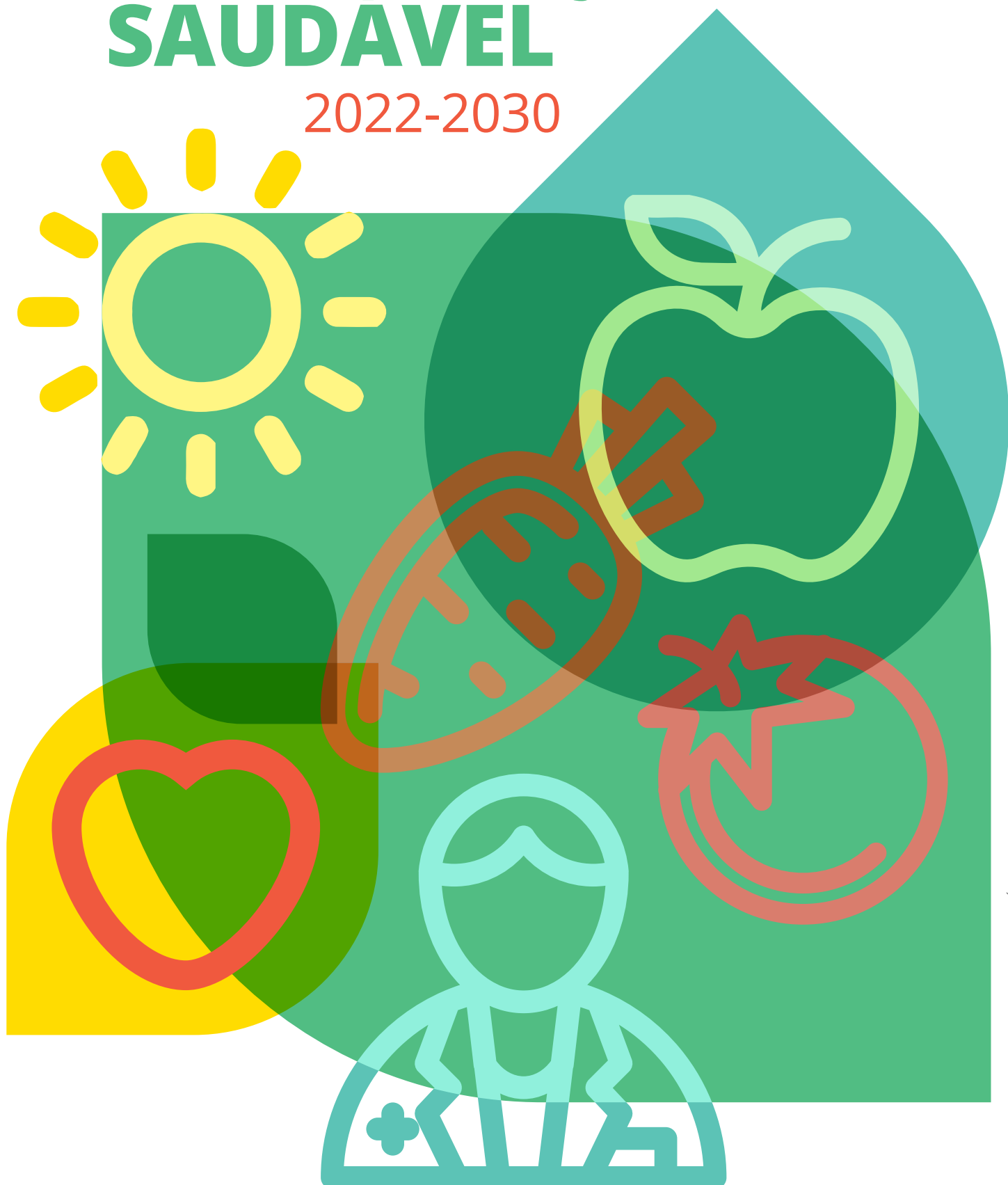


PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

2022-2030





FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL 2022-2030
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2022.

EDIÇÃO

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

COORDENAÇÃO

Maria da Graça Freitas
Ricardo Mestre

DIRETORA DO PNPAS

Maria João Gregório

APOIO TÉCNICO

Diana Teixeira
Clara Salvador

CONSULTOR

Pedro Graça

Lisboa, setembro, 2022



ÍNDICE

1. Nota prévia	5
2. Situação atual	8
3. Visão	14
4. Missão	15
5. Valores e princípios do PNPAS	16
6. Eixos e estratégias de intervenção	18
7. Metas do PNPAS a 2030	27
8. Modelo de governação, responsabilidades institucionais e outros mecanismos de apoio à implementação	30
9. Referências bibliográficas	34
10. Glossário	37
11. Anexos	40
Anexo A – Metodologia para a construção do PNPAS 2022-2030	41
Anexo B – Resultados da avaliação do PNPAS 2012-2020	43
Anexo C – Situação atual A carga da doença associada à alimentação inadequada em Portugal	74
Anexo D – Alinhamento entre o PNPAS e a Agenda 2030 da ONU para o Desenvolvimento Sustentável	91
Anexo E – Evidência sobre a efetividade, custo-efetividade e impacto na redução das desigualdades sociais de estratégias de intervenção para a promoção da alimentação saudável e prevenção e controlo da obesidade	92
Anexo F – Modelo conceptual do PNPAS 2022-2030	112





SIGLAS E ACRÓNIMOS

ASAE	Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
CSP	Cuidados de Saúde Primários
COSI	<i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>
DALYs	<i>Disability-adjusted life years</i>
DGADR	Direção-Geral de Agricultura e Desenvolvimento Rural
DGAV	Direção-Geral de Alimentação e Veterinária
DGC	Direção-Geral do Consumidor
DGE	Direção-Geral da Educação
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECR	Ensaio clínico randomizado
EIPAS	Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável
Food-EPI	<i>Healthy Food Environment Policy Index</i>
GPP	Gabinete de Planeamento, Políticas e Administração
IAN-AF	Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
IHME	<i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
INFORMAS	<i>International Network for Food and Obesity/NCDs Research, Monitoring and Action Support</i>
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNPAS	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNS	Plano Nacional de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde



1.

Nota prévia



O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) foi criado em 2012 como um programa de saúde prioritário, pelo Despacho n.º 404/2012, de 13 de janeiro, com o horizonte 2012-2016. Esta primeira fase do PNPAS sofreu uma extensão, 2017- 2020, no contexto do Plano Nacional de Saúde (PNS) – Extensão 2020, através do Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio.

Concluída a segunda fase do PNPAS 2017-2020, apresentam-se neste documento as novas linhas de orientação estratégica do PNPAS, que foram desenvolvidas no contexto do novo Plano Nacional de Saúde 2021-2030 e que se enquadram num dos marcos do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), no âmbito da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

A promoção da alimentação saudável e a prevenção e controlo de todas as formas de malnutrição, em particular do excesso de peso e da obesidade é uma prioridade de saúde a nível nacional, em consonância com as prioridades estratégicas na União Europeia e outras estratégias internacionais como as da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O desenvolvimento da proposta PNPAS 2022-2030 seguiu um processo baseado em evidência científica e nos modelos de planeamento estratégico em saúde, participativo e colaborativo, tendo sido promovido o envolvimento de diferentes parceiros. Este processo incluiu 4 grandes etapas: 1) Analisar – Revisão da literatura científica e documentos estratégicos da OMS, União Europeia e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE); 2) Avaliar – Avaliação do grau de implementação do PNPAS 2012-2020 (Food-EPI Portugal, NOURISHING Framework: Portuguese Evaluation e Estudo de avaliação do grau de implementação do PNPAS 2012-2020); 3) Identificar



NOTA PRÉVIA

e priorizar – Identificação e priorização de ações a implementar, oportunidades e desafios futuros para o PNPAS 2022-2030 (workshops com peritos - Food-EPI Portugal) e; 4) Consolidar – Análise e consolidação da proposta para o PNPAS 2022-2030 (discussão sobre a adequação e aplicabilidade da proposta do PNPAS 2022-2030, em contexto de consulta pública) (Anexos A e B). A proposta do PNPAS 2022-2030 seguiu ainda o *Toolkit for developing a multisectoral action plan for noncommunicable diseases*⁽¹⁾ um guia construído pela OMS para apoiar o desenvolvimento, implementação e avaliação de planos de ação multisectoriais para a prevenção e controlo de doenças crónicas, com vista a alcançar as metas da OMS relativas às doenças crónicas e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Após 10 anos de forte investimento nos dois pilares centrais da estratégia alimentar e nutricional construída pelo PNPAS, que foram a modificação dos ambientes alimentares, tornando-os promotores de uma alimentação saudável e a modificação dos comportamentos individuais, tornando os cidadãos mais capazes de fazerem escolhas alimentares saudáveis, existem agora condições para se privilegiar um outro pilar, centrado no reforço da ação ao nível do sistema de saúde e da prestação de cuidados de saúde. Ao longo destes 10 anos, o PNPAS ganhou um grande reconhecimento junto dos profissionais de saúde através do desenvolvimento de diversos materiais técnicos que permitiram capacitar a sua atividade clínica assistencial na área nutricional e alimentar. É agora tempo de reforçar a ação ao nível do sistema de saúde e da prestação de cuidados de saúde. O foco do PNPAS tem sido a prevenção e, a este nível, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm um papel fundamental, mas a magnitude do problema do excesso de peso, da obesidade e dos hábitos alimentares inadequados na população portuguesa obriga a uma intervenção imediata e mais abrangente sobre o sistema de saúde, assegurando mais respostas e de maior qualidade e capacitando para uma resposta integrada dos seus diferentes atores.

Para além deste novo nível de ação, o PNPAS 2022-2030 propõe-se também a definir uma nova estratégia para a transparência e prevenção e gestão de conflito de interesses, um plano de comunicação estratégica, um novo modelo de governação e robustecer os sistemas de informação e recolha de dados para apoio às tomadas de decisão técnica, estratégica e política na área da alimentação e nutrição. A política para a prevenção e gestão de conflito de interesses e para a promoção da transparência é uma necessidade na medida em que ao longo dos últimos anos o PNPAS intensificou as intervenções sobre o sistema alimentar, com impacto nos operadores económicos do setor alimentar, muitas vezes em parceria e articulação com estes mesmos operadores económicos. Este modelo de articulação, que tem um grande potencial ao longo de toda a cadeia alimentar, permitindo, por exemplo, a melhoria da qualidade nutricional dos alimentos disponíveis ao consumidor, exige a criação de um conjunto de mecanismos que permita salvaguardar o melhor interesse dos cidadãos e da sua saúde. O plano de comunicação estratégica é outra exigência dos tempos atuais e pretende reforçar uma necessidade, preocupação e prioridade já identificada pela equipa do PNPAS desde a sua criação em 2012. Porém, as rápidas transformações e a evolução constante dos atuais modelos de comunicação, o crescimento da influência das redes sociais, bem como os riscos decorrentes para a desinformação em saúde, requerem a definição de uma nova estratégia de comunicação. Para garantir uma efetiva implementação do PNPAS será essencial definir um modelo de governação que permita um melhor alinhamento, articulação e integração entre os níveis nacional



NOTA PRÉVIA

e subnacional (regional e local). O aumento da descentralização de competências na área da educação e saúde e a confiança e proximidade entretanto criada junto dos diferentes parceiros a nível regional e local obriga o novo PNPAS a identificar novas ameaças e oportunidades para a promoção da alimentação saudável de uma forma integrada, através de um novo modelo organizacional.

Por último, importará robustecer os sistemas de informação de apoio à decisão técnica, estratégica e política na área da alimentação e nutrição. No contexto da pandemia COVID-19, mais do que nunca, se torna imprescindível ter um sistema de informação robusto que permita a recolha de informação de qualidade e de forma regular (pelo menos a cada 5 anos) sobre o consumo alimentar e estado nutricional da população. Só assim será possível observar e atuar de forma orientada para dar resposta aos principais problemas identificados e antecipar e repensar ações, decisões e políticas em tempo útil.

A implementação do PNPAS durante o decénio 2022-2030 enfrentará um conjunto de desafios já bem identificados e caracterizados no PNS 2021-2030: 1) a recuperação social, económica e de saúde; 2) a crise climática; 3) a crise energética; 4) o agravamento das desigualdades sociais; 5) as zoonoses e 6) a crise de valores e de confiança nas políticas e instituições públicas. A par dos desafios surgem também oportunidades que acompanharão a implementação do PNPAS durante o período 2022-2030, nomeadamente: 1) o reforço das redes formais e informais de suporte social; 2) a transição climática e a possibilidade de interligar a promoção da alimentação saudável com modelos de consumo sustentável; 3) a transição digital e a melhoria dos sistemas de gestão e comunicação de informação e 4) a inovação, a cocriação e o trabalho de intensa colaboração com a comunidade científica nacional e internacional.

2.

