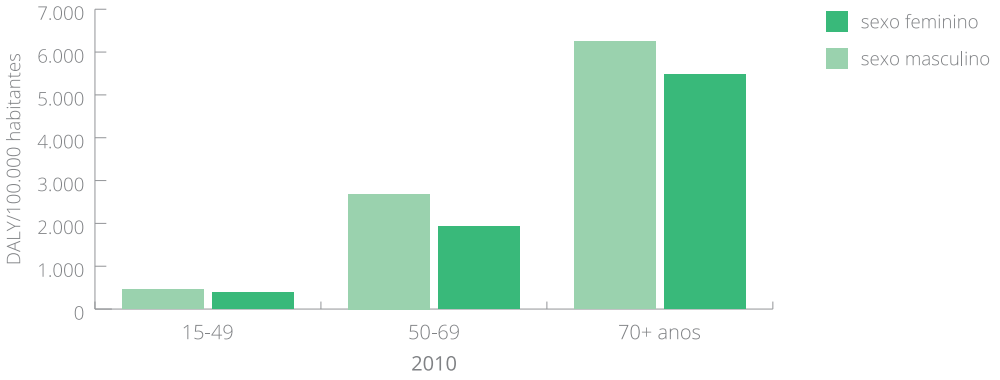
Figura 36. Taxa de mortalidade na população portuguesa associado à hipertensão arterial (1990-2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

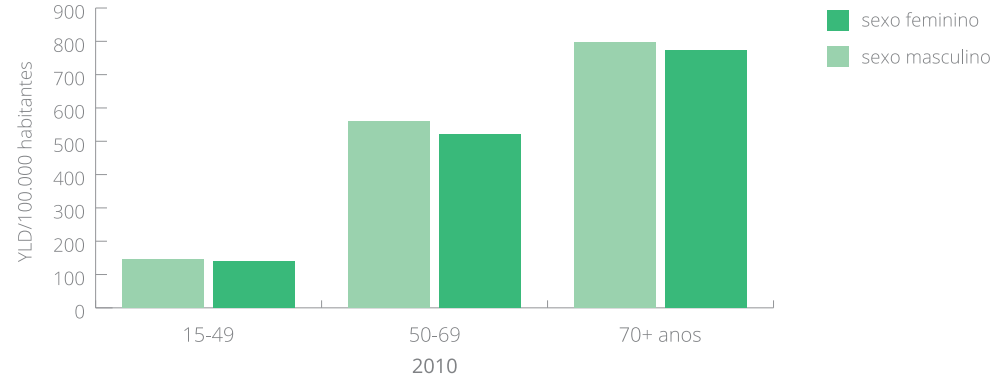
2.7.4. Inatividade física

Figura 37. Anos de vida ajustados à incapacidade da população portuguesa associados à inatividade física (2010)



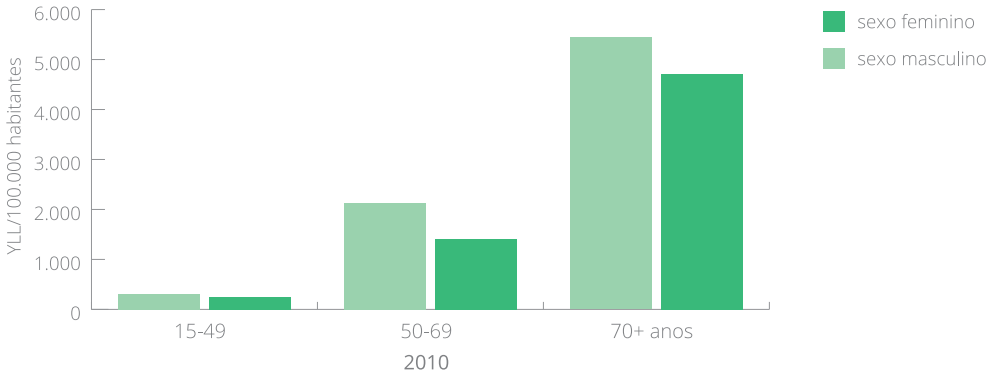
Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

Figura 38. Anos de vida vividos com incapacidade pela população associados à inatividade física (2010)



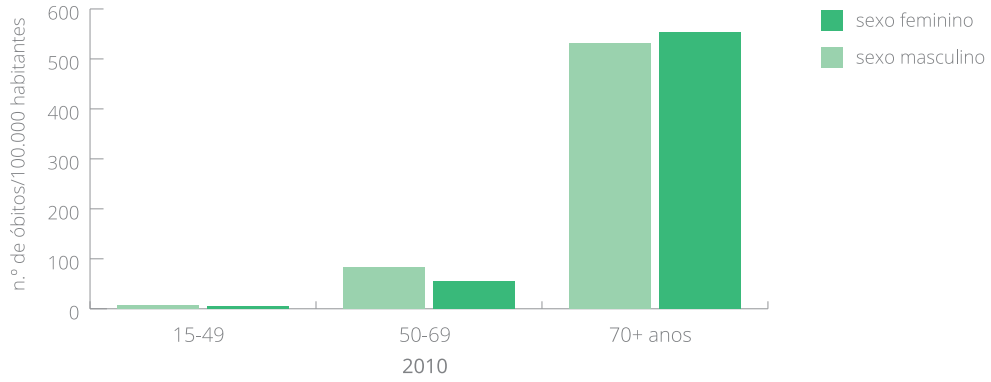
Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

Figura 39. Anos de vida potencialmente perdidos pela população associados à inatividade física (2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

Figura 40. Taxa de mortalidade na população portuguesa associados à inatividade física (2010)



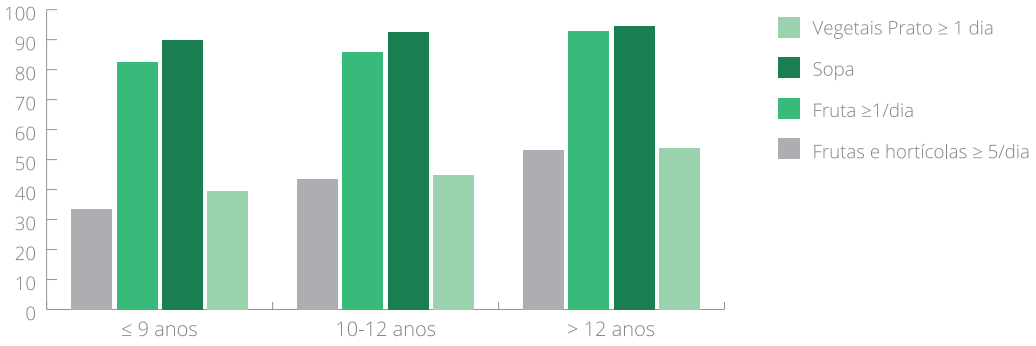
Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010 (acedido em 26/08/2014).

3. ALGUNS DETERMINANTES DO CONSUMO ALIMENTAR

O consumo inadequado de fruta e hortícolas é considerado um dos principais determinantes de doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares e alguns tipos de cancro. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o consumo diário de pelo menos 400g de fruta e hortícolas, o equivalente a aproximadamente 5 porções diárias destes alimentos. Por outro lado, também o efeito dos alimentos com elevada densidade energética no crescimento e na saúde das crianças, em particular na obesidade, tem sido um dos aspetos mais largamente estudado, dado o aumento exponencial da disponibilidade destes alimentos nas últimas décadas.

Verifica-se que as crianças com mães menos escolarizadas apresentam uma probabilidade inferior de consumir 5 ou mais porções de fruta e hortícolas.

Figura 41. Frequências diárias de consumo de fruta e hortícolas por classes de escolaridade materna

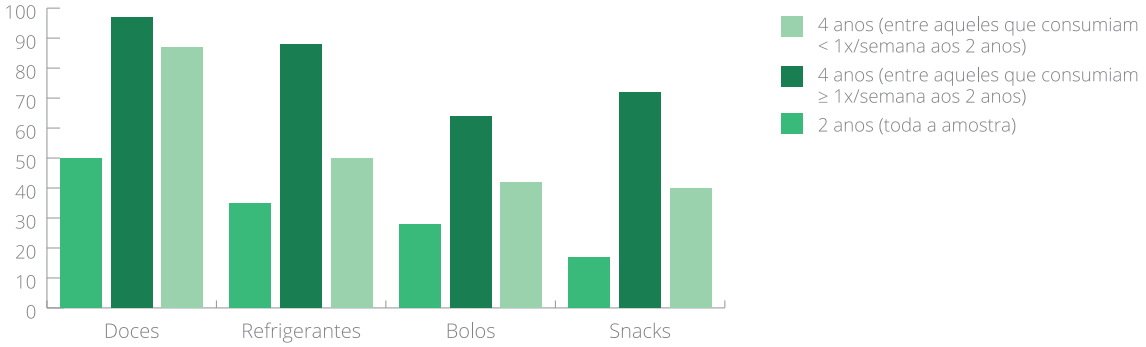


Fonte: LOPES, Carla et al. (2014).

Um maior consumo de alimentos de elevada densidade energética aos 2 anos de idade pode predizer uma alimentação menos equilibrada alguns anos mais tarde.

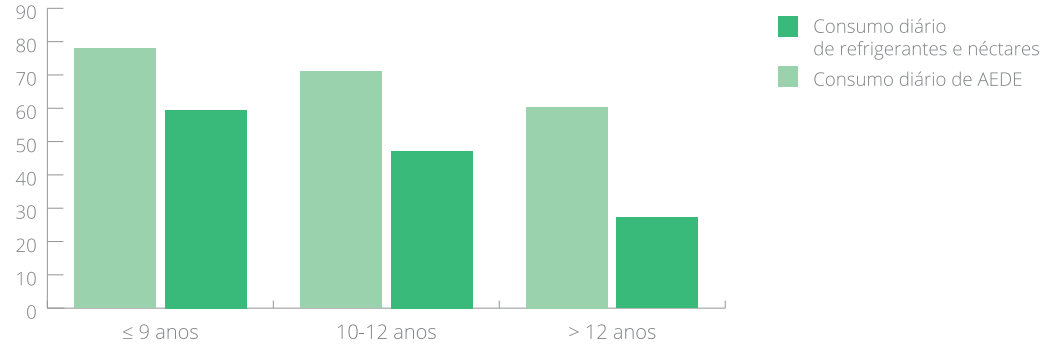
As crianças que aos 2 anos consumiam mais refrigerantes, *snacks*, bolos e doces eram as que consumiam mais estes alimentos aos 4 anos de idade. O consumo diário de qualquer um destes grupos de alimentos é de 32% aos 2 anos e de 96% aos 4 anos.

Figura 42. Consumo de alimentos de elevada densidade energética aos 2 e 4 anos



Fonte: LOPES, Carla et al. (2014).

Figura 43. Proporção de crianças a consumir diariamente alimentos de elevada densidade energética (AEDE), refrigerantes e néctares por classes de escolaridade materna



Fonte: LOPES, Carla et al. (2014).

4. AVALIAÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR EM AGREGADOS FAMILIARES

As situações de insegurança alimentar assumem-se como aquelas em que existe algum tipo de dificuldade no acesso ao alimento, desde a preocupação sobre a capacidade de aceder ao alimento até às situações mais graves ou seja, à incapacidade total de conseguir ter acesso aos alimentos. Os dados referem-se a utentes dos Centros de Saúde de Portugal Continental com 18 ou mais anos de idade que responderam a questões de caracterização pessoal e do seu agregado familiar. A metodologia utilizada para a avaliação da condição de Segurança Alimentar das famílias portuguesas corresponde a uma Escala de Insegurança Alimentar" adaptada originalmente desenvolvida pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) composta por 14 questões referentes aos últimos 3 meses. Para a análise dos resultados da aplicação da escala, os agregados familiares são classificados de acordo com a sua condição de Segurança Alimentar em 4 categorias – Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar Ligeira, Insegurança Alimentar Moderada e Insegurança Alimentar Grave. Destaca-se o facto de estas escalas representarem uma medida subjetiva de avaliação da situação de Segurança Alimentar. Os resultados obtidos pela aplicação deste tipo de instrumentos podem ser afetados pela auto-perceção Individual do risco de Insegurança Alimentar, que no atual contexto de instabilidade socioeconómica pode ser um fator relevante.