Situação atual

A CARGA DA DOENÇA ASSOCIADA À ALIMENTAÇÃO INADEQUADA EM PORTUGAL

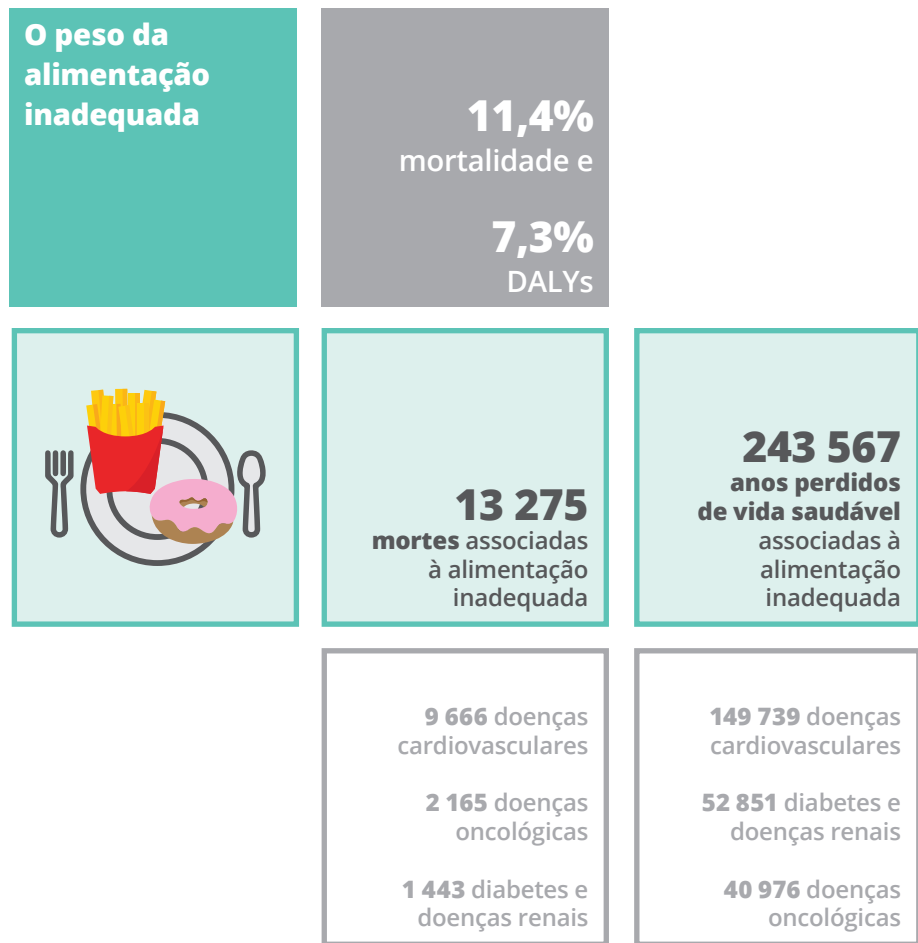


A alimentação inadequada é uma das principais causas evitáveis de doenças crónicas, perda de qualidade de vida e mortalidade prematura em Portugal. Estima-se que nos próximos anos, a alimentação inadequada possa vir a ultrapassar o tabaco no *ranking* dos fatores de risco modificáveis que mais condicionam a carga da doença a nível nacional.

Especificamente para a população portuguesa, de acordo com os dados mais recentes do *Global Burden Disease* (2019), a **malnutrição em todas as suas formas (alimentação inadequada, excesso de peso e obesidade e desnutrição) é o principal fator de risco para a carga da doença no nosso país**. Das diferentes formas de malnutrição são os **hábitos alimentares inadequados** e o **excesso de peso** (incluindo a obesidade) que estão entre os principais fatores de risco para carga da doença no nosso país.



SITUAÇÃO ATUAL



Fonte: *Global Burden Disease*, 2019.

A alimentação inadequada, enquanto uma das principais causas evitáveis das doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente da obesidade, doenças oncológicas, doenças cérebro-cardiovasculares e da diabetes *mellitus* tipo 2, contribuiu para 7,3% dos DALYs (*Disability-adjusted life years* – anos de vida perdidos por incapacidade) e para 11,4% da mortalidade, no ano de 2019. Relativamente aos hábitos alimentares, o elevado consumo de carne vermelha (72.791 DALYs; 2,2% do total), baixo consumo de cereais integrais (61.301 DALYs; 1,8% do total) e a elevada ingestão de sódio (26.073 DALYs; 0,8% do total), destacam-se como os principais fatores que contribuem para a perda de anos de vida saudável. Estes três fatores são responsáveis por cerca de 161.065 DALYs^(2, 3).

Dados do último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) de 2015-2016, mostram que a população portuguesa apresenta um consumo médio diário de sal de 7,3 g, sendo este valor superior ao recomen-


dado pela OMS, 5 g/dia; que 24,3% da população portuguesa apresenta um consumo de açúcares livres superior a 10% do valor energético total, ou seja, apresenta um consumo superior ao valor máximo recomendado pela OMS, sendo esta percentagem de inadequação superior para as crianças (40,7%) e adolescentes (48,7%); cerca de 56% da população não cumpre com as recomendações preconizadas pela OMS para o consumo de fruta e hortícolas (≥ 400 g/dia de fruta e produtos hortícolas), sendo a percentagem de inadequação particularmente preocupante no grupo das crianças (72%) e dos adolescentes (78%); o consumo inadequado de refrigerantes e/ou néctares é uma realidade, principalmente na faixa etária dos adolescentes, em que o seu consumo diário alcança, em média, os 161 g/dia e a prevalência de consumo diário ≥ 220 g/dia é de 42%; os alimentos ultra-processados contribuem para cerca de 24% da ingestão energética diária total; o contributo percentual de um conjunto de alimentos que não estão incluídos na Roda dos Alimentos (bolos, doces, bolachas, *snacks* salgados,



SITUAÇÃO ATUAL


Consumo alimentar

Inadequação no consumo alimentar

 **56%** portugueses têm um consumo de hortofrutícolas inferior a 400 g/dia

72% nas crianças e **78%** nos adolescentes

 **41%** adolescentes portugueses têm um consumo diário de refrigerantes

 **24%** contributo dos alimentos ultraprocessados para a ingestão energética diária total

 **24%** portugueses têm uma ingestão de açúcares livres superior a 10% VET

41% nas crianças e **49%** nos adolescentes

 **77%** portugueses têm uma ingestão de sal superior a 5 g/dia

 **29%** contributo dos alimentos que não constam na Roda dos Alimentos

Fonte: IAN-AF, 2015-1016.

pizzas, refrigerantes, néctares e bebidas alcoólicas) é de cerca de 29% do consumo total e o consumo semanal de carne processada é de em média 140 g/dia, quase três vezes mais do que a recomendação para um consumo máximo de uma porção de 50 g por semana ⁽⁴⁻⁶⁾.

Relativamente à ingestão de micronutrientes, o IAN-AF 2015-2016 aponta para uma ingestão de sódio excessiva, com uma ingestão média diária de 2962 mg e um défice de ingestão em relação às necessidades médias de cálcio e folato ⁽⁴⁾. A evidência aponta ainda para a presença de deficiência de iodo em populações de risco em Portugal, nomeadamente grávidas e lactantes ⁽⁷⁻¹⁰⁾ e crianças em idade escolar ⁽¹¹⁾.

O excesso de peso (incluindo a obesidade), que afeta mais de metade da população portuguesa, contribuiu em 2019 para cerca de 9% da mortalidade e 7,9% do total de DALYs ⁽¹²⁻¹⁴⁾. A obesidade, enquanto doença crónica e simultaneamente fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, atinge mais de 20% da população adulta portuguesa (cerca de 2 milhões de pessoas), sendo que o excesso de peso ultrapassa os 50% ^(4, 15). Também a obesidade infantil atinge proporções elevadas, sendo a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) estimada em 2019 de 29,6% (12% das crianças dos 6 aos 8 anos de idade viviam com obesidade). Apesar disso, entre 2008 e 2019, Portugal conseguiu travar o crescimento do excesso de peso (37,9% em 2008 vs 29,6% em 2019) e da obesidade (15,3% em 2008 vs 12,0% em 2019) infantil ⁽¹⁵⁾.



SITUAÇÃO ATUAL



Fonte: *Global Burden Disease, 2019*; IAN-AF, 2015-2016; COSI 2019.

As projeções do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) para 2030 em Portugal indicam que do total de óbitos projetados, a percentagem atribuível a erros alimentares será de 13,84% (IC 95: 9,99-17,88) e atribuível ao excesso de peso e obesidade será de 11,99% (IC95: 7,40-17,80), ultrapassando o tabagismo cuja percentagem projetada de óbitos atribuível será de 11,07% (IC95: 9,37-12,87)⁽¹⁶⁾.

Em Portugal, a prevalência das doenças crónicas potencialmente associadas à alimentação inadequada é elevada, sendo um dos principais problemas de saúde pública, que representa cerca de 86% da carga total de doença⁽¹²⁻¹⁴⁾. De acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), em 2015-2016 e, na população adulta, a prevalência da diabetes *mellitus* tipo 2 era de aproximadamente 10% e a prevalência de hipertensão arterial era de 36%⁽¹⁷⁾. Mais ainda, as doenças cardiovasculares representaram, em 2015, cerca de 29,7% de todas as mortes⁽¹³⁾.

A obesidade e outras doenças crónicas potencialmente associadas à alimentação inadequada não afetam por igual todos os grupos da população. Dados disponíveis para a população portuguesa sugerem que a obesidade, diabetes e hipertensão arterial afetam de forma desproporcionalmente maior as pessoas com maior vulnerabilidade socioeconómica (obesidade: 38,5% nos indivíduos com 4 ou menos anos de escolaridade vs 13,2% nos indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade; diabetes: 12,2% nos indivíduos com 4 ou menos anos de escolaridade vs 6,4% nos indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade; e hipertensão arterial: 45,1% nos indivíduos com 4 ou menos anos de escolaridade vs 25,6% nos indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade)^(4, 17). As barreiras para o acesso a uma alimentação adequada podem, em parte, explicar estes resultados, sendo que em 2015-2016, dados da coorte EpiDoC (amostra representativa da população portuguesa) demonstravam que cerca de 19,3% dos agregados familiares portugueses encontravam-se numa situa-



SITUAÇÃO ATUAL

Projeções para 2030 da mortalidade atribuível a vários fatores de risco



Projeções para 2030 da mortalidade atribuível a vários fatores de risco por fator, de acordo com a metodologia usada no estudo da carga global da doença (GBD – *Global Burden of Disease*) pelo IHME.

ção de insegurança alimentar, ou seja, numa situação em que se verificam dificuldades económicas no acesso aos alimentos (14,0% insegurança alimentar ligeira, 3,5% insegurança alimentar moderada e 1,8% insegurança alimentar grave) ⁽¹⁸⁾.

Apesar de ainda serem necessários mais estudos para compreender de forma mais aprofundada o impacto da pandemia COVID-19 no consumo alimentar e estado nutricional da população portuguesa, existe já alguma evidência que sugere que a pandemia fez-se acompanhar de desafios a vários níveis, com potencial impacto negativo na alimentação e no estado nutricional da população.

A elevada prevalência de doenças crónicas apresenta também um impacto económico e social significativo, na medida em que o custo associado ao seu tratamento

tem um elevado peso nas despesas em saúde e, por outro lado, estas doenças são também responsáveis por perdas importantes ao nível da produtividade. De acordo com o relatório *The Heavy Burden of Obesity – The Economics of Prevention da OCDE*, em Portugal, 10% da despesa total da saúde (equivalente a 207 € per capita por ano) é utilizada para o tratamento de doenças relacionadas com o excesso de peso, uma percentagem superior à média dos países da OCDE (8,4%), valor que representa 3% do Produto Interno Bruto (PIB). De acordo com o mesmo relatório, estima-se que, entre 2020 e 2050, o excesso de peso e as doenças associadas, possam vir a contribuir para uma diminuição da esperança média de vida em cerca de 2,2 anos ⁽¹⁹⁾ 1.

O atual contexto epidemiológico caracterizado por uma elevada prevalência de excesso de peso, obesidade e de outras doenças crónicas, potencialmente associadas

1. No Anexo C, apresenta-se uma descrição mais detalhada da epidemiologia do excesso de peso e da obesidade em Portugal, dos hábitos alimentares da população portuguesa, bem como sobre a situação de insegurança alimentar, assim como outras formas de malnutrição.



SITUAÇÃO ATUAL

3% PIB =

**Custo da
obesidade**
em Portugal

10% da despesa total da saúde
é dedicado ao tratamento de doenças
relacionadas com o excesso de peso

207 € per capita/ano

Fonte: OCDE, 2019.

à alimentação inadequada, reforçam a necessidade de dar continuidade e de intensificar a implementação de ações que permitam reduzir a carga da doença associada aos hábitos alimentares inadequados e ao excesso de peso. A magnitude e gravidade do problema, bem como a complexidade inerente à implementação de soluções, exige que este conjunto de ações seja concertado e enquadrado numa visão estratégica com definição de objetivos e metas a curto, médio e longo prazo, o que justifica a importância da existência de um programa nacional prioritário de saúde para a área da alimentação saudável, nutrição e obesidade.

Embora nos últimos anos se tenha registado uma melhoria em alguns indicadores, nomeadamente no que diz respeito ao excesso de peso e obesidade infantil, e o PNPAS se tenha tornado num programa de referência a nível nacional e internacional ao longo da sua primeira década de existência, as estimativas da OMS indicam que nenhum país de região europeia está em condições

de alcançar a meta relativa ao não crescimento da obesidade, até 2025, sugerindo a necessidade de intensificar os esforços para implementar medidas de prevenção e controlo da obesidade e para a promoção da alimentação saudável.



3.

Visão



O PNPAS visa promover o estado de saúde da população portuguesa, atuando num dos seus principais determinantes, a alimentação, prevenindo e controlando todas as formas de malnutrição (alimentação inadequada, desnutrição, ingestão inadequada de vitaminas e minerais, pré-obesidade e obesidade), através de um conjunto concertado e integrado de ações assentes numa intervenção a nível dos ambientes alimentares, a nível individual e a nível dos cuidados de saúde. Um consumo alimentar adequado e a conseqüente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade...).



4.

Missão



Intervenção a nível ambiental

Cidadãos vivam, cresçam, aprendam, trabalhem em ambientes alimentares saudáveis



Intervenção a nível individual

Cidadãos mais informados e capacitados para escolhas alimentares saudáveis



Intervenção a nível do sistema saúde

Sistema de saúde com mais respostas e mais capacitados (alimentação saudável, prevenção e controlo obesidade)

Figura 1. **Missão do PNPAS 2022-2030.**

O PNPAS deve, no futuro, ser capaz de permitir que:

1. Os cidadãos vivam, cresçam, aprendam e trabalhem em ambientes alimentares saudáveis.
2. Os cidadãos sejam capazes de tomar decisões informadas acerca dos alimentos e práticas culinárias saudáveis e estejam mais capacitados para fazerem escolhas alimentares saudáveis.
3. Os serviços de saúde tenham mais respostas e estejam mais capacitados para a promoção da alimentação saudável, para a prevenção e controlo da obesidade, bem como que garantam o acesso a cuidados nutricionais de qualidade.



5.

Valores e princípios do PNPAS



A concretização do PNPAS para o período de 2022-2030 assenta num conjunto de valores e de princípios que definem o seu modo de atuação e que se encontram alinhados com os valores da Direção-Geral da Saúde (DGS) e do PNS.



VALORES E PRINCÍPIOS DO PNPAS

INDEPENDÊNCIA

A ação do PNPAS será desenvolvida de forma totalmente independente de interesses individuais, corporativos e dos interesses comerciais do setor agro-alimentar. A ação do PNPAS será livre de quaisquer interesses que não sejam o serviço público em saúde.

TRANSPARÊNCIA E ACCOUNTABILITY (PRESTAÇÃO DE CONTAS)

A ação do PNPAS promoverá a prestação de contas, divulgação e explicação sobre as atividades do PNPAS, de forma proativa e aberta, bem como a transparência do relacionamento do PNPAS com os operadores económicos do sistema alimentar e com outras partes interessadas.

COLABORAÇÃO E COOPERAÇÃO

A ação do PNPAS assentará num espírito de partilha, colaboração e cooperação com todos os intervenientes no sistema de saúde e no sistema alimentar e na cooperação internacional. A participação de todos é essencial para a concretização da sua estratégia.

RIGOR CIENTÍFICO E ÉTICO

A ação do PNPAS será pautada pelo rigor técnico e científico, baseada na melhor evidência científica existente e respeitando os princípios éticos.

EQUIDADE

A ação do PNPAS deve ter sempre em consideração o seu impacto nas desigualdades sociais na procura e acesso a alimentos nutricionalmente adequados bem como na capacitação dos cidadãos e no acesso aos cuidados de saúde independentemente da sua condição social.

PREVENÇÃO

A ação do PNPAS terá o seu foco na prevenção, visando promover hábitos alimentares saudáveis, evitando o desenvolvimento e a progressão de problemas relacionados com o estado nutricional, assim como as doenças crónicas associadas à alimentação inadequada.

EVOLUÇÃO E ADAPTABILIDADE

A ação do PNPAS será devidamente ajustada e adaptada em função da monitorização anual da situação alimentar e nutricional em Portugal, bem como do progresso e resultados alcançados.



6.

Eixos e estratégias de intervenção



A estratégia do PNPAS 2022-2030 é concretizada em função de 3 eixos nucleares e 2 eixos transversais. Em concreto, o PNPAS 2022-2030 pretende promover a criação de ambientes alimentares saudáveis; promover a literacia em saúde e capacitar a população para escolhas alimentares mais saudáveis; reforçar e reorientar os serviços de saúde para a promoção de uma alimentação saudável e para uma ação mais eficaz na melhoria do estado nutricional dos utentes; promover uma abordagem de intervenção intersectorial, que permita pôr em prática o princípio da saúde em todas as políticas e; reforçar os sistemas de informação de apoio à tomada de decisão na área da alimentação e da nutrição e à monitorização e avaliação das medidas implementadas.



EIXOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Os eixos nucleares do PNPAS são:

EIXO 1

PROTEGER E APOIAR, através da criação de ambientes alimentares saudáveis

Este eixo requer uma intervenção a nível ambiental, promovendo a definição e implementação de um conjunto de ações sobre os ambientes onde as pessoas vivem, compram, estudam e trabalham, visando aumentar as oportunidades e criar contextos favoráveis a escolhas alimentares saudáveis (“apoiar”) e, ao mesmo tempo reduzir a exposição e os estímulos para escolhas alimentares menos saudáveis (“proteger”). Apesar da obesidade ser uma doença de etiologia multifatorial, os ambientes obesogénicos, enquanto “soma das influências, oportunidades ou condições de vida que promovem a obesidade em indivíduos ou populações”, estão descritos na literatura científica como um dos importantes determinantes da elevada prevalência do excesso de peso (incluindo a obesidade). Os alimentos menos saudáveis tornaram-se mais convenientes, em alguns casos têm um custo mais baixo comparativamente às opções alimentares mais saudáveis, são intensamente promovidos através de fortes estratégias de marketing e encontram-se facilmente disponíveis em todo o lugar. Assim, pretende-se implementar medidas que promovam ambientes alimentares saudáveis, concretizadas através de legislação e outros mecanismos que permitam modificar a disponibilidade de certos alimentos e seus ingredientes, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em outros espaços públicos; que permitam incentivar a reformulação dos produtos alimentares (indústria alimentar, distribuição e restauração) permitindo a melhoria da sua qualidade nutricional; que permitam reduzir a exposição ao marketing alimentar e que permitam tornar os ambientes de compra de alimentos mais favoráveis a escolhas alimentares saudáveis.

EIXO 2

INFORMAR E CAPACITAR, para cidadãos informados e capacitados para escolhas alimentares saudáveis

Este eixo requer uma intervenção a nível individual, promovendo a definição e implementação de um conjunto de ações sobre as pessoas para que estas sejam capazes de promover a sua saúde através da adoção de comportamentos alimentares saudáveis ou da correção de comportamentos menos saudáveis. Pretende-se promover práticas alimentares saudáveis na população, em especial nos grupos mais desfavorecidos, através da informação e capacitação para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis, considerando que as ações a implementar no âmbito deste eixo devem ser capazes de promover a mobilização social e de gerar informação que seja compreendida e geradora de ação em toda a população, independentemente do seu nível de escolaridade e socioeconómico. A intervenção no âmbito deste eixo, assenta na premissa de que a mudança de comportamentos na área da alimentação só será possível através de uma aposta forte na promoção da literacia em saúde da população e em iniciativas de mobilização social. Esta aposta na promoção da literacia em saúde deve ser multidimensional, perspetivando-se melhorar conhecimentos, competências, motivação e a autoeficácia.



EIXOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

EIXO 3

IDENTIFICAR E CUIDAR, através do reforço da promoção da alimentação saudável no sistema de saúde e prestação de cuidados de saúde e do acesso a cuidados nutricionais de qualidade

Este eixo requer uma intervenção ao nível dos cuidados de saúde e dos profissionais de saúde, visando reforçar o sistema de saúde para a promoção da alimentação saudável e o acesso a cuidados nutricionais de qualidade. Pretende-se reforçar e reorientar os serviços de saúde para a promoção de uma alimentação saudável e para a prestação de cuidados nutricionais e desenvolver estratégias que melhorem a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar. Em concreto, pretende-se reforçar a capacidade do Serviço Nacional de Saúde, em particular dos Cuidados de Saúde Primários, para promover a alimentação saudável e detetar precocemente os casos de excesso de peso, iniciando o tratamento o mais rapidamente possível. A promoção da alimentação saudável enquanto uma ação de promoção da saúde e prevenção da doença, deve ser parte integrante dos diferentes níveis de prestação de cuidados (“cada contacto conta” – fazer de cada contacto uma oportunidade de promover a saúde, em particular em contexto de Cuidados de Saúde Primários, mas também no contexto dos Cuidados Hospitalares ou outros). Ainda no que diz respeito à reorientação dos serviços de saúde, pretende-se dar continuidade à implementação da identificação sistemática do risco nutricional em meio hospitalar, bem como alargar este modelo de intervenção a outros contextos (por exemplo aos doentes oncológicos em contexto de ambulatório e aos Cuidados de Saúde Primários), permitindo uma deteção atempada das situações de risco de desnutrição e o acesso à intervenção nutricional, contribuindo para uma melhoria substancial na qualidade de vida de um grupo alargado de cidadãos.

Os eixos nucleares são complementados com três eixos de intervenção transversal, nomeadamente:

EIXO 4

MONITORIZAR E AVALIAR, através de um sistema de informação de qualidade em alimentação e nutrição

Este eixo pretende promover e dinamizar o conhecimento sobre os consumos e comportamentos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências, contribuindo para um adequado planeamento em saúde e sua monitorização ao longo do tempo. A existência de informação de qualidade na área da alimentação e da nutrição é um recurso estratégico para o diagnóstico e identificação de prioridades em saúde, para a identificação de intervenções orientadas para dar resposta aos principais problemas de saúde identificados, bem como para a monitorização e avaliação das medidas implementadas para a promoção da alimentação saudável. Pretende-se promover a transferência de conhecimento para informar a tomada de decisão técnica, estratégica e política, o que se poderá traduzir em medidas aplicáveis para a obtenção de ganhos em saúde. Este eixo permitirá desenvolver uma saúde pública de maior precisão, que permita implementar “a estratégia de intervenção certa, no momento certo, na população certa”.



EIXOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

EIXO 5

INTEGRAR E ARTICULAR, para uma ação que coloque a alimentação saudável em todas as políticas e que envolva toda a sociedade

Dinamizar a articulação integrada com outros setores, nomeadamente da agricultura, economia, ambiente, educação, segurança social, ambiente e autarquias de forma a identificar e promover ações que incentivem a disponibilidade e o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional. Este eixo permite concretizar a abordagem “*health in all policies*”/ “*whole-of-government*” e “*whole-of-society approach*”. No âmbito deste eixo pretende-se também promover um melhor alinhamento, articulação e integração entre os níveis nacionais e sub-regionais (regional e local), bem como promover uma ação articulada e sinérgica com o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 e com outros programas, planos e estratégias nacionais de saúde, em particular os programas prioritários de saúde que integram a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Saúde Oral, Programa Nacional de Saúde Programa de Saúde Infantil e Juvenil, Programa de Saúde Sexual, Plano de Ação para a Literacia em Saúde e Reprodutiva e Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro).

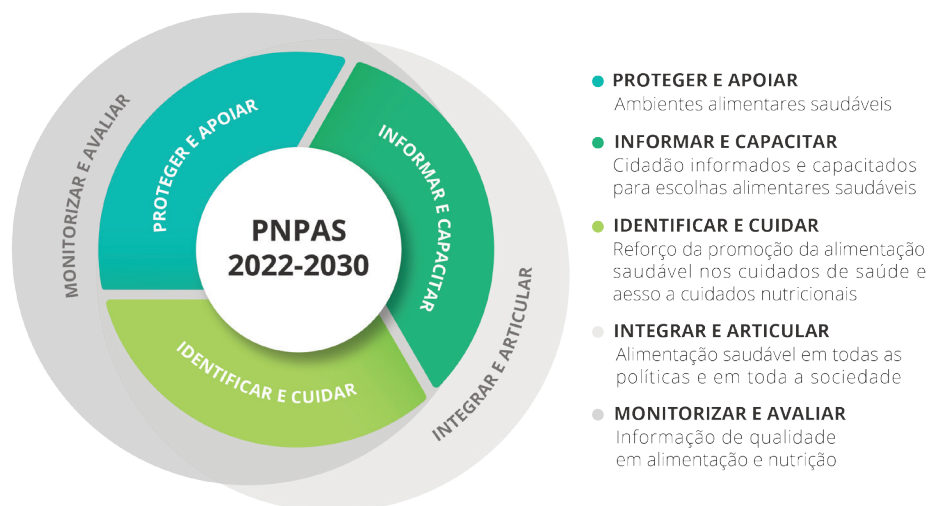


Figura 2. Eixos de intervenção do PNPAS 2022-2030.



EIXOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

As estratégias de intervenção no âmbito dos 3 eixos nucleares do PNPAS serão maioritariamente dirigidas para a prevenção, de âmbito populacional e carácter universal (“*population-wide strategies*”), complementadas por estratégias de intervenção dirigidas para grupos prioritários, de risco ou de maior vulnerabilidade (“*high-risk targeted strategies*”), nomeadamente dirigidas às diferentes fases do ciclo de vida (mulheres em fase pré-conceção, grávidas, lactação, crianças até 2 anos, crianças 2-10 anos e adolescentes), para grupos com maior vulnerabilidade socioeconómica e institucionalizados, bem como para grupos de risco para a obesidade e outras doenças crónicas (identificação precoce de pessoas com fatores de risco). Pretende-se assim ter uma abordagem de intervenção ao longo do ciclo de vida e orientada para reduzir as desigualdades sociais na saúde e para a intervenção em contextos de particular oportunidade para a mudança de comportamentos.

Para cada um dos eixos intervenção apresentam-se um conjunto de estratégias de intervenção específicas a promover. Para a seleção das estratégias de intervenção foi considerado o previsto no Plano Nacional de Saúde 2021-2030, bem como nas diferentes estratégias europeias e internacionais, nomeadamente: Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável ⁽²⁰⁾, *Europe’s Beating Cancer Plan*⁽²¹⁾, *Healthier Together – EU Non-communicable diseases initiative* ⁽²²⁾, *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020* (atualmente em fase de avaliação) ⁽²³⁾, *WHO Europe Food and Nutrition Action Plan* ⁽²⁴⁾, *Tackling NCDs: “best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases* ⁽²⁵⁾, *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity Implementation Plan: Executive Summary* ⁽²⁶⁾, *WHO European Regional Obesity Report 2022* ⁽²⁷⁾, *The Heavy Burden of Obesity – The Economics of Prevention* ⁽²⁸⁾, *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2030* ⁽²⁹⁾, *Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region* ⁽³⁰⁾, Garantia Europeia para a Infância ⁽³¹⁾ e Estratégia da UE para os Direitos das Crianças ⁽³²⁾, *Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI)* ⁽³³⁾ e *NOURISHING framework (World Cancer Research Fund)* ⁽³⁴⁾. No Anexo D é possível encontrar um

esquema que descreve o alinhamento entre o PNPAS e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

As estratégias de intervenção apresentadas assentam numa robusta base de evidência, tendo tido em consideração a sua efetividade, o seu custo-efetividade e o seu potencial para reduzir as desigualdades sociais em saúde. No Anexo E, apresenta-se uma revisão da literatura sobre a efetividade de estratégias de intervenção de base populacional para a promoção da alimentação saudável e da prevenção e controlo da obesidade.



EIXOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Tabela 1. **Estratégias de intervenção do PNPAS 2022-2030 por eixo de intervenção.**

EIXO DE INTERVENÇÃO	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO
<p>PROTEGER E APOIAR</p> <p>Implementar medidas que promovam ambientes alimentares saudáveis, concretizada através da legislação e outros mecanismos que permitam modificar a disponibilidade de certos alimentos e seus ingredientes, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos, que permitam incentivar a reformulação dos produtos alimentares; que permitam reduzir a exposição ao marketing alimentar e que permitam tornar os ambientes de compra de alimentos mais favoráveis a escolhas alimentares saudáveis.</p>	<ul style="list-style-type: none">A. Ações dirigidas para promover um sistema alimentar saudável, que favoreça a produção, processamento e distribuição de alimentos saudáveis.B. Utilização de medidas fiscais que facilitem o acesso económico a alimentos saudáveis e limitem o acesso económico a alimentos não saudáveis.C. Ações que promovam a reformulação dos produtos alimentares processados e do setor da restauração, através de medidas legislativas ou de mecanismos de co-regulação.D. Ações que promovam a redução do tamanho das porções/embalagens dos produtos alimentares.E. Ações que melhorem a informação nutricional prestada aos consumidores nas embalagens dos produtos alimentares (ex: sistema de rotulagem nutricional na frente da embalagem e controlo das alegações nutricionais e de saúde) e nos locais de compra de alimentos, incluindo o setor da restauração (ex: informação nutricional presente nos menus) e os ambientes físicos e digitais.F. Ações que melhorem os ambientes alimentos nos locais de compra, através de políticas de posicionamento dos alimentos.G. Ações que visem reduzir a exposição e o poder do marketing de alimentos não saudáveis, incluindo o marketing promocional (promoções), o marketing na embalagem dos produtos alimentares e o patrocínio. As ações que visem reduzir a exposição e o poder do marketing devem também considerar os substitutos do leite materno, bem como os alimentos dirigidos para crianças pequenas.H. Ações dirigidas para modificar a oferta alimentar em diferentes espaços públicos (creches, escolas, universidades, instituições de saúde e instituições da economia social, em particular aquelas que prestam apoio à população idosa, locais de trabalho, instituições públicas), nomeadamente através da definição de orientações ou legislação que determine alimentos a não disponibilizar e a promover e, através da definição de critérios para a aquisição pública de alimentos e serviços de alimentação.



EIXOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

EIXO DE INTERVENÇÃO

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

INFORMAR E CAPACITAR

Implementar medidas que promovam cidadãos informados e capacitados para escolhas alimentares saudáveis

- A. Ações que aumentem o conhecimento e as competências dos cidadãos para obterem, compreenderem e utilizarem e informação para fazer escolhas alimentares saudáveis.
- B. Ações que aumentem o conhecimento e as competências dos cidadãos para a adesão à Dieta Mediterrânica.
- C. Ações que utilizem estratégias de marketing social e de *nudge* para promover escolhas alimentares saudáveis.
- D. Ações que capacitem os pais, famílias e cuidadores para a promoção da alimentação saudável das crianças e adolescentes.
- E. Ações que envolvam os adolescentes e jovens adultos para a prática de uma alimentação saudável.
- F. Ações que permitam capacitar os grupos com maior vulnerabilidade socioeconómica para escolhas alimentares saudáveis.
- G. Ações que promovam a educação alimentar em meio escolar e em instituições que acolhem e apoiam crianças pequenas.

IDENTIFICAR E CUIDAR

Reforçar e reorientar os serviços de saúde para a promoção de uma alimentação saudável e para a prestação de cuidados nutricionais e desenvolver estratégias que melhorem a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais

- A. Identificação de indivíduos com hábitos alimentares inadequados e implementação atempada do aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários.
- B. Implementação de uma abordagem integrada e melhoria do acesso à prevenção e tratamento da obesidade, criando uma abordagem de resposta multidisciplinar e efetiva ao nível dos cuidados de saúde primários.
- C. Implementação da identificação sistemática do risco nutricional em diferentes níveis de prestação de cuidados.
- D. Integração do aconselhamento para hábitos alimentares saudáveis e para o ganho adequado de peso no contexto dos cuidados pré-natais.
- E. Ações de incentivo e promoção do aleitamento materno.
- F. Capacitação dos profissionais de saúde e melhoria da sua confiança para a promoção da alimentação saudável e para prevenção e controlo da obesidade.
- G. Ações que promovam a utilização adequada de tecnologias digitais (mHealth, eHealth) para promover a capacitação dos profissionais de saúde e melhorar o modelo de prestação de cuidados.
- H. Contratualização de prestação de cuidados de saúde na área da alimentação e nutrição, em linha com as estratégias de intervenção do PNPAS.



EIXOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

EIXO DE INTERVENÇÃO	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO
<p>MONITORIZAR E AVALIAR</p> <p>Promover o aumento do conhecimento sobre os consumos, comportamentos alimentares e estado nutricional da população portuguesa, seus determinantes e consequências</p>	<ul style="list-style-type: none">A. Implementação de um sistema de vigilância do consumo alimentar, estado nutricional e da insegurança alimentar, com recolha de informação periódica (a cada 5 anos).B. Definição e monitorização de indicadores relacionados com o consumo alimentar, estado nutricional e morbilidade associada, através da informação registada no sistema de registo clínico.C. Implementação de um sistema de monitorização da composição nutricional dos alimentos disponíveis no mercado português, autónomo e independente.D. Ações que permitam avaliar o grau de implementação (ferramentas de avaliação de políticas como o <i>Healthy Food Environment Policy Index- Food-EPI</i> e o <i>NOURISHING Framework</i>) e o impacto, bem como a análise do custo-efetividade das medidas implementadas para a promoção da alimentação saudável e prevenção e tratamento da obesidade.E. Ações que permitam monitorização os ambientes alimentares, incluindo os digitais.
<p>INTEGRAR E ARTICULAR</p> <p>Dinamizar a articulação integrada com outros setores, nomeadamente da agricultura, indústria alimentar, desporto, ambiente, educação, segurança social e autarquias de forma a identificar e promover ações que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none">A. Ações que promovam a coerência e articulação entre diferentes políticas públicas, programas, planos e estratégias nacionais.B. Ações que promovam a implementação da abordagem <i>health in all policies/ whole of government e whole of society</i>, com o objetivo de promover a integração da promoção da alimentação saudável em todas as políticas públicas (ex: EIPAS - Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável).C. Ações que promovam a articulação entre os níveis nacional, regional e local.



EIXOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

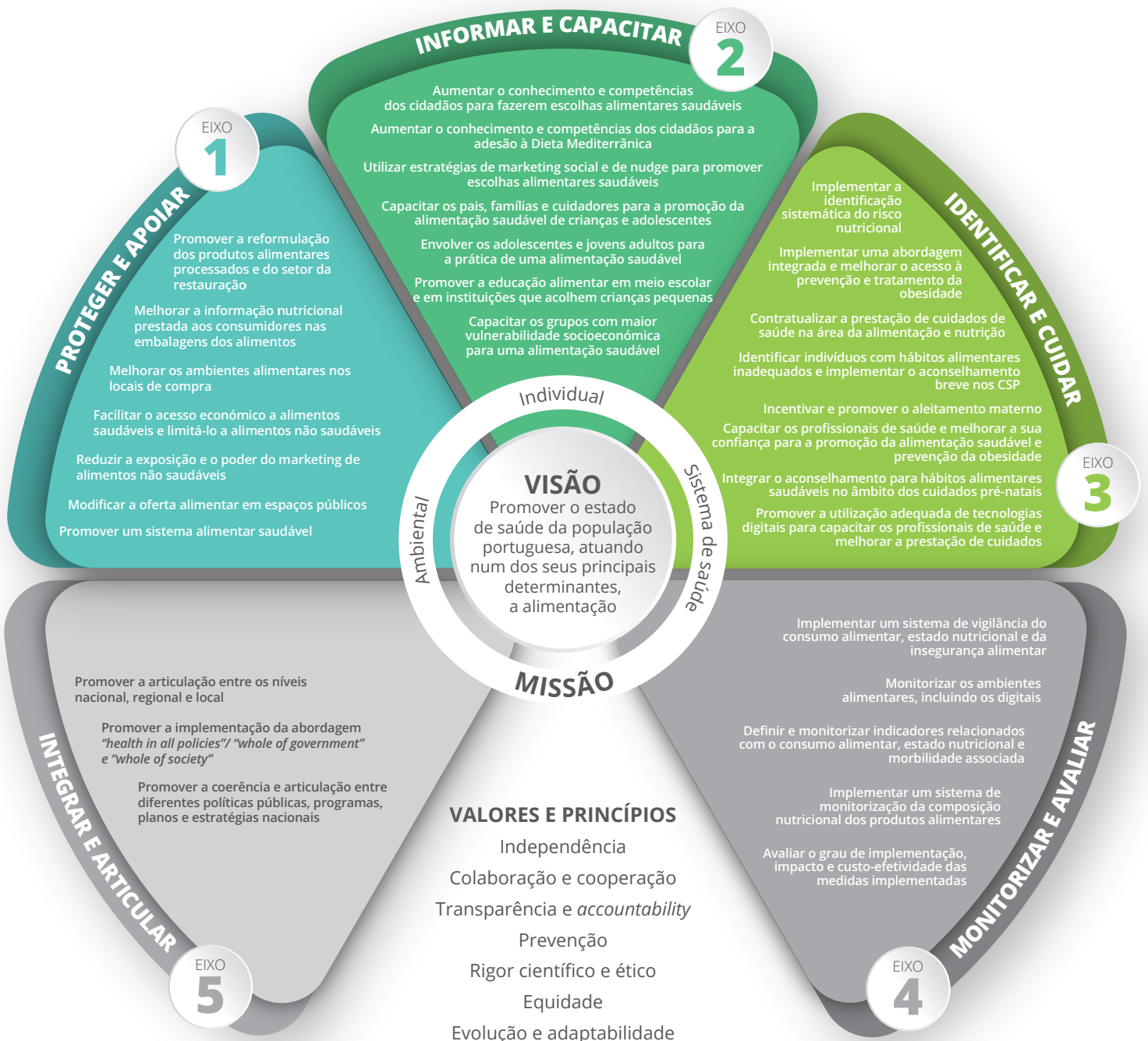


Figura 3. Eixos e estratégias de intervenção do PNPAS 2022-2030.



7.

Metas do PNPAS a 2030



As metas do PNPAS a 2030 encontram-se presentes na tabela 2. Sempre que possível foram consideradas as metas definidas pela OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas⁽²⁹⁾, bem como as relacionadas com a saúde materno-infantil (*Global Targets 2025: To improve maternal, infant and young child nutrition*)⁽³⁵⁾.



METAS DO PNPAS A 2030

Tabela 2. **Metas do PNPAS a 2030.**

METAS DO PNPAS

SHORT-TERM OUTCOMES / METAS A CURTO PRAZO

1. Reduzir o teor de sal, em pelo menos 10% até 2027, nos alimentos que mais contribuem para a ingestão de sal na população portuguesa.
2. Reduzir o teor de açúcar, em pelo menos 20% até 2027, nos alimentos que mais contribuem para a ingestão de açúcares livres na população portuguesa.
3. Aumentar o conhecimento sobre os princípios da Dieta Mediterrânica em pelo menos 20% até 2027.

INTERMEDIATE OUTCOMES / METAS A MÉDIO PRAZO

4. Aumentar a percentagem de consumo de pelo menos 400 g de fruta e hortícolas em adultos, crianças e adolescentes até 2030.
5. Reduzir o consumo de carne processada até 2030.
6. Reduzir o consumo de alimentos não saudáveis (alimentos ultraprocessados e alimentos que não constam na Roda dos Alimentos) até 2030.
7. Reduzir o consumo de refrigerantes e outras bebidas açucaradas em crianças e adolescentes até 2030.
8. Reduzir a ingestão de sódio em 30% até 2030.
9. Reduzir a proporção de crianças e adolescentes que apresentam uma ingestão de açúcares livres superior à recomendação da OMS (<10% do valor energético total) até 2030.
10. Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses para pelo menos 50% até 2030.
11. Aumentar a proporção de utentes do SNS com acesso a, pelo menos, um recurso de aconselhamento breve para a alimentação saudável, através dos Sistemas de Informação do SNS, até 2030.

LONG-TERM OUTCOMES / METAS A LONGO PRAZO

12. Travar o crescimento e reverter a tendência na prevalência da obesidade em adultos até 2030.
13. Reduzir a prevalência do excesso de peso e da obesidade em crianças e adolescentes em pelo menos 5% até 2030.



METAS DO PNPAS A 2030

As metas serão medidas por pelo menos um indicador, tal como se descreve na tabela 3.

Tabela 3. **Indicadores das metas do PNPAS a 2030.**

Metas 2027/2030	Indicador	Valor base	Fonte/Obs.
1	Ind. 1. média de sal disponibilizada nos principais grupos de alimentos fornecedores de sal	ND	Sistema de monitorização do plano para a reformulação dos produtos alimentares
2	Ind. 2. média de açúcar disponibilizada nos principais grupos de alimentos fornecedores de açúcar	ND	
3	Ind. 3. % da população que conhece os princípios da Dieta Mediterrânica	50%	DGS, 2020
4	Ind. 4. % da população adulta que consome pelo menos 400 g fruta e hortícolas diariamente	57%	IAN-AF, 2015-2016
	Ind. 5. % das crianças que consome pelo menos 400 g fruta e hortícolas diariamente	72%	
	Ind. 6. % dos adolescentes que consome pelo menos 400 g fruta e hortícolas diariamente	78%	
5	Ind. 7. % da população que consome mais do que 50 g de carne processada por semana	*	IAN-AF, 2015-2016
6	Ind. 8. % da população que consome alimentos ultraprocessados	24%	IAN-AF, 2015-2016
	Ind. 9. % contributo dos alimentos que não constam na Roda dos Alimentos para a ingestão energética total	29%	
7	Ind. 10. % das crianças que consome diariamente refrigerantes e outras bebidas açucaradas	22%	IAN-AF, 2015-2016
	Ind. 11. % dos adolescentes que consome diariamente refrigerantes e outras bebidas açucaradas	42%	
8	Ind. 12. Média da ingestão de sódio na população portuguesa	7,3 g	IAN-AF, 2015-2016
9	Ind. 13. % de crianças que apresentam uma ingestão de açúcares livres superior à recomendação da OMS	40,7%	IAN-AF, 2015-2016
	Ind. 14. % de adolescentes que apresentam uma ingestão de açúcares livres superior à recomendação da OMS	48,7%	
10	Ind.15. % de crianças amamentadas com aleitamento materno em exclusivo até aos 6 meses	21,6%	IAN-AF, 2015-2016
11	Ind. 16. % utentes do SNS com acesso a, pelo menos, um recurso de aconselhamento breve para a alimentação saudável, através dos Sistemas de Informação do SNS	ND	SClínico
12	Ind. 17. % de obesidade na população adulta	21,6%	IAN-AF, 2015-2016
	Ind. 18. % de pré-obesidade na população adulta	36,5%	
13	Ind. 19. % de obesidade em crianças em idade escolar (7 anos)	12,0%	COSI, 2019
	Ind. 20. % de pré-obesidade em crianças em idade escolar (7 anos)	17,6%	

*Aguarda-se informação sobre este indicador.