Quadro 14. Classificação dos inquiridos de acordo com a situação de Segurança Alimentar, Portugal Continental, 2011-2013

Classe de Segurança Alimentar 2011-2013									
	2011			2012			2013		
	Prevalência (%)	IC95%	n	Prevalência (%)	IC95%	N	Prevalência (%)	IC95%	N
Sem Insegurança Alimentar	51,6	48,7-54,4	612	50,9	48,1-53,8	615	49,3	46,6-51,9	681
Com Insegurança Alimentar	48,4	45,6-51,3	575	49	46,2-51,9	593	50,7	48,1-53,4	701
Insegurança Alimentar Ligeira	30,9	28,3-33,6	367	32,1	29,5-34,8	388	33,4	30,9-35,9	461
Insegurança Alimentar Moderada	11,1	9,4-13	132	8,1	6,7-9,9	99	10,1	8,6-11,8	140
Insegurança Alimentar Grave	6,4	5,1-7,9	76	8,8	7,2-10,5	106	7,2	5,9-8,7	100
Total			**1187**			**1208**			**1382**

IC95%: Intervalos de 95% de confiança;
Fonte: InfoFamília, DGS 2014

Quadro 15. Estimativas ajustadas de risco para as situações de Insegurança Alimentar, Portugal continental 2011-2013 (Regressão logística multifatorial) (n=3608)

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA)			
	Algum grau de IA (OR e IC95%)	IA Moderada ou Grave (OR e IC 95%)	IA Grave (OR e IC95%)
Região de Saúde			
Alentejo	0,810 (0,615-1,066)	0,961 (0,673-1,371)	0,935 (0,554-1,577)
Algarve	1,911 (1,473-2,481)**	2,515 (1,858-3,404)**	3,598 (2,411-5,368)**
Centro	1,093 (0,903-1,321)	0,648 (0,491-0,854)*	0,670 (0,445-1,011)
Lisboa e Vale do Tejo	1,617 (1,312-1,992)**	1,252 (0,960-1,633)	1,127 (0,763-1,666)
Norte	Ref.	Ref.	Ref.
Sexo			
Feminino	Ref.	Ref.	Ref.
Masculino	1,263 (1,070-1,491)*	0,975 (0,780-1,219)	0,973 (0,705-1,342)
Grau de instrução			
Ensino Básico 1º Ciclo	Ref.	Ref.	Ref.
Ensino Básico 2º Ciclo	0,857 (0,653-1,124)	0,798 (0,582-1,092)	0,684 (0,444-1,055)
Ensino Básico 3º Ciclo	0,702 (0,532-0,925)*	0,486 (0,342-0,690)**	0,393 (0,233-0,662)**
Ensino Secundário	0,476 (0,368-0,616)**	0,395 (0,285-0,548)**	0,267 (0,161-0,441)**
Ensino Superior	0,255 (0,192-0,339)**	0,213 (0,139-0,324)**	0,219 (0,117-0,408)**
Não sabe ler nem escrever	3,743 (2,514-5,572)**	3,476 (2,278-5,303)**	2,026 (1,195-3,435)*
Sabe ler e escrever sem ter frequentado a escola	1,621 (1,071-2,454)*	3,088 (1,934-4,933)**	2,118 (1,182-3,794)*
Desconhecido	0,773 (0,130-4,610)	0,598 (0,102-3,503)	1,967 (0,320-12,107)
Nacionalidade			
Portuguesa	0,843 (0,479-1,483)	0,902 (0,445-1,829)	1,286 (0,413-4,007)
Estrangeira	Ref.	Ref.	Ref.
Existência de crianças agregado familiar			
Sim	1,112 (0,897-1,380)	0,698 (0,526-0,926)*	0,913 (0,590-1,414)
Não	Ref.	Ref.	Ref.
Grupo Etário			
até 29 anos	1,284 (0,833-1,980)	3,040 (1,731-5,340)**	1,766 (0,780-4,000)
30 a 39 anos	1,659 (1,112-2,474)*	2,929 (1,741-4,927)**	2,305 (1,144-4,641)*
40 a 49 anos	1,403 (0,951-2,069)	3,033 (1,839-5,004)**	2,423 (1,239-4,741)*
50 a 64 anos	1,383 (1,005-1,904)*	3,055 (2,024-4,609)**	2,672 (1,560-4,576)**
65 anos ou mais	Ref.	Ref.	Ref.
Situação Profissional			
Ativo	Ref.	Ref.	Ref.
Desconhecido	0,967 (0,372-2,511)	2,097 (0,703-6,251)	1,240 (0,150-10,263)
Desempregado	2,411 (1,915-3,037)**	2,570 (1,975-3,346)**	3,741 (2,507-5,582)**
Doméstico	1,098 (0,805-1,497)	1,455 (1,016-2,083)*	2,306 (1,387-3,833)*
Estudante	0,470 (0,265-0,833)*	0,673 (0,271-1,673)	----
Reformado	1,065 (0,773-1,469)	1,762 (1,177-2,639)*	1,908 (1,075-3,385)*

* p < 0,05, ** p < 0,001
IMC: Índice de Massa Corporal; OR e IC95%: Odds ratio com intervalos de 95% de confiança;
Fonte: InfoFamília, DGS 2013

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) (continuação)			
	Algum grau de IA (OR e IC95%)	IA Moderada ou Grave (OR e IC 95%)	IA Grave (OR e IC95%)
Nº pessoas do agregado no familiar			
1	Ref.	Ref.	Ref.
2	1,596 (1,190-2,141)*	1,094 (0,760-1,574)	0,667 (0,421-1,059)
3	2,555 (1,826-3,574)**	1,638 (1,085-2,475)*	0,573 (0,325-1,011)
4	3,221 (2,232-4,648)**	1,884 (1,202-2,954)*	0,564 (0,300-1,060)
5 ou mais	4,254 (2,795-6,475)**	3,139 (1,918-5,140)**	1,070 (0,549-2,085)
Nº pessoas contribui rendimento			
0	Ref.	Ref.	Ref.
1	0,608 (0,312-1,184)	0,344 (0,191-0,620)**	0,304 (0,164-0,564)**
2	0,260 (0,133-0,511)**	0,161 (0,088-0,296)**	0,164 (0,085-0,318)**
3 ou mais	0,161 (0,078-0,332)**	0,087 (0,042-0,180)**	0,055 (0,019-0,155)**
Classes de IMC			
Peso Normal	Ref.	Ref.	
Baixo Peso	1,398 (0,759-2,575)	2,294 (1,197-4,397)*	2,133 (0,872-5,218)
Pré-obesidade	1,292 (1,090-1,531)*	1,004 (0,799-1,260)	1,058 (0,765-1,465)
Obesidade	1,257 (1,023-1,545)*	1,101 (0,847-1,430)	1,014 (0,696-1,476)
Ano			
2011	Ref.	Ref.	Ref.
2012	1,310 (1,086-1,581)*	1,207 (0,942-1,547)	1,933 (1,350-2,766)**
2013	1,282 (1,073-1,533)*	1,051 (0,831-1,328)	1,201 (0,846-1,705)

* p < 0,05, ** p < 0,001
IMC: Índice de Massa Corporal; OR e IC95%: Odds ratio com intervalos de 95% de confiança;
Fonte: InfoFamília, DGS 2013

Quadro 16. Distribuição dos agregados familiares de acordo com a alteração do consumo de algum alimento considerado essencial, nos últimos 3 meses, devido a dificuldades económicas, Portugal Continental, 2012 - 2013

Referência a alteração no consumo						
	2012			2013		
	Prevalência (%)	IC95%	n	Prevalência (%)	IC95%	N
Sim	28,6	26,1-31,3	346	27,3	24,9-29,7	377
Não	70	67,3-72,5	845	71.6	69,1-73,9	990
Não sabe	1,4	0,8-2,2	17	1,1	0,6-1,8	15
Total			**1208**			**1384**

IC95%: Intervalos de 95% de confiança;
Fonte: InfoFamília, DGS 2013

Quadro 17. Distribuição dos agregados familiares de acordo com as razões pelas quais nem sempre come o suficiente, Portugal Continental, 2012-2013

"Razões pelas quais nem sempre come o suficiente"						
	2012			2013		
	Prevalência (%)	IC95%	n	Prevalência (%)	IC95%	N
Não tem dinheiro suficiente para comprar alimentos	22,8	20,4-25,2	275	23,9	21,6-26,2	330
É muito difícil ter acesso a um local de venda de alimentos	1,8	1,1-2,7	22	2,2	1,5-3,1	30
Está em dieta para perda de peso	6,7	5,4-8,3	81	5,8	4,6-7,1	80
Não tem condições para cozinhar adequadamente (p. ex. falta de gás, eletricidade ou de algum eletrodoméstico)	0,8	0,4-1,5	10	1,2	0,7-2,0	17
Não é capaz de cozinhar ou comer por problemas de saúde	2,2	1,5-3,2	27	2,1	1,4-3,0	29
Outra razão	2,0	1,3-2,9	24	1,3	0,8-2,0	18
Não se aplica	65,8	63,1-68,5	795	66,6	64,0-69,0	921

IC95%: Intervalos de 95% de confiança;
Fonte: InfoFamília, DGS 2013

Quadro 18. Razões pelas quais nem sempre tem os alimentos que quer ou precisa, Portugal Continental, 2012-2013

"Razões pelas quais nem sempre tem os alimentos que quer ou precisa"						
	2012			2013		
	Prevalência (%)	IC95%	N	Prevalência (%)	IC95%	N
Não tem dinheiro suficiente para comprar alimentos	26,8	24,3-29,4	324	25,4	23,1-27,7	351
É muito difícil ter acesso a um local de venda de alimentos	2,3	1,5-3,3	28	1,9	1,2-2,7	26
Está em dieta para perda de peso	4,5	3,4-5,8	54	4,4	3,4-5,6	61
Não tem condições para cozinhar adequadamente (p. ex. falta de gás, eletricidade ou de algum electrodoméstico	1,3	0,8-2,1	16	0,7	0,3-1,2	9
Não é capaz de cozinhar ou comer por problemas de saúde	1,7	1,1-2,6	21	1,1	0,6-1,8	15
Outra razão	1,9	1,2-2,8	23	1,5	0,9-2,3	21
Não se aplica	62,8	60,0-65,6	759	66,2	63,6-68,6	915

IC95%: Intervalos de 95% de confiança;
Fonte: InfoFamília, DGS 2013

5. MORBILIDADE E MORTALIDADE ASSOCIADA À ALIMENTAÇÃO

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

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

5.1. Registo de doentes com obesidade e pré-obesidade em cuidados de saúde primários

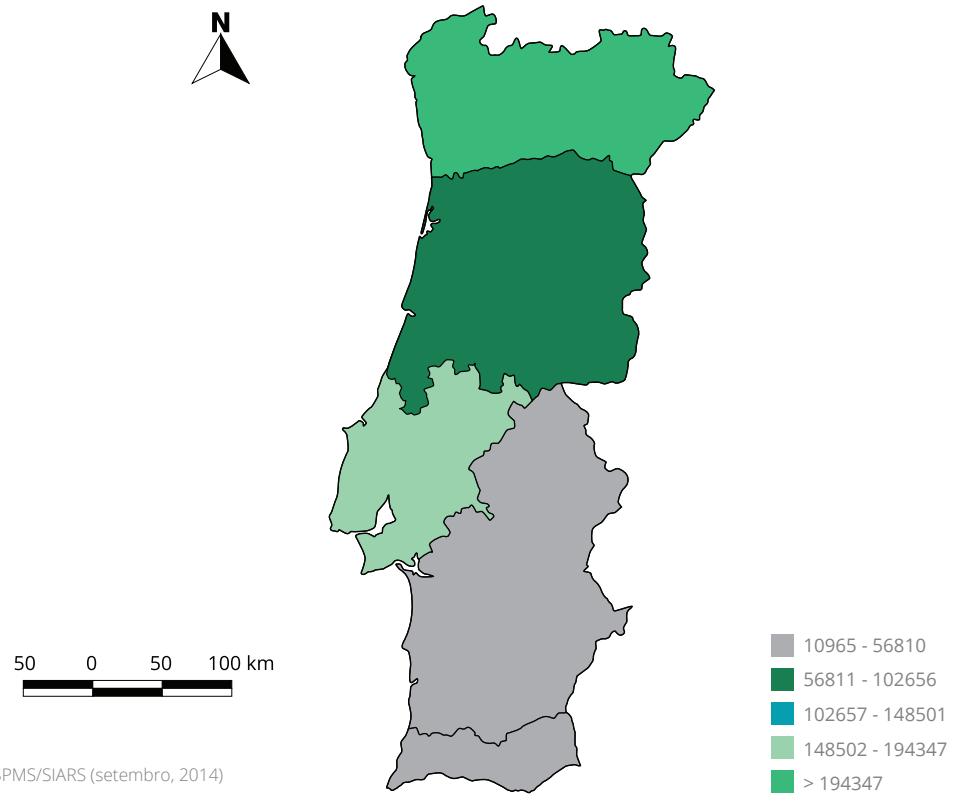
5.1.1 Obesidade em utentes de cuidados de saúde primários

Quadro 19. Evolução do número e percentagem de pessoas com registo de obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2011 a 2013)

	Número de utentes inscritos			Número de utentes com registo de obesidade			% de pessoas com registo de obesidade		
ARS	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Norte	4.057.684	4.011.448	3.811.831	170.232	209.794	240.193	4,20	5,23	6,30
Centro	1.924.672	1.907.299	1.774.533	69.664	82.820	88.263	3,62	4,34	4,97
LVT	4.136.056	3.742.433	3.756.598	100.487	139.180	156.182	2,43	3,72	4,16
Alentejo	548.307	540.329	511.655	22.087	25.860	29.148	4,03	4,79	5,70
Algarve	509.446	510.723	452.176	5.755	8.551	10.965	1,13	1,67	2,42
Total Continente	11.176.165	10.712.232	10.306.793	368.225	466.205	524.751	3,29	4,35	5,09

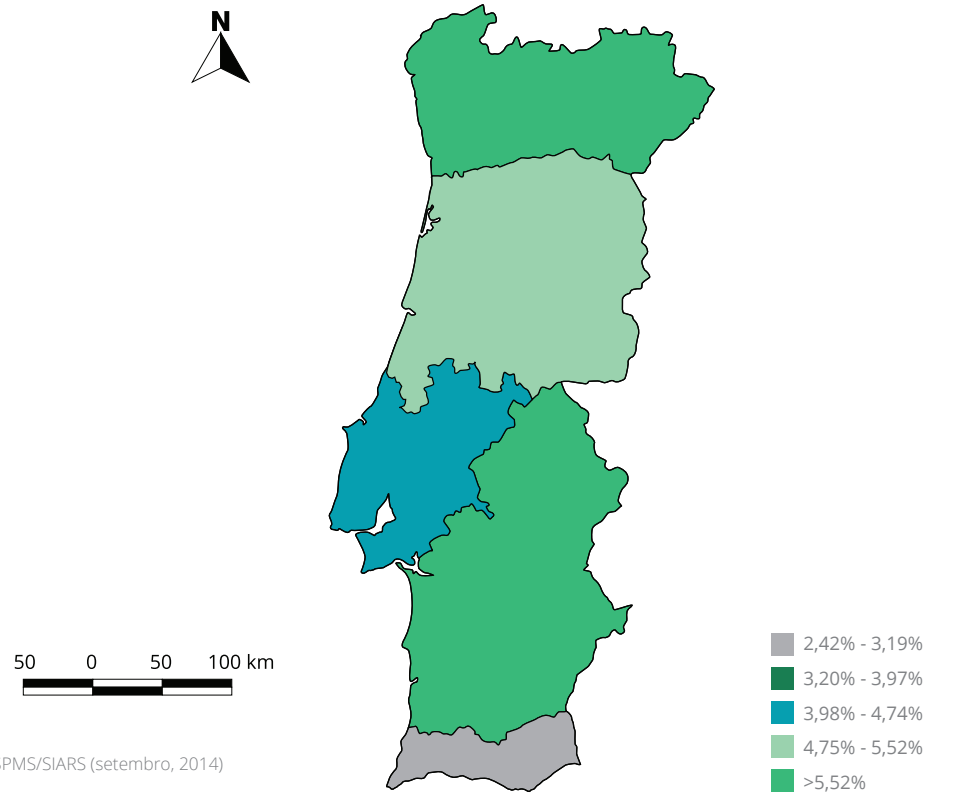
Fonte: SPMS/SIARS (Setembro, 2014)

Figura 44. Número de utentes com registo de obesidade nos cuidados de saúde primários por ARS (2013)



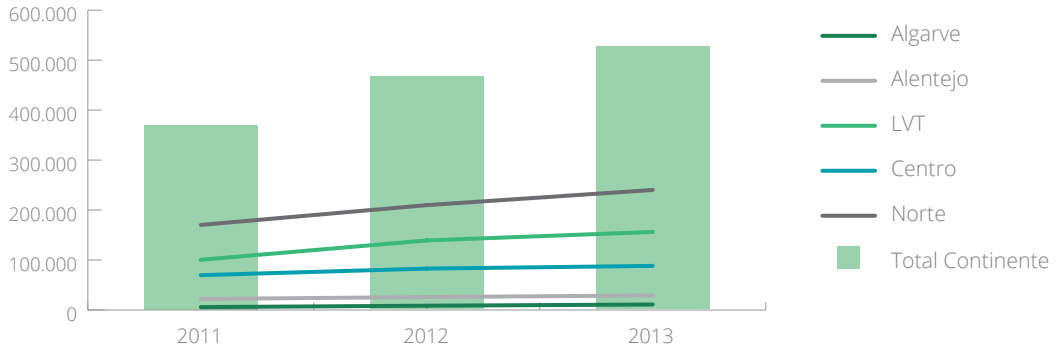
Fonte: SPMS/SIARS (setembro, 2014)

Figura 45. Percentagem de pessoas com registo de Obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP por ARS (2013)



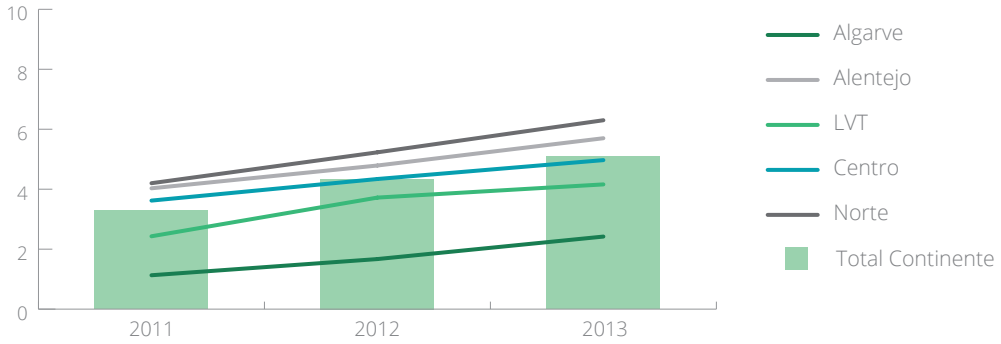
Fonte: SPMS/SIARS (setembro, 2014)

Figura 46. Evolução de pessoas com registo de obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2011 a 2013)



Fonte: SPMS/SIARS (setembro, 2014)

Figura 47. Evolução de % pessoas com registo de obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2011 a 2013)



Fonte: SPMS/SIARS (setembro, 2014)

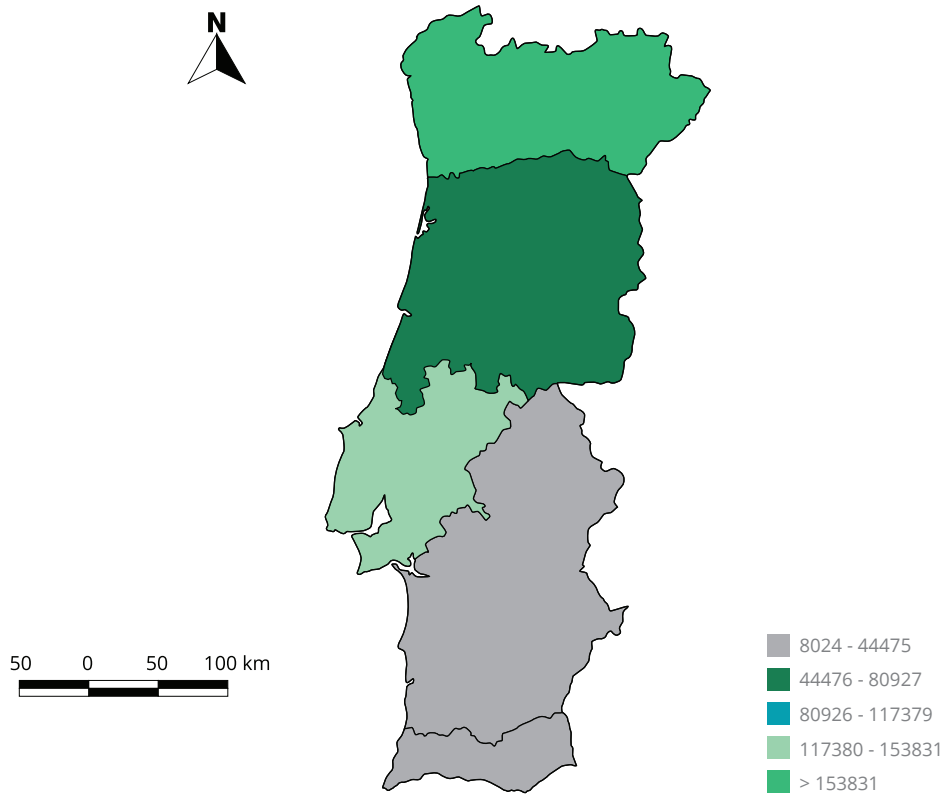
5.1.2. Pré-obesidade em utentes de Cuidados de Saúde Primários

Quadro 20. Número e percentagem de pessoas com registo de pré-obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2013)

	Número de utentes inscritos			Número de utentes com registo de pré-obesidade			% de pessoas com registo de pré-obesidade		
ARS	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Norte	4.057.684	4.011.448	3.811.831	128.127	166.286	190.283	3,16	4,15	4,99
Centro	1.924.672	1.907.299	1.774.533	44.051	55.246	61.900	2,29	2,9	3,49
LVT	4.136.056	3.742.433	3.756.598	63.842	103.244	132.793	1,54	2,76	3,53
Alentejo	548.307	540.329	511.655	11.886	15.127	17.187	2,17	2,8	3,36
Algarve	509.446	510.723	452.176	3.240	5.135	8.024	0,64	1.,01	1,77
Total Continente	11.176.165	10.712.232	10.306.793	251.146	345.038	410.187	2,25	3,22	3,98