8.

Modelos

MODELO DE GOVERNAÇÃO, RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS E OUTROS MECANISMOS DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO



A definição de um adequado modelo de governação e de responsabilidades institucionais é fundamental para garantir uma efetiva implementação do PNPAS. O PNPAS pretende promover uma articulação entre os vários níveis (nacional e subnacional (regional e local)) de decisão estratégica e operacional em torno das ações para a promoção da alimentação saudável. Pretende também promover um modelo de articulação alargada com outros programas de saúde e outras estratégias e estruturas de outras áreas governativas. Em paralelo, para o decénio 2022-2030, o PNPAS pretende desenvolver as seguintes áreas, enquanto mecanismos que se consideram essenciais para a sua operacionalização: 1. Plano de Comunicação Estratégica e Divulgação; 2. Política de Gestão e Prevenção de Conflito de Interesses e de Promoção da Transparência e 3. Relações Internacionais e Ações de Cooperação.



MODELO DE GOVERNAÇÃO E RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

O PNPAS para o período 2022-2030 corresponde a um dos programas prioritários de saúde a desenvolver no âmbito do Plano Nacional de Saúde com horizonte a 2030, pela DGS. O PNPAS, a par do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, Programa Nacional para a Diabetes, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares, Programa Nacional para as Doenças Oncológicas e Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, integra a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas.

Uma vez que atua sobre um dos principais determinantes da saúde e das principais doenças crónicas, o PNPAS tem uma articulação estreita com outros programas de saúde prioritários em particular com o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, Programa Nacional para a Diabetes, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares, Programa Nacional para as Doenças Oncológicas e também com outros programas, planos e estratégias nacionais de saúde, nomeadamente o Programa de Saúde Escolar, Programa de Saúde Infantil e Juvenil, Programa de Saúde Oral e Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Plano de Ação para a Literacia em Saúde e Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro.

A colaboração interministerial é essencial e determinante para implementar diversas estratégias de ação que constam neste programa, existindo atualmente a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) que permite concretizar essa colaboração interministerial.

De acordo com o Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio, o PNPAS é liderado por um Diretor sob coordenação do Diretor-Geral da Saúde e coadjuvado por diversos profissionais.

O PNPAS 2022-2030 será dotado de um Conselho Científico, constituído por especialistas com mérito científico

reconhecido, a quem cabe analisar e discutir as propostas do programa, bem como assegurar critérios de evidência, qualidade e transparência de atuação.

Anualmente serão elaborados os respetivos planos de atividades e orçamento associado, sendo parte integrante do Plano e Orçamento anual da DGS. Para efeitos de transparência e responsabilização a Direção do PNPAS apresenta, anualmente, um relatório de atividades que permita aferir o cumprimento do plano de atividades, mas também um relatório anual, nacional, referente ao ponto da situação da área da alimentação saudável.

O PNPAS pretende promover uma articulação entre os vários níveis de decisão estratégia e operacional em torno das ações para a promoção da alimentação saudável. Para o efeito, o PNPAS prevê a criação de grupos regionais do PNPAS, de modo a permitir o alinhamento, articulação e integração entre os níveis nacional e sub-nacional (regional e local).

OUTROS MECANISMOS DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO

Em paralelo, para o decénio 2022-2030, o PNPAS pretende desenvolver as seguintes áreas, enquanto mecanismos que se consideram essenciais para a sua operacionalização:

1. Plano de Comunicação Estratégica e Divulgação,
2. Política de Gestão e Prevenção de Conflito de Interesses e de Promoção da Transparência e
3. Relações Internacionais e Ações de Cooperação.

O Plano de Comunicação Estratégica e Divulgação é uma das exigências dos tempos atuais e pretende reforçar uma necessidade e prioridade já identificada pelo PNPAS desde a sua criação em 2012. As rápidas transformações no ambiente digital, o crescimento da influência das redes sociais, bem como os riscos decorrentes para a desinformação em saúde, que se aceleraram durante a pandemia COVID-19, requerem a definição de



MODELO DE GOVERNAÇÃO, RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS E OUTROS MECANISMOS DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO

uma nova estratégia de comunicação, mais ágil, capaz de antecipar necessidades e de promover uma maior confiança e proximidade com os diferentes intervenientes e *stakeholders*, num ambiente comunicacional que, entretanto, mudou. Neste contexto, pretende-se definir um plano de comunicação estratégica que permita comunicar de forma eficaz as atividades e iniciativas desenvolvidas pelo PNPAS, bem como motivar, envolver e mobilizar os diferentes intervenientes e *stakeholders* no processo de implementação do PNPAS. Este plano deve integrar de forma coerente as novas tecnologias, ferramentas e canais digitais com os meios mais tradicionais de forma a criar idênticas oportunidades de acessibilidade e comunicação de qualidade a todos.

Considerando os valores da transparência e da independência que devem ser inerentes ao modo de atuação dos Programas Prioritários, pretende-se que no próximo decénio sejam criados mecanismos adequados para gerir e prevenir possíveis conflitos de interesses no PNPAS. Uma Política de Gestão e Prevenção de Conflito de Interesses e de Promoção da Transparência, que contemple um código de conduta, deve fazer parte do planeamento e implementação do PNPAS. Na área das políticas públicas para a promoção da alimentação saudável e para a prevenção e controlo da obesidade verifica-se um crescimento dos conflitos de interesses com o sistema alimentar e indústria farmacêutica pelo que se exige a definição de uma abordagem e um conjunto de mecanismos e ferramentas de avaliação, divulgação e gestão de riscos para a minimização destes problemas. A implementação de medidas no âmbito do PNPAS que afetam diretamente o ecossistema alimentar e os comportamentos de consumo dos cidadãos, torna a tomada de decisões técnicas alvo de pressões que surgem naturalmente nestes contextos. Por outro lado, ao longo dos últimos anos, o PNPAS intensificou as intervenções sobre o sistema alimentar, com impacto nos operadores económicos do setor, muitas vezes em parceria e articulação com estes mesmos operadores económicos. Este modelo de articulação, tem um grande potencial para promover a mudança ao longo de toda a cadeia alimentar, permitindo, por exemplo, a melhoria da qualidade

nutricional dos alimentos disponíveis, mas exige a implementação de um conjunto de procedimentos e práticas que permitam salvaguardar o interesse público, o melhor interesse dos cidadãos e da saúde pública. Deste conjunto de mecanismos e ferramentas a implementar, destaca-se:

- a) Estabelecimento de critérios e regras para os colaboradores e sobre quem pode participar nos grupos de trabalho/grupos de peritos para a tomada de decisões técnicas e do trabalho normativo no âmbito do PNPAS, exigindo sempre a divulgação e a transparência dos interesses, através da assinatura de uma declaração de conflitos de interesses devidamente ajustada à área da alimentação e nutrição;
- b) Definição de regras claras de participação, elaboração de termos de referência e definição clara dos papéis dos diferentes atores, no caso do estabelecimento de parcerias com os *stakeholders* e
- c) Divulgação e transparência, em particular para garantir a transparência em todas as interações entre o PNPAS e os operadores económicos do setor alimentar. Para este efeito destaca-se a importância da divulgação pública de todas as interações e comunicação entre o PNPAS e os operadores económicos (disponibilização de atas de reuniões, divulgação pública de emails trocados e todas as demais comunicações/ correspondências trocadas com operadores económicos, promovendo a sua divulgação proativa num recurso de análise acessível.

A definição e implementação destes mecanismos será determinante para proteger a independência, integridade e credibilidade das ações do PNPAS e para garantir a confiança dos cidadãos nas políticas públicas nesta área. Esta Política de Gestão e Prevenção de Conflito de Interesses e de Promoção da Transparência será desenvolvida em consonância com as recomendações da OMS, nomeadamente com o documento orientador "*Safeguarding against possible conflicts of interest in nutrition programmes: Draft approach for the prevention and mana-*



MODELO DE GOVERNAÇÃO, RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS E OUTROS MECANISMOS DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO

gement of conflicts of interest in the policy development and implementation of nutrition programmes at country level: report by the Director-General”⁽³⁶⁾ e o relatório técnico “Addressing and managing conflicts of interest in the planning and delivery of nutrition programmes at country level”⁽³⁷⁾.

tualização dos serviços de saúde deve também estar alinhado e ser coerente com as necessidades identificadas pelo PNPAS.

Por último, no âmbito das “Relações Internacionais e Ações de Cooperação” pretende-se que o PNPAS, enquanto ponto focal do Ministério da Saúde para a área da alimentação, nutrição e obesidade, continue:

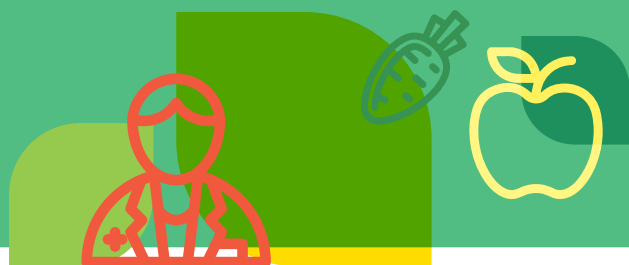
1. a ser um parceiro ativo na definição e concretização das estratégias e iniciativas da comunidade internacional;
2. a contribuir para o cumprimento dos compromissos internacionais assumidos por Portugal na área da promoção da alimentação saudável, nutrição, prevenção e controlo da obesidade;
3. a contribuir para o debate sobre as posições nacionais ao nível da OMS e da União Europeia e
4. a potenciar a criação de oportunidades e influenciar a agenda internacional, de forma coerente e integrada com as necessidades de saúde e interesses nacionais nesta área. Pretende-se também continuar a desenvolver ações de cooperação, na medida em que a ação do PNPAS beneficia muito da experiência, ensinamentos e lições aprendidas por outros países e parceiros internacionais. Neste âmbito, o PNPAS contribuirá também para a divulgação das políticas portuguesas em matéria de alimentação, nutrição e prevenção e controlo da obesidade.

O financiamento, a alocação de recursos humanos e o processo de contratualização em saúde devem ser ainda considerados mecanismos de suporte essenciais à implementação do PNPAS. Assim, as instituições de saúde dos níveis regional e local, em particular os prestadores de cuidados de saúde, devem garantir um adequado planeamento para o financiamento e para a alocação de recursos humanos, de modo a dispor de recursos humanos e financeiros suficientes para a implementação das ações previstas no PNPAS. O processo de contra-



9.

Referências bibliográficas



1. World Health Organization. Toolkit for developing a multisectoral action plan for noncommunicable diseases da OMS. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden Disease Portugal 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020.
3. Gregório MJ, Sousa SM, Teixeira D, Ferreira B, Figueira I, Taipa M, et al. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde; 2020.
4. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física IAN-AF 2015-2016. Relatório de resultados. Porto: Universidade do Porto; 2017. Disponível em: www.ian-af.up.pt.
5. Magalhães V, Severo M, Correia D, Torres D, Costa de Miranda R, Rauber F, et al. Associated factors to the consumption of ultra-processed foods and its relation with dietary sources in Portugal. *J Nutr Sci.* 2021; 10:e89.
6. Costa de Miranda R, Rauber F, de Moraes MM, Afonso C, Santos C, Rodrigues S, et al. Consumption of ultra-processed foods and non-communicable disease-related nutrient profile in Portuguese adults and elderly (2015-2016): the UPPER project. *Br J Nutr.* 2021; 125(10):1177-87.
7. Limbert E, Prazeres S, São Pedro M, Madureira D, Miranda A, Ribeiro M, et al. Iodine intake in Portuguese pregnant women: results of a countrywide study. *Eur J Endocrinol.* 2010; 163(4):631-5.
8. Costeira MJ, Oliveira P, Ares S, de Escobar GM, Palha JA. Iodine status of pregnant women and their progeny in the Minho Region of Portugal. *Thyroid.* 2009; 19(2):157-63.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. Limbert E, Prazeres S, Madureira D, Miranda A, Ribeiro M, Abreu FS, et al. Aporte do iodo nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*. 2012; 7(2):2-7.
10. Costeira MJ, Oliveira P, Ares S, Roque S, de Escobar GM, Palha JA. Parameters of thyroid function throughout and after pregnancy in an iodine-deficient population. *Thyroid*. 2010; 20(9):995-1001.
11. Costa Leite J, Keating E, Pestana D, Cruz Fernandes V, Maia ML, Norberto S, et al. Iodine Status and Iodised Salt Consumption in Portuguese School-Aged Children: The logeneration Study. *Nutrients*. 2017; 9(5).
12. Global Burden of Disease Study 2015 Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2016. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
13. Direção-Geral da Saúde, Direção de Serviços de Informação e Análise. A Saúde dos Portugueses 2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Saúde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>.
14. Direção-Geral da Saúde, Institute for Health Metrics and Evaluation. Portugal: The Nation's Health 1990–2016. An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results. Seattle, WA: IHME; 2018.
15. Rito A, Sousa RCd, Mendes S, Graça P. Childhood Obesity Surveillance Initiative. COSI Portugal 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2017. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4857/8/COSI%202016_V2_fev2018.pdf.
16. Freitas MdG, Quitério MdF, Garcia AC, Felício MM, Matos C, Martinho C, et al. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s e para tod@s. Versão preliminar para consulta pública. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2022.
17. Barreto M, Gaio V, Kislaya I, Antunes L, Rodrigues AP, Silva AC, et al. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: INSA IP; 2016.
18. Gregório MJ, Rodrigues AM, Graça P, de Sousa RD, Dias SS, Branco JC, et al. Food Insecurity Is Associated with Low Adherence to the Mediterranean Diet and Adverse Health Conditions in Portuguese Adults. *Front Public Health*. 2018; 6:38.
19. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011.
20. United Nations. 2030 Agenda for Sustainable Development – 17 Goals to transform our World. 2015
21. European Commission. Europe's Beating Cancer Plan. Communication from the commission to the European Parliament and the Council. 2021
22. Directorate-General for Health and Food Safety, European Commission. Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative. 2022
23. European Commission. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. 2014.
24. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2015.
25. World Health Organization. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization; 2017.
26. World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity Implementation Plan: Executive Summary. World Health Organization; 2017.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

27. World Health Organization. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
28. OECD. The Heavy Burden of Obesity – The Economics of Prevention. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing; 2019.
29. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2030. World Health Organization; 2013.
30. World Health Organization Regional Office for Europe. Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
31. European Commission. EU Child Guarantee. 2021.
32. European Commission. EU Strategy on the Rights of the child. 2021.
33. Swinburn B, Vandevijvere S, Kraak V, Sacks G, Snowden W, Hawkes C, et al. Monitoring and benchmarking government policies and actions to improve the healthiness of food environments: a proposed Government Healthy Food Environment Policy Index. *Obes Rev.* 2013; 14 Suppl 1:24-37.
34. Hawkes C, Jewell J, Allen K. A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases: the NOURISHING framework. *Obesity Reviews.* 2013; 14(S2):159-68.
35. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: policy brief series. 2014.
36. Executive Board, 142. Safeguarding against possible conflicts of interest in nutrition programmes: Draft approach for the prevention and management of conflicts of interest in the policy development and implementation of nutrition programmes at country level: report by the Director-General. World Health Organization; 2018.
37. World Health Organization. Addressing and managing conflicts of interest in the planning and delivery of nutrition programmes at country level. Report of a technical consultation convened in Geneva, Switzerland, on 8-9 October 2015. 2016.