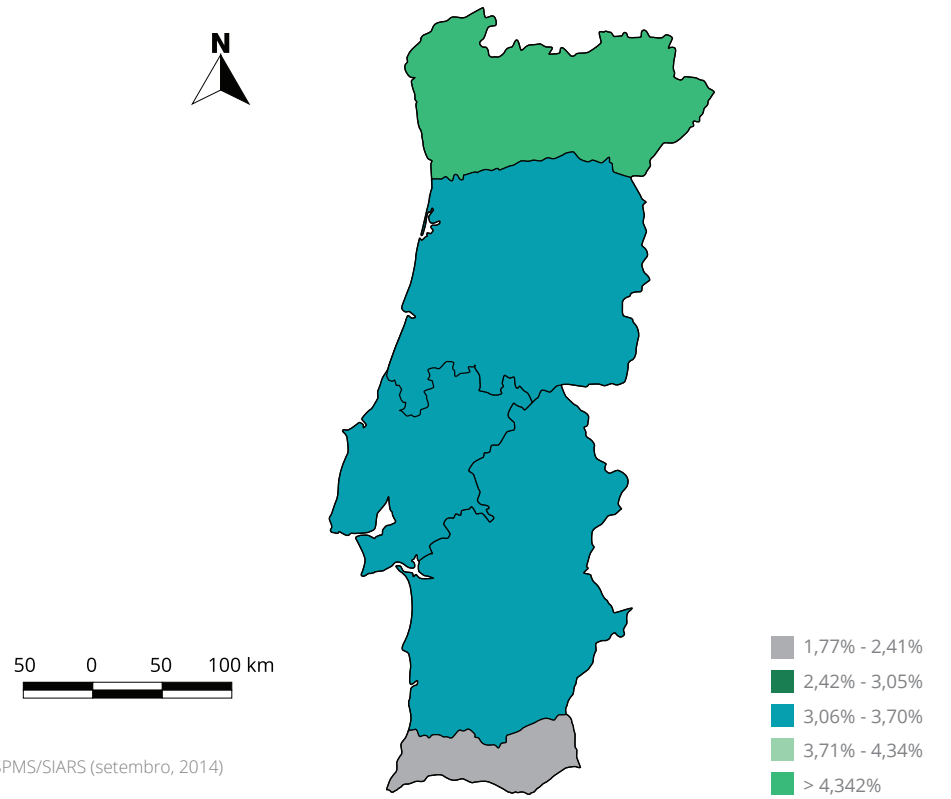
Fonte: SPMS/SIARS (setembro, 2014)

Figura 48. Número de pessoas com registo de pré-obesidade nos cuidados de saúde primários por ARS (2013)



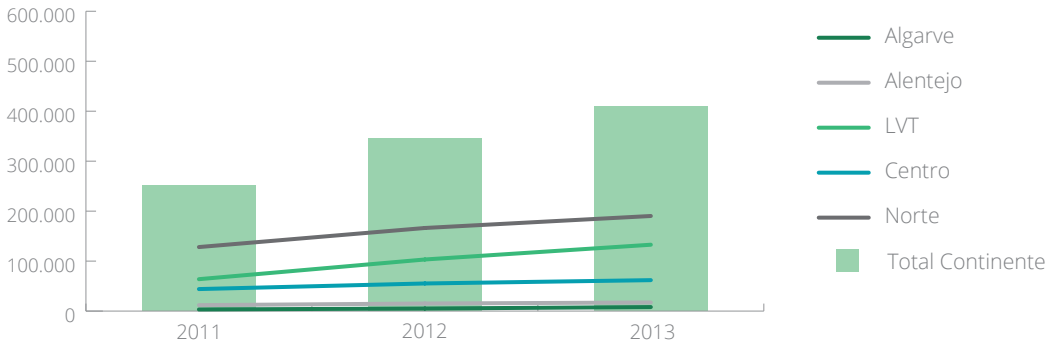
Fonte: SPMS/SIARS (setembro, 2014)

Figura 49. Percentagem de pessoas com registo de pré-obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP por ARS (2013)



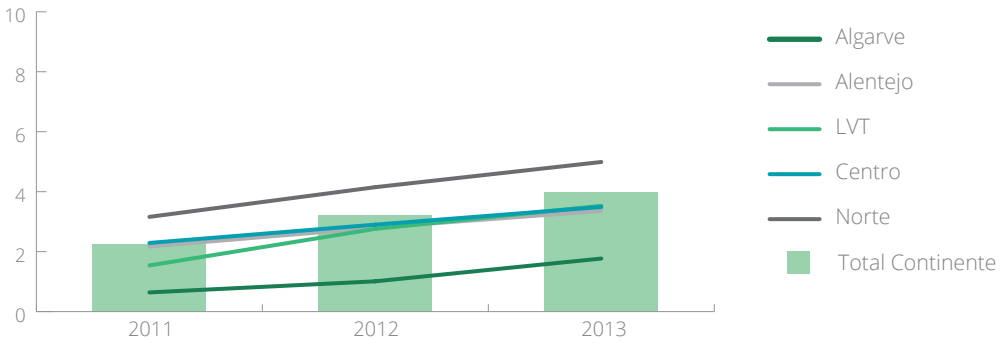
Fonte: SPMS/SIARS (setembro, 2014)

Figura 50. Número de pessoas com registo de pré-obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2013)



Fonte: SPMS/SIARS (setembro, 2014)

Figura 51. Percentagem de pessoas com registo de pré-obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2013)



Fonte: SPMS/SIARS (setembro, 2014)

5.1. Cuidados hospitalares relacionados com o estado nutricional

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

Quadro 21. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Outras formas de desnutrição proteico-calóricas", Portugal Continental (2009 a 2013)

Outras formas de desnutrição proteico-calóricas					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	57	77	61	67	54
Dias Internamento	499	930	624	382	771
Demora Média	8,75	12,08	10,23	5,70	14,28
Day Cases	...	...	0	0	0
Demora Média sem DC	...	...	10,23	5,70	14,28
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	7	5	4	...	11

... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 22. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Avitaminose", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Avitaminose"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	26	51	53	60	48
Dias Internamento	291	429	850	782	614
Demora Média	11,19	8,41	16,04	13,03	12,79
Day Cases	...	...	4	...	...
Demora Média sem DC	...	...	17,35	...	...
Casos Ambulatório	0	0	...	...	...
Óbitos	...	3	0	...	3

... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 23. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anemia por deficiência de ferro", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Anemia por deficiência de ferro"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	1.698	1.746	1.679	1.711	1.564
Dias Internamento	13.480	13.128	13.101	13.437	12.032
Demora Média	7,94	7,52	7,80	7,85	7,69
Day Cases	65	103	34	41	59
Demora Média sem DC	8,25	7,99	7,96	8,05	7,99
Casos Ambulatório	0	0	0	...	0
Óbitos	34	20	32	25	17

... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 24. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Diabetes *Mellitus* com Cetoacidose", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Diabetes *mellitus* com Cetoacidose"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	1.631	1.549	1.437	1.389	1.302
Dias Internamento	11.283	10.587	9.452	10.606	9.177
Demora Média	6,92	6,83	6,58	7,64	7,05
Day Cases	44	26	36	35	36
Demora Média sem DC	7,11	6,95	6,75	7,83	7,25
Casos Ambulatório	0	0	0	0	...
Óbitos	52	57	56	50	51

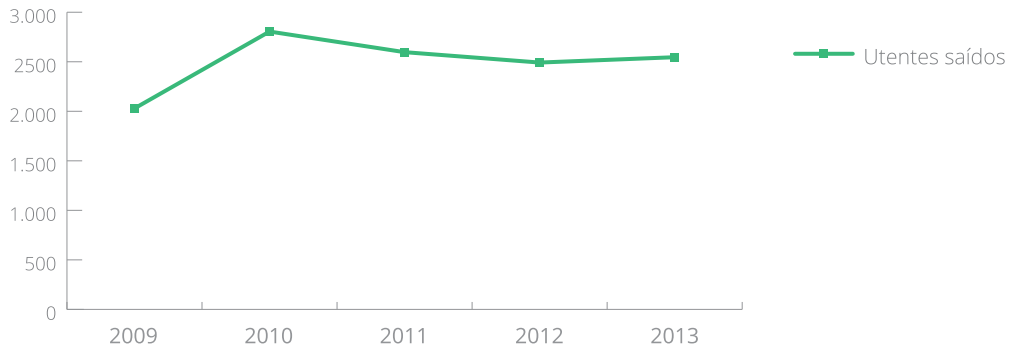
... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 25. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Peso a mais e Obesidade", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Peso a mais e Obesidade"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	2.029	2.805	2.597	2.492	2.546
Dias Internamento	8.882	12.762	12.518	11.914	12.223
Demora Média	4,38	4,55	4,82	4,78	4,8
Day Cases	69	105	94	90	81
Demora Média sem DC	4,53	4,73	5	4,96	4,96
Casos Ambulatório	19	29	27	25	6
Óbitos	6	6	7	7	10

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 52. Evolução da produção hospitalar relativa a "Peso a mais e Obesidade" (2009 a 2013)



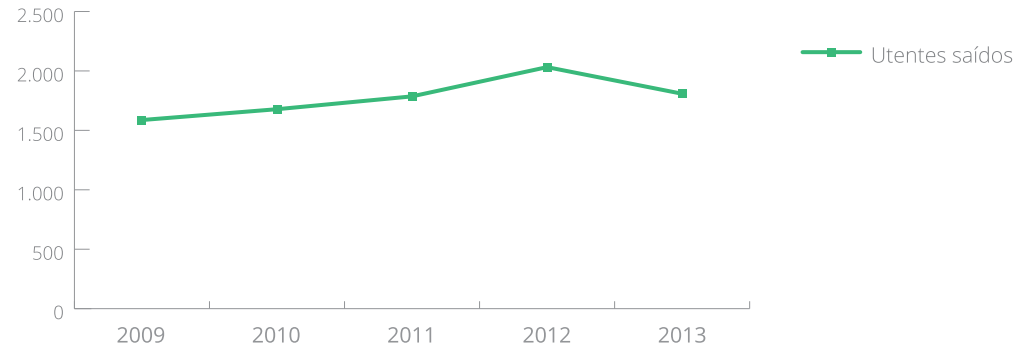
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 26. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade Localizada", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Adiposidade localizada"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	1.587	1.678	1.786	2.032	1.808
Dias Internamento	6.103	6.146	6.554	7.183	6.808
Demora Média	3,85	3,66	3,67	3,53	3,77
Day Cases	83	78	92	122	95
Demora Média sem DC	4,06	3,84	3,87	3,76	3,97
Casos Ambulatório	77	67	71	91	73
Óbitos	0	...	...	0	0

... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 53. Evolução da produção hospitalar relativa a "Adiposidade Localizada" (2009 a 2013)



Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 27. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Formas de Hiperalimentação NCOP", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Formas de Hiperalimentação NCOP"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	24	25	41	13	3
Dias Internamento	194	217	357	125	10
Demora Média	8,08	8,68	8,71	9,62	3,33
Day Cases	0	5	13	0	0
Demora Média sem DC	8,08	10,85	12,75	9,62	3,33
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	0	0	...	...	0

... Dado confidencial; NCOP – não codificadas em outra parte;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 28. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anemia por Deficiência de Vitamina B12 NCOP", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Anemia por Deficiência de Vitamina B12 NCOP"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	88	80	73	88	96
Dias Internamento	906	945	719	766	876
Demora Média	10,30	11,81	9,85	8,70	9,13
Day Cases	3	0	0	...	4
Demora Média sem DC	10,66	11,81	9,85	...	9,52
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	0	...	0	...	...

... Dado confidencial; NCOP – não codificadas em outra parte;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 29. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anemia por Deficiência de Ácido Fólico", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Anemia por Deficiência de Ácido Fólico"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	14	19	20	10	18
Dias Internamento	192	214	283	132	145
Demora Média	13,71	11,26	14,15	13,20	8,06
Day Cases	0	0	0	...	...
Demora Média sem DC	13,71	11,26	14,15	...	...
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	0	0	0	0	...

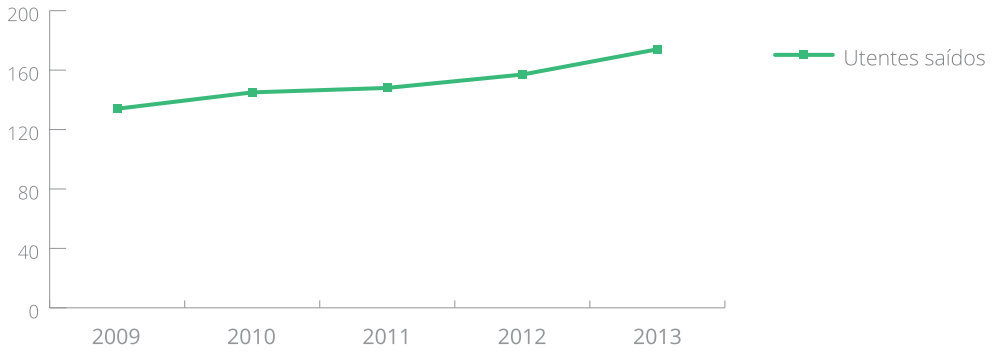
... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 30. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Anorexia"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	134	145	148	157	174
Dias Internamento	3.471	3.871	5.158	5.534	5.966
Demora Média	25,90	26,70	34,85	35,25	34,29
Day Cases	...	3	5	...	4
Demora Média sem DC	...	27,26	36,07	...	35,09
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	...	0	...	...	...

... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 54. Evolução da produção hospitalar relativa a "Anorexia" (2009 a 2013)



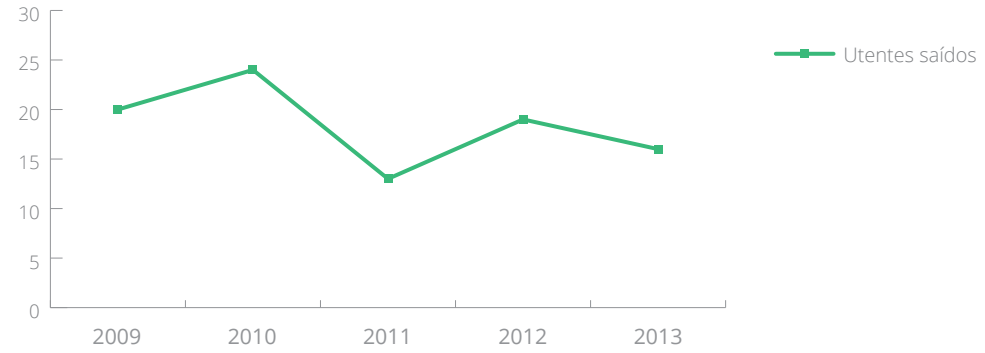
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 31. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Bulimia Nervosa", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Bulimia Nervosa"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	20	24	13	19	16
Dias Internamento	470	355	147	379	325
Demora Média	23,50	14,79	11,31	19,95	20,31
Day Cases	...	3	...	0	0
Demora Média sem DC	...	16,90	...	19,95	20,31
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	0	0	0	0	0

... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 55. Evolução da produção hospitalar relativa a "Bulimia Nervosa" (2009 a 2013)



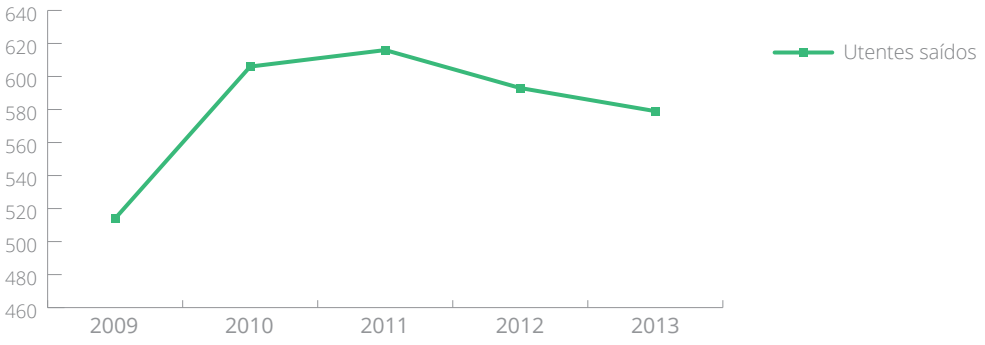
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 32. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Úlcera de Pressão", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Úlcera de Pressão"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	514	606	616	593	579
Dias Internamento	13.258	16.251	14.716	12.911	12.805
Demora Média	25,79	26,82	23,89	21,77	22,12
Day Cases	19	19	20	33	15
Demora Média sem DC	26,78	27,68	24,69	23,06	22,70
Casos Ambulatório	7	7	9	21	10
Óbitos	73	124	104	86	81

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 56. Evolução da produção hospitalar relativa a "Úlcera de Pressão" (2009 a 2013)



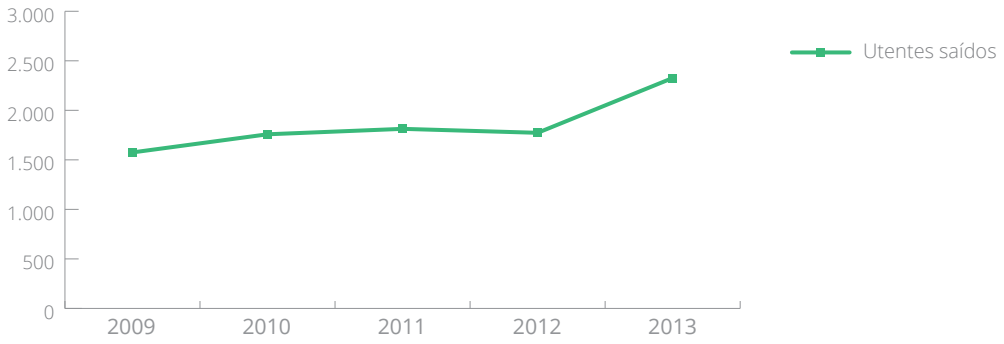
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 33. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Desidratação"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	1.575	1.758	1.813	1.773	2.326
Dias Internamento	11.915	12.660	12.149	13.502	16.985
Demora Média	7,57	7,20	6,70	7,62	7,30
Day Cases	64	57	35	26	53
Demora Média sem DC	7,89	7,44	6,83	7,73	7,47
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	199	191	215	234	321

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 57. Evolução da produção hospitalar relativa a "Desidratação" (2009 a 2013)



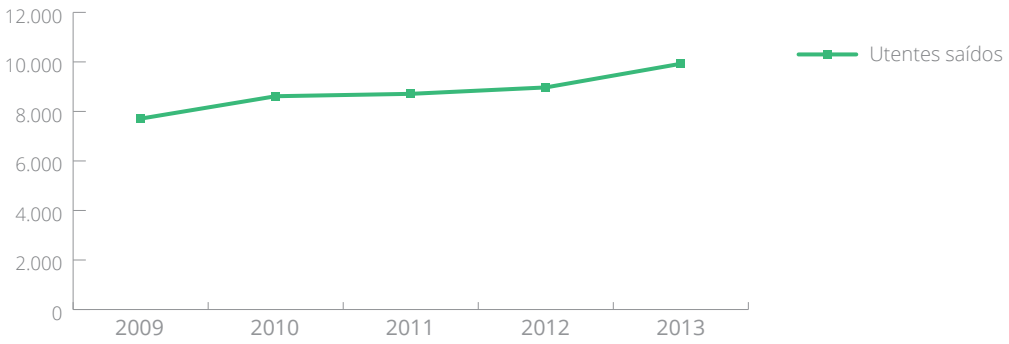
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 34. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Infusao Enteral de Substâncias Nutricionais Concentradas", Portugal Continental (2009 a 2013)

"Infusão enteral de Substâncias nutricionais Concentradas"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	7.709	8.614	8.710	8.969	9.925
Dias Internamento	188.779	200.151	194.916	202.378	232.325
Demora Média	24,49	23,24	22,38	22,56	23,41
Day Cases	17	25	35	21	27
Demora Média sem DC	24,54	23,3	22,47	22,62	23,47
Casos Ambulatório	0	0	...	0	0
Óbitos	2.272	2.445	2.594	2.698	2.925

... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 58. Evolução da produção hospitalar relativa a "Infusão Enteral de Substâncias Nutricionais Concentradas" (2009 a 2013)



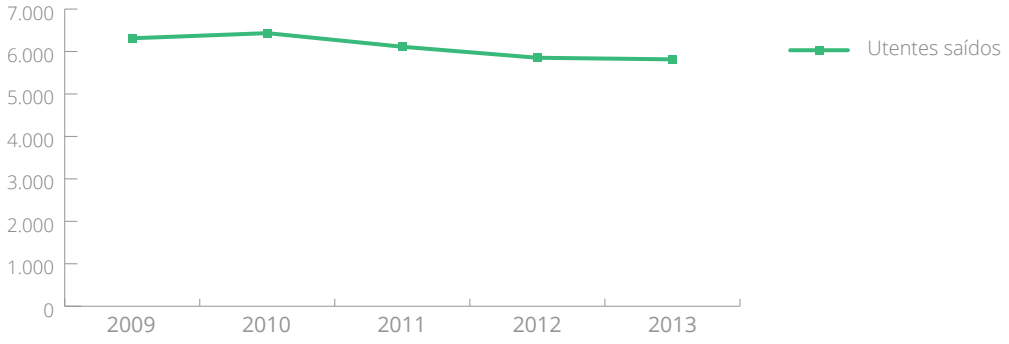
Fonte: GDH – ACSS/DGS

Quadro 35. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Perfusão Parentérica de Substâncias Nutricionais Concentradas", Portugal Continental (2008 a 2013)

"Perfusão Parentérica de Substâncias nutricionais Concentradas"					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	6.312	6.433	6.112	5.853	5.815
Dias Internamento	167.575	173.108	170.176	166.488	166.941
Demora Média	26,55	26,91	27,84	28,44	28,71
Day Cases	93	182	55	61	37
Demora Média sem DC	26,95	27,69	28,1	28,74	28,89
Casos Ambulatório	30	16	18	15	6
Óbitos	1.083	1.021	1.013	985	995

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 59. Evolução da produção hospitalar relativa a "Perfusão Parentérica de Substâncias Nutricionais Concentradas" (2009 a 2013)



Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

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

Quadro 36. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Outras Formas de Desnutrição Proteico-Calóricas"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Outras Formas de desnutrição Proteico-Calóricas"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	1.603	1.853	2.115	1.870	2.404
Dias Internamento	32.034	34.930	39.990	38.375	44.807
Demora Média	19,98	18,85	18,91	20,52	18,64
Day Cases	10	14	15	4	8
Demora Média sem DC	20,11	18,99	19,04	20,57	18,70
Casos Ambulatório	4	3	4	...	...
Óbitos	361	464	497	438	556

*diagnósticos principal e secundários
... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 37. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Avitaminoses"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Avitaminoses"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	965	1.158	1.421	1.455	2.021
Dias Internamento	14.603	16.331	19.759	20.202	30.926
Demora Média	15,13	14,10	13,90	13,88	15,30
Day Cases	4	...	9	10	14
Demora Média sem DC	15,20	...	13,99	13,98	15,41
Casos Ambulatório	...	0	4	7	9
Óbitos	86	95	71	64	115

*diagnósticos principal e secundários
... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 38. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anemia por Deficiência de Ferro"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Anemia por Deficiência de Ferro"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	14.491	14.593	15.074	15.435	15.858
Dias Internamento	180.991	184.511	179.151	185.298	190.661
Demora Média	12,49	12,64	11,88	12,01	12,02
Day Cases	269	292	225	294	352
Demora Média sem DC	12,73	12,90	12,06	12,24	12,30
Casos Ambulatório	108	110	105	120	129
Óbitos	1317	1117	1192	1245	1244

*diagnósticos principal e secundários
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 39. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Diabetes *Mellitus* com Cetoacidose"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

Diabetes *mellitus* com Cetoacidose*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	2.151	2.140	1.999	1.960	1.754
Dias Internamento	17.885	18.428	16.638	17.652	14.863
Demora Média	8,31	8,61	8,32	9,01	8,47
Day Cases	54	44	50	53	51
Demora Média sem DC	8,53	8,79	8,54	9,26	8,73
Casos Ambulatório	...	9	4	7	7
Óbitos	161	155	157	155	128