10.

Glossário



Alimentação saudável – corresponde a uma alimentação variada, equilibrada e completa, que permita garantir o consumo diário de alimentos nutricionalmente adequados de modo a assegurar as necessidades nutricionais para a manutenção da saúde e para a prevenção do risco de doenças crónicas associadas à alimentação, em linha com as recomendações da Roda dos Alimentos. Por alimentação inadequada ou hábitos alimentares inadequados considera-se o oposto desta definição.

Alimentos não saudáveis – alimentos com elevada densidade energética e baixo valor nutricional, que possuem elevado teor de açúcares livres, ácidos gordos saturados, ácidos gordos *trans* e/ou sal e que não são necessários para uma alimentação saudável.

Alimentos processados – alimentos relativamente simples, com um reduzido número de ingredientes, como por exemplo os produtos em conserva (conservas de pescado ou de leguminosas e fruta em calda ou cristalizada), o queijo e o pão fresco não embalado. Estes alimentos são produzidos essencialmente através da adição de sal, de óleo ou de outro tipo de gordura, de açúcar e/ou de outras substâncias do Grupo 2 da classificação NOVA (ingredientes processados utilizados em preparações culinárias) aos alimentos do Grupo 1 da mesma classificação (alimentos não processados ou minimamente processados) com o objetivo de aumentar a sua durabilidade ou modificar/melhorar as suas qualidades sensoriais¹.

Alimentos ultraprocessados – alimentos prontos a consumir/beber/aquecer, produzidos pela indústria alimentar com recurso a diversas técnicas. Resultam da combinação de vários ingredientes, incluindo quer ingredientes usados para o fabrico dos alimentos processados, quer de outros ingre-



GLOSSÁRIO

dientes que são exclusivos deste grupo (ingredientes nunca ou raramente usados nas preparações culinárias (ex: frutose, maltodextrinas, gorduras hidrogenadas...), bem como os aditivos alimentares cuja finalidade é o aumento da palatabilidade dos alimentos ou a mitigação de características sensoriais indesejáveis (ex: aromas, corantes, emulsionantes, edulcorantes, intensificadores de sabor, ...). Como exemplos de alimentos ultraprocessados consideram-se os refrigerantes, *snacks* doces ou salgados, bolachas, cereais de pequeno-almoço, gelados, refeições prontas a consumir ou pré-preparadas congeladas/refrigeradas, entre outros. Não são alimentos modificados, mas sim formulações elaboradas maioritariamente ou exclusivamente a partir de substâncias derivadas de alimentos e aditivos, com pouco ou nenhum componente intacto dos Alimentos do Grupo 1 (alimentos não processados ou minimamente processados). O objetivo geral do ultraprocessamento é criar produtos alimentares convenientes (com elevada durabilidade, prontos a consumir), com sabor agradável (com elevada palatabilidade) e com elevada rentabilidade económica (ingredientes de baixo custo)¹.

Ambiente alimentar – conjunto dos ambientes físico (disponibilidade, qualidade da oferta e publicidade), económico (custos), político (políticas governamentais) e sociocultural (normas e comportamento), que possa interferir nas oportunidades e condições que influenciam as escolhas alimentares dos indivíduos e o seu estado nutricional².

Ambientes alimentares digitais – espaços digitais que promovem uma interação direta entre as pessoas e diferentes serviços e informação na área da alimentação e nutrição, com o potencial de influenciar as suas escolhas alimentares. Os ambientes alimentares digitais englobam diferentes elementos, nomeadamente as redes sociais, o marketing alimentar digital e os serviços online de compra de alimentos³.

Ambientes alimentares saudáveis – ambientes nos quais os alimentos, bebidas e refeições que contribuem para uma alimentação adequada, de acordo com as orientações alimentares nacionais, estão disponíveis, acessíveis e são amplamente promovidos.

Ambientes obesogénicos – soma das influências, oportunidades ou condições de vida que promovem a obesidade em indivíduos ou populações⁴.

DALYs, Disability-adjusted life years – anos de vida perdidos por incapacidade⁵.

Excesso de peso – o excesso de peso e a obesidade são definidas como um acumulação anormal e/ou excessiva de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Um índice de massa corporal (IMC) superior a 25 kg/m² é considerado excesso de peso⁶.



GLOSSÁRIO

Insegurança alimentar – situação que existe quando se verificam dificuldades no acesso a alimentos suficientes, seguros e nutricionalmente adequados, que possam comprometer a satisfação das necessidades nutricionais e as preferências alimentares para uma vida ativa e saudável.

Malnutrição – a malnutrição, em todas as suas formas, inclui desnutrição (baixo peso para a estatura, baixa estatura para a idade, baixo peso para a idade), ingestão inadequada de vitaminas ou minerais, pré-obesidade, obesidade e outras doenças crônicas relacionadas com a alimentação inadequada⁷.

Pré-obesidade – o excesso de peso e a obesidade são definidas como um acúmulo anormal e/ou excessiva de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Um índice de massa corporal (IMC) 25 – 29,9 kg/m² é considerado pré-obesidade⁶.

Obesidade – o excesso de peso e a obesidade são definidas como um acúmulo anormal e/ou excessiva de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Um índice de massa corporal (IMC) superior ou igual 30 kg/m² é considerado obesidade⁶.

Risco nutricional – é definido pelo estado nutricional atual e pelo risco de deterioração do estado atual, devido a um aumento das necessidades nutricionais causado pelo stresse metabólico associado à condição clínica.

1. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IR, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saude Publica*. 2010;26:2039–49.
2. Swinburn B, Sacks G, Vandevijvere S, Kumanyika S, Lobstein T, Neal B, et al. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/ non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. *Obes Rev*. 2013;14 Suppl 1:1-12.
3. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2021). Digital food environments: factsheet. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342072>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
4. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med*. 1999; 29:563–70.
5. World Health Organization. Disability-adjusted life years (DALYs). The Global Health Observatory – Explore a world of health data. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158>. (acedido 2 setembro 2022)
6. World Health Organization. (2018). Obesity and overweight. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. (acedido 24 agosto 2021)
7. World Health Organization (2021). Malnutrition. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>. (acedido 24 agosto 2021)



11.

Anexos





ANEXO A – METODOLOGIA PARA A CONSTRUÇÃO DO PNPAS 2022-2030

O desenvolvimento da proposta PNPAS 2022-2030 seguiu um processo baseado em evidência científica e nos modelos de planeamento estratégico em saúde, participativo, colaborativo, que promoveu o envolvimento de diferentes parceiros. Este processo incluiu 4 grandes etapas:

- 1. Analisar** – Revisão da literatura científica e documentos estratégicos da Organização Mundial da Saúde (OMS), União Europeia e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE);
- 2. Avaliar** – Avaliação do grau de implementação do PNPAS 2012-2020 (Food-EPI Portugal) ^(1,2), *NOURISHING Framework: Portuguese Evaluation* ⁽³⁾ e Estudo de Avaliação do grau de implementação do PNPAS 2012-2020;
- 3. Identificar e Priorizar** – Identificação e priorização de ações a implementar, oportunidades e desafios futuros para o PNPAS 2022-2030 (*workshops* com peritos - Food-EPI Portugal) e,
- 4. Consolidar** – Análise e consolidação da proposta para o PNPAS 2022-2030 (discussão sobre a adequação e aplicabilidade da proposta do PNPAS 2022-2030, em contexto de consulta pública) (Figura 1). A proposta do PNPAS 2022-2030 seguiu ainda o *Toolkit for developing a multisectoral action plan for noncommunicable diseases da OMS* ⁽⁴⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gregório MJ, Salvador C, Bica M, Horgan R, Telo de Arriaga M. The Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI): Evidence Document para Portugal. 2021. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde.
2. Gregório MJ, Salvador C, Bica M, Graça P, Telo de Arriaga M. The Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI): Relatório de resultados para Portugal. 2022. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde.
3. World Cancer Research Fund International. NOURISHING framework: Results for Portugal. NOURISHING and MOVING policy databases. 2021.
4. World Health Organization. Toolkit for developing a multisectoral action plan for noncommunicable diseases da OMS. Geneva: World Health Organization; 2022.



Figura 1. Etapas do modelo de construção do PNPAS 2022-2030.





ANEXO B – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PNPAS 2012-2020

O processo de avaliação do PNPAS 2012-2020 decorreu durante o período de abril de 2021 a agosto de 2022 e para o efeito, recorreu-se a duas ferramentas validadas internacionalmente para a avaliação de políticas para promover a alimentação saudável e para a prevenção e controlo da obesidade, nomeadamente:

1. *Healthy Food Environment Policy Index* ⁽¹⁾ e,
2. *NOURISHING Framework - food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases* ⁽²⁾.
3. Em paralelo, foi desenvolvido e aplicado um questionário com o objetivo de recolher informação específica sobre a atuação do PNPAS durante o período 2012-2021.

De seguida apresentam-se, de forma breve, os principais resultados obtidos através de cada uma destas ferramentas.

1. Food-EPI (*Healthy Food Environment Policy Index*) Portugal

Foi implementado em Portugal o *Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI)*, uma ferramenta e processo desenvolvido pela *International Network for Food and Obesity/NCDs Research, Monitoring and Action Support (INFORMAS)*, com o objetivo de avaliar o grau de implementação de políticas públicas para a promoção da alimentação saudável e prevenção e controlo da obesidade, bem como das estruturas de apoio à sua implementação. Esta ferramenta permite também identificar e priorizar as ações a implementar no futuro.

NOTA METODOLÓGICA

O processo de implementação da ferramenta Food-EPI em Portugal decorreu durante o ano de 2021 e foi constituído por diferentes etapas. Nas etapas 1 e 2, a ferramenta foi adaptada ao contexto nacional e foi recolhida e sistematizada a evidência de implementação, num documento de evidência. Na etapa 3, foi avaliado o grau de implementação das políticas públicas e das estruturas de apoio à implementação de políticas para a promoção de ambientes alimentares saudáveis em Portugal, através de um painel de peritos independentes. Por fim, as últimas etapas corresponderam à identificação e priorização, por parte do painel de peritos, das ações necessárias para colmatar as lacunas nestas políticas públicas e nas estruturas de apoio à implementação. Este processo de avaliação conduzido por um painel de peritos permitiu assegurar uma avaliação independente das estratégias levadas a cabo pelo PNPAS ao longo da última década ^(3,4).

PRINCIPAIS RESULTADOS

Como resultados realça-se a obtenção de um grau de implementação moderado ou elevado para a maioria dos indicadores considerados neste estudo de avaliação ⁽⁴⁾. Em particular, relativamente à avaliação do grau de implementação das políticas públicas e das estruturas de



ANEXOS

apoio à implementação pelo painel de peritos, de acordo com os indicadores Food-EPI, nenhum dos indicadores foi classificado com um grau de implementação muito reduzido (ou inexistente) (Figuras 1 e 2). A maioria dos indicadores foi classificado com um grau moderado de implementação (56%). Dez dos 48 indicadores foram classificados com um grau elevado de implementação (21%) e 11 (23%) com um grau reduzido de implementação.

Na componente das **políticas públicas**, nenhum dos indicadores foi classificado com um grau de implementação muito reduzido (ou inexistente); 33% dos indicadores foram classificados com um grau de implementação reduzido; 50% com um grau moderado e 17% com um elevado grau de implementação. A avaliação obtida reflete a intervenção insuficiente no que diz respeito a medidas de planeamento e ordenamento do território que alterem a disponibilidade de produtos alimentares, bem como na aparente falta de articulação entre os acordos comerciais e de investimento com as políticas agrícolas e com a promoção de ambientes alimentares saudáveis (Tabela 1). Os outros indicadores classificados com um nível de implementação baixo estão relacionados com a inexistência sistemas de rotulagem nutricional simplificada nas ementas do setor da restauração e de programas governamentais que, através de subsídios, *vouchers* ou descontos, assegurem o acesso a alimentos saudáveis principalmente às populações mais vulneráveis. As restantes políticas públicas relacionadas com as políticas de preços dos produtos alimentares, quer através da redução de impostos, quer pela introdução de taxas, foram classificadas com um nível de implementação moderado. Por sua vez, os indicadores que dizem respeito à implementação de medidas que introduzem restrições ao marketing alimentar dirigido às crianças foram classificados maioritariamente com um nível de implementação moderado, sendo que as restrições no meio televisivo e nos meios habitualmente utilizados pelas crianças foram classificadas com um nível de implementação elevado. As políticas que visam alterar a oferta alimentar nos espaços públicos, tanto do setor público, como no privado, foram classificadas com um nível de implementação moderado, exceto as medidas

que visam promover uma oferta alimentar saudável nas escolas e creches (nível de implementação elevado).