*diagnósticos principal e secundários
... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 40. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Peso a mais e Obesidade"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Peso a mais e Obesidade"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	35.806	41.942	46.634	52.574	62.787
Dias Internamento	296.405	335.603	364.543	412.633	484.699
Demora Média	8,28	8,00	7,82	7,85	7,72
Day Cases	1.881	3.006	4.471	5.194	7.400
Demora Média sem DC	8,74	8,62	8,65	8,71	8,75
Casos Ambulatório	1.316	2.350	3.752	4.499	6.139
Óbitos	1.306	1.426	1.621	1.976	2.389

*diagnósticos principal e secundários
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 41. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Adiposidade Localizada"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Adiposidade Localizada"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	1.795	1.872	2.040	2.291	2.078
Dias Internamento	7.251	7.059	7.746	8.887	8.257
Demora Média	4,04	3,77	3,80	3,88	3,97
Day Cases	114	101	150	160	143
Demora Média sem DC	4,31	3,99	4,10	4,17	4,27
Casos Ambulatório	105	88	127	126	117
Óbitos	4	3	7	3	7

*diagnósticos principal e secundários
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 42. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Formas de Hiperalimentação NCOP"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Formas de Hiperalimentação NCOP"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	132	135	228	140	117
Dias Internamento	1.350	1.241	1.833	1.438	1.362
Demora Média	10,23	9,19	8,04	10,27	11,64
Day Cases	8	7	29	3	...
Demora Média sem DC	10,89	9,70	9,21	10,50	...
Casos Ambulatório	4	0	3	...	...
Óbitos	5	3	5	12	12

*diagnósticos principal e secundários; NCOP – não codificadas em outra parte
... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 43. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anemia por Deficiência de Vitamina B12 NCOP"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Anemia por Deficiência de Vitamina B12 NCOP"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	304	336	347	498	573
Dias Internamento	3.409	4.222	4.014	6.081	6.584
Demora Média	11,21	12,57	11,57	12,21	11,49
Day Cases	4	4	...	3	11
Demora Média sem DC	11,36	12,72	...	12,28	11,72
Casos Ambulatório	...	4	...	0	...
Óbitos	17	14	12	27	24

*diagnósticos principal e secundários; NCOP – não codificadas em outra parte
... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 44. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anemia por Deficiência de Ácido Fólico"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Anemia por Deficiência de Ácido Fólico"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	353	603	605	659	778
Dias Internamento	4.698	8.205	8.018	9.887	11.437
Demora Média	13,31	13,61	13,25	15,00	14,70
Day Cases	0	...	...	...	6
Demora Média sem DC	13,31	...	...	...	14,81
Casos Ambulatório	0	...	...	0	...
Óbitos	23	34	38	42	52

*diagnósticos principal e secundários; NCOP – não codificadas em outra parte
... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 45. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Anorexia"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	1.051	998	1.257	1.850	2.388
Dias Internamento	15.932	16.396	19.394	26.797	35.387
Demora Média	15,16	16,43	15,43	14,48	14,82
Day Cases	21	17	25	40	30
Demora Média sem DC	15,47	16,71	15,74	14,80	15,01
Casos Ambulatório	...	...	8	17	10
Óbitos	122	106	161	285	407

*diagnósticos principal e secundários; NCOP – não codificadas em outra parte
... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 46. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Bulimia Nervosa"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Bulimia nervosa"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	34	50	39	34	42
Dias Internamento	631	640	322	470	559
Demora Média	18,56	12,80	8,26	13,82	13,31
Day Cases	3	3	4	...	...
Demora Média sem DC	20,35	13,62	9,20	...	...
Casos Ambulatório	0	0	0	0	...
Óbitos	0	0	0	0	0

*diagnósticos principal e secundários
... Dado confidencial; F
onte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 47. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Úlcera de Pressão"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Úlcera de Pressão"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	8.987	8.918	9.498	9.780	11.106
Dias Internamento	184.821	177.684	180.372	178.294	198.315
Demora Média	20,57	19,92	18,99	18,23	17,86
Day Cases	64	55	68	80	68
Demora Média sem DC	20,71	20,05	19,13	18,38	17,97
Casos Ambulatório	7	9	11	22	12
Óbitos	2.554	2.567	2.722	2.927	3.187

*diagnósticos principal e secundários
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 48. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Desidratação"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	15.869	20.282	22.154	24.471	29.130
Dias Internamento	180.461	218.132	240.283	271.878	322.230
Demora Média	11,37	10,75	10,85	11,11	11,06
Day Cases	293	344	303	272	320
Demora Média sem DC	11,59	10,94	11,00	11,24	11,18
Casos Ambulatório	...	5	5	...	0
Óbitos	3.326	4.009	4.714	5.435	6.132

*diagnósticos principal e secundários
... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

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

Quadro 49. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Maligna do Cólon, Reto, Junção Reto-Sigmoideia e Ânus"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Maligna do Cólon, Reto, Junção Reto-Sigmoideia e Ânus"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	330	394	454	564	721
Dias Internamento	5.040	6.129	6.185	7.741	9.999
Demora Média	15,27	15,56	13,62	13,73	13,87
Day Cases	...	17	12	16	22
Demora Média sem DC	...	16,26	13,99	14,13	14,30
Casos Ambulatório	0	15	11	9	11
Óbitos	31	33	41	44	50

*diagnósticos principal e secundários
... Dado confidencial;
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 50. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Maligna da Mama Feminina"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Maligna da Mama Feminina"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	330	349	478	611	762
Dias Internamento	2.394	2.331	3.349	3.873	4.623
Demora Média	7,25	6,68	7,01	6,34	6,07
Day Cases	12	16	13	33	17
Demora Média sem DC	7,53	7,00	7,20	6,70	6,21
Casos Ambulatório	11	12	9	33	14
Óbitos	13	7	19	28	15

*diagnósticos principal e secundários
... Dado confidencial; Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 51. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Maligna da Próstata"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Maligna da Próstata"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	179	248	244	332	420
Dias Internamento	1.630	2.630	2.095	2.873	4.151
Demora Média	9,11	10,60	8,59	8,65	9,88
Day Cases	4	8	5	7	23
Demora Média sem DC	9,31	10,96	8,77	8,84	10,46
Casos Ambulatório	3	5	3	6	16
Óbitos	13	17	22	22	24

*diagnósticos principal e secundários
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 52. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Peso a mais e Obesidade* associado a Diabetes *Mellitus*"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

"Peso a mais e Obesidade* associado a Diabetes *Mellitus*"*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	12.094	14.539	16.535	19.120	22.462
Dias Internamento	117.680	138.674	154.474	177.838	206.377
Demora Média	9,73	9,54	9,34	9,30	9,19
Day Cases	385	642	1150	1419	2068
Demora Média sem DC	10,05	9,98	10,04	10,05	10,12
Casos Ambulatório	226	459	937	1.225	1.665
Óbitos	595	658	787	986	1.169

*diagnósticos principal e secundários
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 53. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Peso a mais e Obesidade* associado a Hipertensão Essencial"*, Portugal Continental (2009 a 2013)

Peso a mais e Obesidade* associado a Hipertensão Arterial*					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	18.305	21.324	24.349	27.895	33.291
Dias Internamento	154.567	173.005	190.500	219.630	259.034
Demora Média	8,44	8,11	7,82	7,87	7,78
Day Cases	859	1362	2285	2779	4062
Demora Média sem DC	8,86	8,67	8,63	8,74	8,86
Casos Ambulatório	631	1069	1937	2412	3361
Óbitos	575	651	732	852	1109

*diagnósticos principal e secundários
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

5.3. Mortalidade relacionada com o estado nutricional

Quadro 54. Indicadores de mortalidade relativos a Obesidade e outras formas de hiperalimentação, em Portugal Continental (2008 a 2012)

Obesidade e outras formas de hiperalimentação					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	120	153	137	166	216
Taxa de mortalidade	1,2	1,5	1,4	1,7	2,2
Taxa de mortalidade padronizada	0,8	1,1	0,9	1,1	1,2
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	4,4	4,4	4,3	4,9	7,3
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	0,5	0,7	0,6	0,7	0,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	5,0	5,9	4,8	6,2	9,6

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: E65-E68. Fonte: INE, 2013

Quadro 55. Indicadores de mortalidade relativos a Desnutrição e outras deficiências nutricionais, em Portugal Continental (2008 a 2012)

Desnutrição e outras deficiências nutricionais					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	56	51	62	59	61
Taxa de mortalidade	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6
Taxa de mortalidade padronizada	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	2,5	2,2	2,5	2,1	2,3
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	3,7	3,3	3,8	3,3	3,4

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: E40-E64. Fonte: INE, 2014

6. NOTAS FINAIS

1. A alimentação de má qualidade, em particular a excessiva ingestão de energia proveniente de gordura de origem animal, de sal e o baixo consumo de substâncias protetoras presentes nos frutos e hortícolas, associada à inatividade física continuam a ser principais determinantes do aparecimento de obesidade e de doença crónica em Portugal. Nas últimas décadas, a informação disponível parece indicar um novo padrão de consumo, caracterizado ainda por uma excessiva ingestão de energia mas agora com um abrandamento da disponibilidade de carne e outros produtos de origem animal. É ainda difícil estimar o efeito dos anos de crise económica nos consumos familiares, até porque as mudanças estão provavelmente a acontecer dentro das mesmas categorias, contudo esta pode ser uma oportunidade de relançar o consumo de leguminosas secas e ovos como fontes de proteína alternativa e de qualidade e de fruta como fonte de substâncias protetoras. Alimentos da nossa tradição alimentar mas que têm vindo a decrescer em termos de disponibilidade nacional nos últimos anos.

2. Os dados agora apresentados revelam a elevada prevalência de obesidade na sociedade portuguesa (cerca de 1 milhão de adultos obesos e 3,5 milhões de pré-obesos), a sua associação com características sociais e económicas, sendo que os grupos populacionais socialmente mais vulneráveis parecem estar mais expostos a situações de doença, excesso de peso e insegurança alimentar. Os dados sobre insegurança alimentar que pela primeira vez começam a ser recolhidos de forma sistemática a nível nacional para a população adulta, demonstram uma distribuição geográfica diferente e fortemente marcada pela idade e número de pessoas do agregado familiar.

3. Outro dado de relevo parece ser a melhoria franca na avaliação ou notificação dos casos de pré-obesidade e obesidade nos sistemas de informação dos serviços de saúde. Entre 2011 e 2013 o registo de pessoas com obesidade aumentou em mais de 150 000 possibilitando um melhor diagnóstico da situação e acompanhamento destes doentes de forma específica. A consciência da dimensão do problema e a necessária capacitação dos profissionais de saúde para esta realidade irá reduzir drasticamente o impacto das mais importantes patologias crónicas associadas (doenças cardiovasculares, oncológicas, respiratórias e diabetes) e reduzir os custos sociais, pessoais e económicos para o cidadão e para o país.

4. Nota-se uma tendência da estabilização no crescimento da obesidade infantil. No entanto, esta tendência necessita de confirmação futura.

5. O impacto crescente que os doentes obesos (1 milhão de adultos) começam a ter nos serviços de saúde, demonstra a necessidade de se atuar e prevenir cada vez mais cedo. Os novos dados revelam e confirmam que praticamente desde o nascimento parecem iniciar-se hábitos alimentares não saudáveis que, depois de instalados, parecem prevalecer e condicionar toda a juventude e idade adulta, obrigando a olhar cada vez mais para a intervenção em idades muito precoces, junto de grávidas e famílias.

6. Os dados apresentados pela primeira vez e, embora não ainda de âmbito nacional, parecem indicar uma situação alimentar e nutricional de elevado risco nas populações mais idosas, revelando a necessidade de uma monitorização uniforme e regular a nível nacional do estado nutricional e a eventual prevenção destas situações a montante, nos locais onde estas pessoas permanecem regularmente.