Relativamente às **estruturas de apoio à implementação**, 25% dos indicadores foram classificados com um elevado grau de implementação, 63% com um grau moderado e 13% com um reduzido grau de implementação. A ação de Portugal foi classificada como moderada relativamente às estruturas que garantem a transparência, a responsabilização e promovem uma ampla participação da sociedade civil e de *stakeholders* na formulação e implementação de políticas e ações para criar ambientes alimentares saudáveis, bem como à existência de plataformas de coordenação e de oportunidades para desenvolver sinergias entre as diferentes áreas governativas, níveis de implementação (nacional, regional e local) e outros setores. No que respeita à liderança política, o apoio político foi classificado como moderado. No entanto, alguns indicadores foram classificados com um grau de implementação elevado, designadamente os relacionados com a definição de recomendações alimentares para a população e de prioridades para reduzir as desigualdades, bem como a existência de estratégias em vigor, como o PNPAS e a EIPAS, com o objetivo de promover uma alimentação saudável. As medidas relativas à existência de sistemas de informação e de monitorização do consumo alimentar e do estado nutricional da população classificadas com maior grau de implementação consistem naquelas que se relacionam com a monitorização dos ambientes alimentares e com a monitorização do excesso de peso, da obesidade, dos fatores de risco e das doenças crónicas associadas à alimentação inadequada. Pelo contrário, os indicadores relativos à monitorização da ingestão nutricional e do consumo alimentar, à avaliação de programas e políticas e à monitorização do progresso na redução das desigualdades em saúde revelaram ter um grau inferior de implementação (grau de implementação moderado). Relativamente ao financiamento investido na promoção da alimentação saudável, os indicadores classificados com um nível de implementação reduzido dizem respeito ao financiamento da investigação neste âmbito e no orçamento alocado a ações para reduzir as doenças crónicas relacionadas com a alimentação (Tabela 2).



ANEXOS

Tabela 1. **Grau de implementação das políticas públicas relacionadas com a promoção da alimentação saudável e prevenção e controlo da obesidade em Portugal.**

POLÍTICAS PÚBLICAS			
Domínio	Indicadores	Evidência de implementação	Grau de implementação
Composição nutricional	Reformulação dos produtos alimentares	<ul style="list-style-type: none"> - Lei n.º 75/2009, de 12 de agosto, que estabelece o limite máximo para o teor de sal do pão (<1,4 g por 100 g de pão) - Acordo com o setor da indústria e da distribuição para a reformulação dos produtos alimentares, com metas definidas para a redução de sal, açúcar e ácidos gordos <i>trans</i> (DGS/ INSA/ FIPA/ APED/ Nielsen) 	
	Composição nutricional abrange refeições do setor da restauração	<ul style="list-style-type: none"> - "Proposta de Estratégia para a redução do consumo de sal na população portuguesa através da modificação da oferta alimentar", com metas definidas para o teor de sal no contexto da restauração (DGS/ FIPA/ APED/ ARHESP) 	
Rotulagem alimentar	Rotulagem nutricional da parte da frente da embalagem	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos de suporte à tomada de decisão política: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Portuguese consumers' attitudes towards food labelling</i> (2017) • <i>Nutr-HIA - Improving nutrition labelling in Portugal</i> (2019) 	
	Rotulagem nutricional nas ementas (setor da restauração)	<ul style="list-style-type: none"> - ND 	
Marketing alimentar	Restrição do marketing alimentar dirigido a crianças (televisão e rádio)		
	Restrição do marketing alimentar dirigido a crianças (meios digitais)	<ul style="list-style-type: none"> - Lei n.º 30/ 2019 de 23 de abril, que introduz restrições à publicidade dirigida a menores de 16 anos de géneros alimentícios e bebidas que contenham elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos <i>trans</i> 	
	Restrição do marketing alimentar dirigido a crianças (outros meios)	<ul style="list-style-type: none"> - Despacho n.º 7450-A/2019, de 21 de agosto, o qual determina os valores a considerar na identificação de "elevado valor energético, teor de sal, de açúcar, de ácidos gordos saturados e de ácidos gordos <i>trans</i>" 	
	Restrição do marketing alimentar em ambientes infantis		
Políticas de preços e incentivos	Restrição do marketing alimentar dirigido a crianças nas embalagens dos produtos alimentares		
	Redução de impostos sobre alimentos saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> - Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) varia, em regra, segundo a "essencialidade" dos produtos, sendo esse o critério que justifica a aplicação de uma taxa reduzida. Porém a grande maioria dos alimentos saudáveis estão sujeitos à taxa reduzida (6%) 	
	Taxação alimentos inadequados	<ul style="list-style-type: none"> - Imposto especial sobre bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes (Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro – Orçamento do Estado para 2017 e Lei n.º 71/2018, de 21 de dezembro – Orçamento do Estado para 2019) 	
	Subsídios para a produção alimentar que promovam uma alimentação saudável	<ul style="list-style-type: none"> - Regime Escolar 	
	Programas de apoio (subsídios, <i>vouchers</i> e outros) que assegurem uma alimentação saudável	<ul style="list-style-type: none"> - ND 	



ANEXOS

POLÍTICAS PÚBLICAS

Domínio	Indicadores	Evidência de implementação	Grau de implementação
Oferta alimentar em espaços públicos	Oferta alimentar saudável nas escolas e creches	- Regime Escolar - Orientações sobre oferta alimentar em meio escolar (DGE/DGS)	●
	Oferta alimentar saudável em outras instituições do setor público	- Legislação relativa à oferta alimentar nas Instituições de Saúde (máquinas de venda automática e bares) - "Orientações para o fornecimento de refeições saudáveis pelas entidades da economia social" - Documentos técnicos de apoio ao PO APMC, no qual se encontra contemplado o apoio alimentar	●
	Procedimentos de compras públicas que promovam uma alimentação saudável	- Orientações sobre oferta alimentar em meio escolar (DGE/DGS)	●
	Sistemas de apoio e formação que capacitem o setor público para a oferta de uma alimentação saudável	- Ferramenta de apoio o planeamento e avaliação das refeições escolares (SPARE)	●
	Sistemas de apoio e formação que capacitem o setor privado para a oferta de uma alimentação saudável	- Programa FOOD – orientações para a oferta alimentar em locais de trabalho	●
Retailho alimentar	Leis de planeamento do território que limitem serviços de <i>fast food</i>		●
	Leis de planeamento do território que promovam a disponibilidade e acesso a fruta e hortícolas frescos	- ND	●
	Promoção da disponibilidade de alimentos saudáveis nos estabelecimentos comerciais de alimentos		●
	Promoção da disponibilidade de alimentos saudáveis nos estabelecimentos do setor da restauração	- ND	●
Comércio de géneros alimentares e investimento	Avaliação do impacto na saúde de acordos comerciais e de investimento		●
	Acordos comerciais e económicos protegem a capacidade legislativa para a implementação de políticas internas relacionadas com ambientes alimentares	- ND	●

Legenda: ND, não disponível. DGS, Direção-Geral da Saúde. DGE, Direção-Geral da Educação. FIPA, Federação das Indústrias Portuguesas Agro-Alimentares; APED, Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição; ARHESP, Associação da Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal; INSA, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; POAPMC, Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas; SPARE, Sistema de Planeamento e Avaliação de Refeições Escolares.

O grau de implementação é classificado de acordo com o seguinte código de cores.





ANEXOS

Tabela 2. **Grau de implementação das estruturas de apoio à implementação de políticas públicas relacionadas com a promoção da alimentação saudável e prevenção e controlo da obesidade em Portugal.**

ESTRUTURAS DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO				
Domínio	Indicadores	Evidência de implementação	Grau de implementação	
Liderança	Apoio político forte e visível	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) – Despacho n.º 404/2012, de 13 de janeiro e Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio - Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) - Despacho n.º 11418/2017, de 29 de dezembro 		
	Metas definidas para a ingestão nutricional da população	<ul style="list-style-type: none"> - Metas a 2020 do PNPAS 		
	Recomendações alimentares	<ul style="list-style-type: none"> - Guia alimentar para a população portuguesa - Roda dos Alimentos e Roda da Alimentação Mediterrânica 		
	Plano de ação abrangente para a área da nutrição e alimentação	<ul style="list-style-type: none"> - O PNPAS e a EIPAS são as estratégias em vigor em Portugal que coordenam, orientam e implementam a intervenção a nível nacional para a promoção da alimentação saudável 		
	Prioridades para reduzir as desigualdades em saúde		<ul style="list-style-type: none"> - O PNS - Revisão e Extensão a 2020, o PNPAS e a EIPAS consideram a necessidade de reduzir as desigualdades em saúde - Estudo Infofamília – Avaliação da situação de insegurança alimentar em Portugal; Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) e Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) possibilitam uma análise dos dados desagregada de acordo com as variáveis socioeconómicas - Mecanismo de financiamento EEA Grants – o apoio à implementação de projetos que pretendessem reduzir desigualdade sociais na área da nutrição foi uma das áreas prioritárias deste mecanismo de financiamento - PO APMC – Apoio alimentar às pessoas mais carenciadas através do fornecimento de cabazes alimentares saudáveis - Orientações para a oferta alimentar das entidades da Economia Social e curso “Alimentação Inteligente – Coma melhor, poupe mais” 	
			Restrição dos interesses comerciais no desenvolvimento de políticas	<ul style="list-style-type: none"> - Lei Orgânica n.º 4/2019 de 13 de setembro (Entidade para a Transparência) - Regulamentação da atividade da representação profissional de interesses – <i>lobbying</i> - Modelo de perfil nutricional (Despacho n.º 7450-A/2019, de 21 de agosto) - Imposto especial sobre bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes (Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro – Orçamento do Estado para 2017 e Lei n.º 71/2018, de 21 de dezembro – Orçamento do Estado para 2019)
Políticas de alimentação e nutrição baseadas na evidência científica				<ul style="list-style-type: none"> - Estudos de suporte à tomada de decisão política: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Portuguese consumers' attitudes towards food labelling</i> (2017) • <i>Nutr-HIA - Improving nutrition labelling in Portugal</i> (2019) - Campanha “Comer melhor, uma receita para a vida”
Governança	Transparência no desenvolvimento de políticas de alimentação e nutrição	<ul style="list-style-type: none"> - Código de Conduta do Governo (Resolução do Conselho de Ministros n.º 184/2019) 		



ANEXOS

ESTRUTURAS DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO

Domínio	Indicadores	Evidência de implementação	Grau de implementação
Governança	Acesso público a informação relacionada com a alimentação e nutrição	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório anual PNPAS - Relatórios de progresso semestral da Estratégia EIPAS - Instrumentos de Gestão da DGS 	
	Monitorização dos ambientes alimentares	<ul style="list-style-type: none"> - PortFIR - Plataforma Portuguesa de Informação Alimentar - Monitorização do marketing alimentar dirigido a crianças (CLICK) - Monitorização dos resultados do imposto sobre as bebidas açucaradas - Monitorização do plano para a reformulação dos produtos alimentares - Estudo sobre o perfil da gordura <i>trans</i> nos alimentos portugueses (OMS Europa) - Fiscalização da legislação na área da rotulagem alimentar (ASAE) - Monitorização da oferta alimentar em contexto escolar 	
Monitorização e Informação	Monitorização da ingestão nutricional e do consumo alimentar	<ul style="list-style-type: none"> - COSI (<i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>) - HBSC (<i>Health Behaviour in School-aged Children</i>) - INSEF e IAN-AF - Estudo REACT-COVID – Inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto de contenção social - Estudo de adesão ao padrão alimentar mediterrânico 	
	Monitorização da prevalência do excesso de peso e da obesidade	<ul style="list-style-type: none"> - Inquéritos Nacionais de Saúde e IAN-AF - COSI (<i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>) - Indicadores dos CSP (registo de pré-obesidade e obesidade) 	
	Monitorização dos fatores de risco metabólicos e da prevalência das doenças crónicas	<ul style="list-style-type: none"> - Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) - INSEF - Estudo "<i>Global Burden of Disease</i>" - Indicadores dos CSP (avaliação antropométrica) 	
	Avaliação de programas e políticas públicas	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório PNPAS 2020 - Monitorização Metas a 2020 - Estudo de avaliação da primeira Estratégia Nacional para a implementação do Regime Escolar - Relatório de avaliação do PO APMC - Avaliações anuais ao imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas - Monitorização da publicidade alimentar dirigida a crianças em contexto televisivo e digital - MAPICO 	
Financiamento e Recursos	Monitorização do progresso na redução das desigualdades em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo Infofamília - Avaliação da situação de insegurança alimentar em Portugal; INS e INSEF e IAN-AF - Mecanismo de financiamento EEA Grants 	
	Financiamento para a área da promoção da alimentação saudável	<ul style="list-style-type: none"> - Despesas em saúde: 9.538,8 milhões € (2019) - 2.029€ per capita em cuidados de saúde (2017) - 9% PIB - Custos com prevenção: 1,8% do total da despesa em saúde (36€/pessoa) - PNPAS tem um orçamento anual de 250.000€ - EIPAS não tem orçamento próprio - A DGS apoia projetos piloto de intervenção no contexto das áreas prioritárias do PNPAS, a cada 2 anos, com financiamento anual de 100.000€ 	



ANEXOS

ESTRUTURAS DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO

Domínio	Indicadores	Evidência de implementação	Grau de implementação
	Financiamento da investigação na área da obesidade e doenças crónicas	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamento de 3 projetos de investigação (54.981€): <ul style="list-style-type: none"> • Estudo de adesão à dieta mediterrânica • Estudo REACT-COVID • Estudo de avaliação da campanha “Coma melhor, uma receita para a vida” - EU Joint Action Best-ReMaP – O PNPAS recebeu um financiamento de 226.788€ para desenvolver iniciativas para apoiar a reformulação dos produtos alimentares e a redução do marketing alimentar dirigido a crianças (2020-2023) 	
	Existência de organismo público para a promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - A DGS é uma instituição técnico-normativa que tem por missão regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença e assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde e respetivos programas prioritários de saúde, em particular o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. A DGS dispõe das receitas provenientes de dotações que lhe são atribuídas no Orçamento do Estado. 	
Plataformas de interação	Mecanismos de coordenação entre diferentes áreas governativas	<ul style="list-style-type: none"> - EIPAS - Comissão de Acompanhamento do Regime Escolar - Programa Nacional de Saúde Escolar - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 	
	Plataformas de interação entre o Governo e o setor agroalimentar	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo de trabalho para a reformulação dos produtos alimentares 	
	Plataformas de interação entre o Governo e a sociedade civil	<ul style="list-style-type: none"> - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - Centro de Competências para a Dieta Mediterrânica 	
	Abordagem sistémica que promova o envolvimento de diferentes organizações e parceiros	<ul style="list-style-type: none"> - Celebrados protocolos com 41 municípios para promover a implementação da EIPAS a nível local 	
Saúde em Todas as Políticas	Avaliação do impacto de políticas alimentares na saúde	<ul style="list-style-type: none"> - EIPAS - PO APMC - Agenda de Inovação para a Agricultura 2030 - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 	
	Avaliação do impacto de políticas não-alimentares na saúde	<ul style="list-style-type: none"> - ND 	

Legenda: ND, não disponível. PNS, Plano Nacional de Saúde. IAN-AF, Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física. PO APMC, Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas. CSP, Cuidados de Saúde Primários. DGS, Direção-Geral da Saúde. DGE, Direção-Geral da Educação. MAPICO, Mapeamento e Divulgação de Boas Práticas em Projetos de Intervenção Comunitária na Área da Prevenção da Obesidade e na Diminuição da Prevalência da Pré-obesidade e da Obesidade Infantil em Portugal.