Melhor Informação,
Mais Saúde

7. RECOMENDAÇÕES

1. Reforçar o papel das famílias, dos profissionais de saúde e do sistema educativo na promoção de hábitos alimentares saudáveis, o mais precocemente possível, a começar pela informação à grávida.

2. O acesso a informação de qualidade sobre hábitos alimentares, seus determinantes e consequências é fundamental para definir prioridades baseadas em evidência. Os sistemas de informação na área da saúde devem ser capazes de recolher de forma regular e sistematizada este tipo de informação.

3. Mais de 50% dos adultos Portugueses sofre de excesso de peso e a alimentação inadequada é a principal responsável pelos anos de vida prematuramente perdidos em Portugal. Todas as ações na área da prevenção das principais doenças crónicas devem ter em conta esta realidade.

4. A promoção de hábitos alimentares saudáveis exige trabalho concertado com outros setores. Os serviços de saúde necessitam de se preparar melhor para trabalhar de forma integrada com outros setores da sociedade na prevenção da pandemia da obesidade e na promoção de hábitos alimentares saudáveis. Setores como os dos Serviços Sociais ou da Agricultura são cruciais mas ainda articulam muito pouco com a saúde nesta área.

5. A alimentação de má qualidade afeta com maior intensidade, crianças, idosos e os grupos socio economicamente mais vulneráveis da nossa população, aumentando as desigualdades em saúde. O investimento na promoção de hábitos alimentares deverá permitir reduzir desigualdades em saúde mas também potenciar o crescimento e as economias locais.

8. NOTAS METODOLÓGICAS

8.1. MORTALIDADE

No subcapítulo 5.3, dedicado ao estudo da mortalidade, analisam-se dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, IP, referentes a causas de morte de interesse para o Programa de Saúde Prioritário.
As causas de morte são codificadas com recurso à 10.ª versão da Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID 10), sendo apresentados os seguintes indicadores de mortalidade:

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

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

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

Neste capítulo foram utilizadas as seguintes definições:

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

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

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

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

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

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

Taxa de mortalidade padronizada pela idade (no grupo etário) - Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades (no grupo etário), a uma população padrão (no grupo etário) cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon 1976) definida pela Organização Mundial de Saúde.

Taxa padronizada de anos potenciais de vida perdidos - Quociente do resultado da soma dos produtos entre as taxas de anos poten¬ciais de vida perdidos e a população padrão) pelo total da população padrão europeia até 70 anos, por 100 000 habitantes. (INE, IP)

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

Quadro A1 – Causas de morte consideradas para calcular o peso das causas de morte associadas aos Programas Prioritários na mortalidade total e respetivos códigos da CID 10

Causas de morte	Código (CID 10)
Programa para a Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos	
Septicémia estreptocócica	A40
Outras septicémias	A41
Infecção bacteriana de localização não especificada	A49
Staphylococcus aureus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B956
Outros estafilococos como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B957
Estafilococo não especificado, como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B958
Klebsiella pneumoniae [M pneumoniae], como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B961
Escherichia coli [E. Coli], como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B962
Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei), como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B965
Pneumonia devida a Streptococcus pneumoniae	J13
Pneumonia devida a Haemophilus infuenzae	J14
Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte	J15
Pneumonia por microorganismo não especificado	J18
Cistite aguda	N300
Infecção puerperal	O85
Outras infecções puerperais	O86
Septicemia bacteriana do recém-nascido	P36
Infecção subsequente a procedimento não classificada em outra parte	T814
Infecção e reação inflamatórias devidas à prótese valvular cardíaca	T826
Infecção e reação inflamatórias devidas a outros dispositivos, implantes e enxertos cardíacos e vasculares	T827
Infecção e reação inflamatória devidas à prótese articular interna	T845
Infecção e reação inflamatória devidas a dispositivo de fixação interna [qualquer local]	T846
Infecção e reação inflamatória devidas a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos	T847
Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA	
Tuberculose	A15-A19, B90
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	B20-B24
Programa Nacional para as Doenças Oncológicas	
Tumor maligno do estômago	C16
Tumor maligno do cólon	C18
Tumor maligno do reto	C20
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	C33-C34
Tumor maligno da mama (feminina)	C50
Tumor maligno do colo do útero	C53
Tumor maligno do corpo do útero	C54
Tumor maligno da próstata	C61
Tumor maligno da bexiga	C67
Linfoma não-Hodgkin	C82, C83, C85

Causas de morte (continuação)	**Código (CID 10)**
Programa Nacional para a Diabetes	
Diabetes	E10-E14
Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável	
Desnutrição e outras deficiências nutricionais	E40-E64
Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E65-E68
Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares	
Doenças isquémicas do coração	I20-I25
Doenças cerebrovasculares	I60-I69
Programa Nacional para as Doenças Respiratórias	
Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo	
Doenças relacionadas com o tabaco (tumores malignos do lábio, cavidade oral e faringe; tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; tumor maligno do esófago; doença isquémica cardiaca, doenças cerebrovasculares; doenças crónicas das vias aéreas inferiores)	C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47
Programa Nacional para a Saúde Mental	
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)	X60-X84
Doenças atribuíveis ao álcool	C00-C15, F10, I426, K70, K85-K860, X45

Quadro A2 – Causas de morte do Programa Prioritário e respetivos códigos da CID 10

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável	
Desnutrição e outras deficiências nutricionais	E40-E64
Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E65-E68

8.1. Morbilidade e Mortalidade

No capítulo 3 apresenta-se informação referente à morbilidade e mortalidade hospitalar no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os apuramentos foram obtidos a partir das bases de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), que são anualmente postas à disposição da Direção-Geral da Saúde pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP. A informação foi recolhida nos hospitais do SNS que integram as cinco Administrações Regionais de Saúde.
Realça-se que os resultados obtidos devem ser interpretados com cuidado pois estão ainda sujeitos a consolidação.

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

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

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

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

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

Demora Média[1] de Internamento no Ano – média anual de dias de internamento por doente saído do estabelecimento. Calcula-se pelo quociente entre o total de dias de internamento dos utentes saídos e o número total de utentes saídos no ano. Calcula-se com a seguinte fórmula:

Demora Média (DM) = $\frac{DI}{US}$

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

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

Taxa de letalidade (%O) = $\frac{Óbitos}{DS}$ x100

[1] Média do tempo de internamento

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

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

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

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

Número de segundos internamentos no ano (Segundos Int.)
= Ep.Int – Indivíduos 1 Int. – Indivíduos >1 Int.

Percentagem de segundos internamentos (Segundos Int.)
= (Ep.Int – Indivíduos 1 Int. – Indivíduos >1 Int.)/(EP.Int.)*100%

Quadro A3 – Siglas utilizadas no capítulo Morbilidade hospitalar

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

No capítulo 3 foram utilizados os códigos da CID9MC abaixo indicados:

Quadro A4 – Lista de doenças associadas ao Plano Nacional para a Alimentação Saudável e respectivos códigos CID9MC

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

8.3. Carga global da doença

O estudo Global Burden of Disease 2010 (GBD 2010) tem como objetivo a quantificação dos níveis e tendências de perda de saúde devidas a doenças, lesões e factores de risco. Este projeto é coordenado pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) e conta com a colaboração de 488 autores de 300 instituições em mais de 50 países. Em 2013 foram disponibilizadas estimativas nacionais para a carga da doença, quantificadas pelo número de óbitos e pelos indicadores anos potenciais de vida perdidos, anos vividos com incapacidade e anos de vida ajustados à incapacidade, para os anos 1990 e 2010, por doença, lesão e factor de risco, segundo idade e sexo. Estes dados incluem números absolutos, taxas e percentagens.

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

Anos vividos com incapacidade (YLD) – Anos de vida vividos com qualquer tipologia de incapacidade. (IHME; 2013)

Anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) – Indicador de saúde baseado no cálculo dos anos de vida esperados, em qualquer população, após ajustamento aos dias de incapacidade conhecidos ou estimados na mesma população. Resulta do somatório dos anos potenciais de vida perdidos (YLL) com os anos vividos com incapacidade (YLD). Os anos de vida ajustados à incapacidade são também definidos como anos de vida saudáveis perdidos. (Last, J.; 1988, DEPS; 1994).

Desagregação por:
Sexo
- Masculino
- Feminino

Grupos etários
- 5-14 anos
- 15-49 anos
- 50-69 anos
- 70+ anos

Comparação entre 1990 e 2010

Quadro A5 – Fatores de risco estudados no Programa

Programa Nacional para a Promoção de Alimentação Saudável
Obesidade
Hipertensão Arterial
Hábitos Alimentares Inadequados
Inatividade física

8.4. Registo de morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários

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

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

Inscrição ativa - Permite especificar que o utente tem "Primeira inscrição nos cuidados primários" (código de SINUS 1) ou "Transferido de inscrição primária" (código de SINUS 2). O conceito de inscrição ativa não inclui "utentes esporádicos" (código de SINUS 3), nem "utentes adormecidos" (código de SINUS 9), nem outras formas de inscrição. Trata-se do tipo de inscrição válido para que o utente seja incluído na generalidade dos indicadores da contratualização (conceito R049 definido no documento: "Bilhete de identidade dos indicadores de contratualização dos Cuidados de Saúde Primários no ano de 2014", ACSS. IP). Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2014___2014_02_25.pdf e acedido em 13 de outubro de 2014.

Bibliografia

BERNARDO, Soraya da Cruz; (2013); Estado Nutricional dos Idosos que Frequentam os Centros de Dia e Centros de Convívio do Concelho de Paços de Ferreira. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto. Disponível em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66544/2/6588.pdf

OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing. Disponível em http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896en

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME, 2013. Disponível em http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

INE IP (2006). Balança Alimentar Portuguesa. Documento metodológico. Departamento de Estatísticas Económicas. Serviço de Estatísticas Agrícolas e do Ambiente.

WHO (2014). WHO European Childhood Obesity Surveillance - Initiative Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010). WHO Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/258781/COSI-report-round-1-and-2_final-for-web.pdf?ua=1

GONÇALVES, Jacinto (2014) "Dieta mediterrânica – das origens à atualidade. Revista factores de risco: n.º 31 Jan-Mar, pág. 56-65. Disponível em http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/505.pdf

IPAM GEMEO - Gabinete de Estudos de Mercado e Opinião do IPAM, Lda. (2013) Hábitos Alimentares de Crianças e Jovens.

EPACI (2013), Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil: EPACI Portugal 2012 disponível em http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/media/1029/Apresenta__o-EPACI_2013.pdf

INE, IP (2014). Destaque – Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=209480091&DESTAQUEStema=00&DESTAQUESmodo=2 e acedido em 11 de julho de 2014

LOPES, Carla et al. (2014). Consumo alimentar e nutricional de Crianças em idade pré-escolar. Resultados da coorte Geração 21. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP)

Índice de Quadros

Quadro 1. Capitação edível diária de produtos alimentares disponíveis para abastecimento (g/hab.) por tipo de produto alimentar (2008-2012) 9
Quadro 2. Capitação de carne per capita (kg/hab.) por Tipo de carnes, 2008-2012 11
Quadro 3 Prevalência de aleitamento materno até aos 6 meses de vida 14
Quadro 4. Idade de início da diversificação alimentar 14
Quadro 5. Ingestão de nutrientes entre os 12 e os 36 meses de vida 15
Quadro 6. Estado nutricional das crianças no primeiro ano de vida de acordo com critérios da OMS 16
Quadro 7. Estado nutricional das crianças dos 12-35 meses de vida de acordo com critérios da OMS16
Quadro 8. Frequência e proporção de consumo de bebidas 18
Quadro 9. Prevalência da inadequação de ingestão de micronutrientes (%) e respetivos intervalos de confiança a 95%. 19
Quadro 10. Evolução da Prevalência de excesso de peso e de obesidade por sexo (2009/2010) 22
Quadro 11. Estado nutricional (através do Mini Nutricional Assessment) em função do sexo, idade e local habitual de permanência 26
Quadro 12. Estado nutricional (através do Mini Nutricional Assessment) em função do IMC 26
Quadro 13. Sarcopenia, obesidade sarcopénica e classificação do estado nutricional 27
Quadro 14. Classificação dos inquiridos de acordo com a situação de Segurança Alimentar, Portugal Continental, 2011-2013 37
Quadro 15 Estimativas ajustadas de risco para as situações de Insegurança Alimentar, Portugal continental 2011-2013 (Regressão logística multifatorial) (n=3608) 38
Quadro 16. Distribuição dos agregados familiares de acordo com a alteração do consumo de algum alimento considerado essencial, nos últimos 3 meses, devido a dificuldades económicas, Portugal Continental, 2012 - 2013 39
Quadro 17. Distribuição dos agregados familiares de acordo com as razões pelas quais nem sempre come o suficiente, Portugal Continental, 2012-2013 40
Quadro 18. Distribuição dos agregados familiares de acordo com as razões pelas quais nem sempre tem os alimentos que quer ou precisa, Portugal Continental, 2012-2013 40
Quadro 19. Evolução do número e percentagem de pessoas com registo de obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2011 a 2013) 41
Quadro 20. Número e percentagem de pessoas com registo de pré-obesos entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2013) 43
Quadro 21. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Outras Formas de Desnutrição Proteico-Calóricas", Portugal Continental (2009 a 2013) 46
Quadro 22. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Avitaminoses", Portugal Continental (2009 a 2013) 46
Quadro 23. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anemia por Deficiência de Ferro", Portugal Continental (2009 a 2013) 47
Quadro 24. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Diabetes Mellitus com Cetoacidose, Portugal Continental (2009 a 2013) 47
Quadro 25. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Peso a mais e Obesidade", Portugal Continental (2009 a 2013) 47
Quadro 26. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Adiposidade Localizada, Portugal Continental (2009 a 2013) 48
Quadro 27. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a

"Formas de Hiperalimentação NCOP", Portugal Continental (2009 a 2013) 49
Quadro 28. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anemia por Deficiência de Vitamina B12 NCOP", Portugal Continental (2009 a 2013) 49
Quadro 29. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anemia por Deficiência de Ácido Fólico", Portugal Continental (2009 a 2013) 49
Quadro 30. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Anorexia", Portugal Continental (2009 a 2013) 50
Quadro 31. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Bulimia Nervosa", Portugal Continental (2009 a 2013 50
Quadro 32. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Úlcera de Pressão", Portugal Continental (2009 a 2013) 51
Quadro 33. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Desidratação", Portugal Continental (2009 a 2013) 52
Quadro 34. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Infusao Enteral de Substâncias Nutricionais Concentradas", Portugal Continental (2009 a 2013) 52
Quadro 35. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a "Perfusão Parentérica de Substâncias Nutricionais Concentradas", Portugal Continental (2007 a 2011) 53
Quadro 36. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Outras Formas de Desnutrição Proteico-Calóricas*, Portugal Continental (2009 a 2013) 54
Quadro 37. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Avitaminoses*, Portugal Continental (2009 a 2013) 54
Quadro 38. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Anemia por Deficiência de Ferro*, Portugal Continental (2009 a 2013) 55
Quadro 39. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Diabetes Mellitus com Cetoacidose*, Portugal Continental (2009 a 2013) 55
Quadro 40. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Peso a mais e Obesidade*, Portugal Continental (2009 a 2013) 55
Quadro 41. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Adiposidade Localizada*, Portugal Continental (2009 a 2013) 56
Quadro 42. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Formas de Hiperalimentação NCOP*, Portugal Continental (2009 a 2013) 56
Quadro 43. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Anemia por Deficiência de Vitamina B12 NCOP*, Portugal Continental (2009 a 2013) 56
Quadro 44. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Anemia por Deficiência de Ácido Fólico*, Portugal Continental (2009 a 2013) 57
Quadro 45. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Anorexia*, Portugal Continental (2009 a 2013) 57
Quadro 46. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Bulimia Nervosa*, Portugal Continental (2009 a 2013) 57
Quadro 47. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Úlcera de Pressão*, Portugal Continental (2009 a 2013) 58
Quadro 48. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Desidratação*, Portugal Continental (2009 a 2013) 58
Quadro 49. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Maligna do Cólon, Reto, Junção Reto-Sigmoideia e Ânus*, Portugal Continental (2009 a 2013) 59

Quadro 50. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Ma- ligna da Mama Feminina*, Portugal Continental (2009 a 2013) 59
Quadro 51. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Peso a mais e Obesidade* associado a Neoplasia Maligna da Próstata*, Portugal Continental (2009 a 2013) 60
Quadro 52. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Peso a mais e Obesidade* associado a Diabetes Mellitus*, Portugal Continental (2009 a 2013) 60
Quadro 53. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Peso a mais e Obesidade* associado a Hipertensão Essencial*, Portugal Continental (2009 a 2013) 60
Quadro 54. Indicadores de mortalidade relativos a Obesidade e outras formas de hiperalimentação, em Portugal Continental (2007 a 2011) 61
Quadro 55. Indicadores de mortalidade relativos a Desnutrição e outras deficiências nutricionais, em Portugal Continental (2007 a 2011) 61

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução das disponibilidades diárias per capita, 2008 Vs 2012, Portugal 9
Figura 2. Comparação das disponibilidades dos grupos alimentares face ao recomendado, 2012, Portugal 10
Figura 3. Capitação de carne, ovos , peixe fresco e leguminosas secas (g/hab) no período 10
Figura 4. Consumo humano de carne (t) por Tipo de carnes (2009-2012) 11
Figura 5. Capitação por tipo de carne (g/hab) no periodo de 2008-2012 11
Figura 6. Capitação edível diária de bebidas alcoólicas disponível para consumo (total, bebidas alcoólicas fermentadas e outras bebidas alcoólicas) 12
Figura 7. Capitação edível diária de bebidas alcoólicas disponível para consumo (Vinho e derivados, Cerveja e outras bebidas fermentadas) 12
Figura 8. Capitação edível diária de bebidas não alcoólicas disponível para abastecimento (ml/ hab.) por Tipo de bebida não alcoólica 12
Figura 9. Conhecimento da dieta mediterrânica: caracterização do conhecimento por sexo, grupo etário, região e estatuto social 13
Figura 10. Frequência diária de ingestão alimentar (%) entre os 12 e os 36 meses de vida por categorias de alimentos 15
Figura 11. Proporção de crianças por classes de frequência de consumo de fruta e hortícolas (%) 17
Figura 12. Frequência de consumo de chá e de café, incluindo com leite (4 anos) 18
Figura 13. Frequência de consumo de bebidas (4 anos) 18
Figura 14. Contributo dos alimentos para a ingestão diária de ácidos gordos saturados (%) 20
Figura 15. Contributo dos alimentos para a ingestão diária de açúcares (%) 21
Figura 16. Contributo dos alimentos para a ingestão diária de sódio (%) 21
Figura 17. Evolução da prevalência de excesso de peso nas crianças com 7-8 anos, por sexo nos períodos 2007/2008 e 2009/2010 22
Figura 18. Evolução da prevalência da obesidade nas crianças com 7-8 anos, por sexo nos períodos 2007/2008 e 2009/2010 23
Figura 19. Frequência de crianças em idade escolar em função da companhia para tomar o PA 24
Figura 20. Frequência de crianças em idade escolar em função do local onde toma PA 24
Figura 21. Estudo sobre hábitos de consumo alimentar IPAM GEMEO, 2013Figura 21. Frequência de crianças em idade escolar que toma o PA 24

Figura 22. Frequência de crianças em idade escolar que toma um PA completo entre a semana e ao fim de semana 25
Figura 23. Anos de Vida Ajustados à incapacidade calculados para o sexo feminino no ano de 2010 28
Figura 24. Anos de Vida Ajustados à incapacidade, calculados para o sexo masculino no ano de 2010 28
Figura 25. Anos de Vida ajustados à incapacidade da população portuguesa associado à obesidade (1990-2010) 29
Figura 26. Anos perdidos devido a incapacidade pela população portuguesa, associado à obesidade (1990-2010) 29
Figura 27. Anos de vida potencialmente perdidos pela população portuguesa, associado à obesidade (1990-2010) 29
Figura 28. Taxa de Mortalidade na população portuguesa associado à obesidade (1990-2010) 30
Figura 29. Anos de Vida ajustados à incapacidade da população portuguesa associados a riscos alimentares (1990-2010) 30
Figura 30. Anos perdidos devido a incapacidade pela população associados a riscos alimentares (1990-2010) 31
Figura 31. Anos de vida potencialmente perdidos pela população associados a riscos alimentares (1990-2010) 31
Figura 32. Taxa de Mortalidade na população portuguesa associados a riscos alimentares (1990-2010) 31
Figura 33. Anos de Vida ajustados à incapacidade da população portuguesa associado à Hipertensão arterial (1990-2010) 32
Figura 34. Anos perdido devido a incapacidade pela população associado à Hipertensão arterial (1990-2010) 32
Figura 35. Anos de vida potencialmente perdidos pela população associado à Hipertensão arterial (1990-2010) 32
Figura 36. Taxa de Mortalidade na população portuguesa associado à Hipertensão arterial (1990-2010) 33
Figura 37. Anos de Vida ajustados à incapacidade da população portuguesa associados à inatividade física (2010) 33
Figura 38. Anos de vida vividos com incapacidade pela população associados à inatividade física (2010) 33
Figura 39. Anos de vida potencialmente perdidos pela população associados à inatividade física (2010) 34
Figura 40. Taxa de Mortalidade na população portuguesa associados à inatividade física (2010) 34
Figura 41. Frequências diárias de consumo de fruta e hortícolas por classes de escolaridade materna 35
Figura 42. Consumo de alimentos de elevada densidade energética aos 2 e 4 anos 36
Figura 43. Proporção de crianças a consumir diariamente alimentos de elevada densidade energética (AEDE), refrigerantes e néctares por classes de escolaridade materna 36
Figura 44. Número de utentes com registo de obesidade nos cuidados de saúde primários por ARS (2013) 42
Figura 45. Percentagem de pessoas com registo de Obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP por ARS (2013) 42
Figura 46. Evolução de pessoas com registo de Obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2011 a 2013) 43
Figura 47. Evolução de % pessoas com registo de Obesidade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2011 a 2013) 43
Figura 48. Número de pessoas com registo de pré-obesos nos cuidados de saúde primários por ARS (2013) 44
Figura 49. Percentagem de pessoas com registo de pré-obesos entre o n.º de utentes inscritos em CSP por ARS (2013) 44

Figura 50. Número de pessoas com registo de Excesso de Peso entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2013) 45
Figura 51. Percentagem de pessoas com registo de Excesso de Peso entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2013) 45
Figura 52. Evolução da produção hospitalar relativa a Peso a mais e Obesidade (2009 a 2013) 48
Figura 53. Evolução da produção hospitalar relativa a Adiposidade Localizada (2009 a 2013) 48
Figura 54. Evolução da produção hospitalar relativa a Anorexia (2009 a 2013) 50
Figura 55. Evolução da produção hospitalar relativa a Bulimia Nervosa (2009 a 2013) 51
Figura 56. Evolução da produção hospitalar relativa a Úlcera de Pressão (2009 a 2013) 51
Figura 57. Evolução da produção hospitalar relativa a Desidratação (2009 a 2013) 52
Figura 58. Evolução da produção hospitalar relativa a "Infusão Enteral de Substâncias Nutricionais Concentradas" (2009 a 2013) 53
Figura 59. Evolução da produção hospitalar relativa a "Perfusão Parentérica de Substâncias Nutricionais Concentradas" (2009 a 2013) 53

DGS desde 1899
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.pt