O grau de implementação é classificado de acordo com o seguinte código de cores.





Recomendações-chave para implementação de políticas que promovam a criação de ambientes alimentares saudáveis em Portugal

O estudo Food-EPI Portugal permitiu identificar um conjunto de ações a implementar para a promoção da alimentação saudável e para a prevenção e controlo da obesidade. Nas tabelas 3 e 4 estão destacadas a sombreado as 20 ações (10 ações relacionadas com a componente das políticas públicas e 10 ações relativas às estruturas de apoio à implementação) que foram consideradas de implementação prioritária. Estas 20 ações foram consideradas pelo painel de peritos como as ações mais importantes, exequíveis e equitativas e que devem ser implementadas para melhorar os ambientes alimentares em Portugal.

Tabela 3. **Ações relacionadas com a componente das políticas públicas recomendadas pelo painel de peritos do Food-EPI Portugal (ordenadas de acordo com a conjugação das classificações atribuídas à importância e à exequibilidade)*.**

	DOMÍNIO	AÇÃO
1	OFERTA ALIMENTAR EM ESPAÇOS PÚBLICOS	Garantir a efetiva implementação das orientações existentes para a oferta alimentar em meio escolar através da definição de um modelo para a supervisão do cumprimento das normas/ orientações em vigor.
2	POLÍTICAS DE PREÇOS E INCENTIVOS	Reduzir os impostos sobre os alimentos saudáveis (leguminosas, fruta e hortícolas).
3	OFERTA ALIMENTAR EM ESPAÇOS PÚBLICOS	Estender as orientações definidas para a oferta alimentar em meio escolar a outras instituições públicas e privadas, como os locais de trabalho, associações culturais e desportivas, as instituições da economia social, entre outras.
4	COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL	Definir um modelo de perfil nutricional que sirva de base para a implementação de medidas para a promoção de ambientes alimentares saudáveis (reformulação dos produtos alimentares, taxaço de alimentos nutricionalmente inadequados, entre outras).
5	COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL	Alargar o plano em vigor em Portugal para a reformulação dos produtos alimentares, envolvendo em particular o setor da restauração. Este plano deve contemplar a definição de prioridades e objetivos a curto e médio-prazo.
6	ROTULAGEM ALIMENTAR	Definir e implementar um sistema único de rotulagem nutricional, simplificado e harmonizado, em Portugal.
7	POLÍTICAS DE PREÇOS E INCENTIVOS	Propor uma alteração ao Código do Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA), com o objetivo de incluir outro(s) critério(s) para a atribuição das taxas do IVA, para além do critério da essencialidade, que considere o perfil nutricional dos alimentos e/ou o seu enquadramento no âmbito de uma alimentação saudável.
8	OFERTA ALIMENTAR EM ESPAÇOS PÚBLICOS	Incluir critérios relacionados com a alimentação saudável e sustentabilidade nos procedimentos da contratação pública na área alimentar. Em concreto, para além do critério associado ao preço (propostas economicamente mais vantajosas) devem ser considerados obrigatoriamente outros critérios: critérios relacionados com a promoção de uma alimentação saudável e sustentável e que promovam cadeias curtas de produção-distribuição-consumo.
9	POLÍTICAS DE PREÇOS E INCENTIVOS	Alargar o imposto especial sobre o consumo de bebidas açucaradas e adicionadas de edulcorantes a outras categorias de alimentos, nomeadamente a alimentos com elevado teor de sal, açúcares e gordura, bem como a outras bebidas açucaradas.



ANEXOS

	DOMÍNIO	AÇÃO
10	OFERTA ALIMENTAR EM ESPAÇOS PÚBLICOS	Promover ações de formação para a adequada operacionalização das orientações existentes para a oferta alimentar em diferentes espaços públicos, dirigidas a diferentes profissionais (das áreas da Saúde, Educação e/ou Ação Social).
11	RETALHO ALIMENTAR	Promoção da disponibilidade de alimentos saudáveis nos estabelecimentos do setor da restauração, através da distinção pública por meio da atribuição de um selo de qualidade da oferta alimentar.
12	RETALHO ALIMENTAR	Implementar legislação na área do ordenamento do território com o objetivo de estabelecer regras para a oferta alimentar à volta das escolas, procurando restringir os estabelecimentos comerciais que sejam promotores de escolhas alimentares menos saudáveis (como, por exemplo, estabelecimentos de <i>fast-food</i>).
13	OFERTA ALIMENTAR EM ESPAÇOS PÚBLICOS	Promover a formação dos profissionais de saúde e dos operadores económicos da área alimentar em áreas como a rotulagem nutricional, bem como as alergias e intolerâncias alimentares.
14	POLÍTICAS DE PREÇOS E INCENTIVOS	Definir mecanismos que promovam uma “economia circular” promotora de uma alimentação saudável, através da oferta de vouchers na aquisição de alimentos saudáveis para utilização em estabelecimentos promotores de escolhas alimentares saudáveis.
15	OFERTA ALIMENTAR EM ESPAÇOS PÚBLICOS	Melhorar os procedimentos administrativos e/ou processo burocrático associados aos programas públicos de apoio à melhoria da oferta alimentar em instituições públicas (ex: Regime Escolar).
16	MARKETING ALIMENTAR	Estabelecer mecanismos de regulação dos ambientes digitais, em particular das redes sociais e dos influencers, de modo a reduzir a desinformação na área da alimentação, nutrição e saúde.
17	POLÍTICAS DE PREÇOS E INCENTIVOS	Alterar o atual modelo de apoio alimentar às pessoas mais carenciadas, para um modelo assente na distribuição de vouchers/cartões que apresentem mecanismos de incentivo ao consumo de frutas, hortícolas e leguminosas (ex: descontos).
18	RETALHO ALIMENTAR	Implementar medidas de regulação da utilização de estratégias de product placement nos locais de compra.
19	ROTULAGEM ALIMENTAR	Definir e implementar um sistema de rotulagem simplificado nas ementas da restauração (ex: inclusão do valor energético e descrição mais detalhada da composição da ementa).
20	POLÍTICAS DE PREÇOS E INCENTIVOS	Implementar medidas que promovam alterações ao nível do sistema alimentar, nomeadamente através de incentivos à produção agrícola de origem vegetal.

*O top 10 de ações políticas prioritárias encontra-se destacado a verde.



ANEXOS

Tabela 4. **Ações relativas às estruturas de apoio à implementação recomendadas pelo painel de peritos do Food-EPI Portugal (ordenadas de acordo com a classificação obtida nos critérios “importância” e “exequibilidade”)*.**

	DOMÍNIO	AÇÃO
1	LIDERANÇA	Reforçar o apoio político forte e visível para a melhoria dos ambientes alimentares e do estado nutricional da população, para a prevenção e controlo das doenças crónicas, bem como para a redução das desigualdades relacionadas com a alimentação.
2	FINANCIAMENTO E RECURSOS	Incluir o programa de promoção da alimentação saudável na carteira básica de serviços dos Cuidados de Saúde Primários.
3	MONITORIZAÇÃO E INFORMAÇÃO	Definir indicadores para a monitorização regular do consumo alimentar, estado nutricional e <i>outcomes</i> de saúde relacionados com a alimentação e a nutrição.
4	FINANCIAMENTO E RECURSOS	Melhorar a força de trabalho na área da nutrição e saúde pública, através da adequação do rácio dos nutricionistas nos Cuidados de Saúde Primários e da integração de pelo menos um nutricionista em cada Unidade de Saúde Pública ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.
5	LIDERANÇA	Incluir, nos programas nacionais na área da nutrição e da alimentação saudável, os grupos da população mais vulnerável, nomeadamente idosos, grávidas, crianças, adolescentes e imigrantes, como grupos de ação prioritários.
6	LIDERANÇA	Promover um modelo de gestão horizontal nos programas nacionais de saúde relacionadas com os determinantes da saúde (alimentação, atividade física, álcool e tabagismo), com o objetivo de promover uma maior articulação e modelos de intervenção integrados.
7	LIDERANÇA	Definir metas para a ingestão nutricional e consumo alimentar da população.
8	MONITORIZAÇÃO E INFORMAÇÃO	Promover a realização regular do Inquérito Alimentar Nacional.
9	MONITORIZAÇÃO E INFORMAÇÃO	Promover mecanismos que permitam a extração dos indicadores alimentares, nutricionais, metabólicos e de saúde registados no sistema de registo clínico do Serviço Nacional de Saúde (SCLínico), com o objetivo de monitorizar os hábitos alimentares e estado nutricional da população, bem como de monitorizar a atividade desenvolvida pelos nutricionistas.
10	PLATAFORMAS DE INTERAÇÃO	Promover uma melhor articulação com as autarquias no que diz respeito às iniciativas para a promoção de ambientes alimentares saudáveis, pela sua autonomia e proximidade com as populações.
11	MONITORIZAÇÃO E INFORMAÇÃO	Definir um mecanismo de análise e divulgação/promoção de boas práticas, partilhando as intervenções de qualidade já existentes, promovendo o desenvolvimento de um repositório harmonizado de boas práticas.
12	FINANCIAMENTO E RECURSOS	Garantir o financiamento de ações de promoção de uma alimentação saudável próximas da comunidade, reforçando meios e recursos ao nível das autarquias.
13	MONITORIZAÇÃO E INFORMAÇÃO	Avaliar o nível de implementação dos programas e políticas públicas a nível nacional, bem como o seu impacto, custo-efetividade e impacto na redução das desigualdades sociais. Pretende-se que a implementação das políticas públicas para a promoção de ambientes alimentares saudáveis seja cada vez mais baseada na evidência.
14	MONITORIZAÇÃO E INFORMAÇÃO	Construção de um painel, alargado e centralizado para a monitorização de comportamentos alimentares e de indicadores clínicos dos cidadãos (família como unidade amostral).



	DOMÍNIO	AÇÃO
15	GOVERNAÇÃO	Promover mecanismos de transparência, avaliação e disseminação de informação e atividades desenvolvidas por cada área governativa no âmbito da Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS).
16	PLATAFORMAS DE INTERAÇÃO	Reforçar a promoção da alimentação saudável no âmbito da saúde ocupacional, saúde escolar e da saúde materno-infantil.
17	PLATAFORMAS DE INTERAÇÃO	Definir mecanismos formais de participação que promovam o envolvimento de diferentes parceiros, promovendo sinergias entre o setor privado e público e o associativismo.
18	FINANCIAMENTO E RECURSOS	Aumentar o financiamento e os recursos para a monitorização do consumo alimentar e estado nutricional da população, seus determinantes e consequências, em especial para a realização regular do Inquérito Alimentar Nacional e para a monitorização destes indicadores na fase inicial do ciclo de vida, bem como para a monitorização e avaliação do impacto das medidas implementadas neste âmbito.
19	MONITORIZAÇÃO E INFORMAÇÃO	Estabelecer modelos de avaliação da oferta alimentar, nomeadamente através de parcerias com o setor da distribuição que promovam a análise de <i>big data</i> e/ou através da obrigação de declarar todos os bens alimentares vendidos pelos operadores económicos do setor alimentar.
20	MONITORIZAÇÃO E INFORMAÇÃO	Desenvolver a georreferenciação do comércio alimentar peri-escolar, que permita apoiar a tomada de decisão quanto à legislação na área do ordenamento do território com o objetivo de estabelecer regras para a oferta alimentar à volta das escolas.
21	MONITORIZAÇÃO E INFORMAÇÃO	Avaliar e monitorizar a literacia alimentar dos portugueses.
22	MONITORIZAÇÃO E INFORMAÇÃO	Desenvolver investigação que permita identificar/caracterizar estratégias efetivas de ativação comportamental, tendo em conta o ciclo de vida e as desigualdades sociais (qual a dose certa entre determinantes ambientais - políticas de oferta e acesso - normas sociais, literacia, qualidades motivacionais, técnicas de <i>nudge</i>).
23	MONITORIZAÇÃO E INFORMAÇÃO	Desenvolver e implementar modelos de análise das redes sociais para identificação de padrões/tendências de literacia, crenças "disfuncionais", atitudes e comportamentos.

*O top 10 de ações políticas prioritárias encontra-se destacado a verde.

Apesar de existirem áreas a melhorar e ações concretas prioritárias a implementar para a promoção de ambientes alimentares saudáveis, de acordo com o *Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI)*, Portugal destaca-se pela positiva, a par da Noruega e da Finlândia, num conjunto de 11 países europeus (Estónia, Finlândia, Alemanha, Irlanda, Itália, Holanda, Noruega, Polónia, Portugal, Eslovénia e Espanha).



2. **NOURISHING Framework** *A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases: Portuguese Evaluation*

De acordo com o *Nourishing Framework* – uma ferramenta de avaliação de políticas para a promoção da alimentação saudável e para a prevenção da obesidade e de outras doenças crónicas associadas à alimentação inadequada, desenvolvida pelo *World Cancer Research Fund International*, Portugal foi considerado o único país de 17 países europeus, a ter uma abordagem totalmente abrangente na implementação de políticas de nutrição, na medida em que apresenta ações implementadas para todos os indicadores considerados nesta ferramenta. Esta ferramenta apresenta um conjunto de 10 indicadores distribuídos por 3 domínios (1. Ambiente alimentar; 2) Sistema alimentar e 3) Comunicação para a mudança de comportamentos)⁽²⁾. Os resultados do *Nourishing Framework do World Cancer Research Fund International*, em concreto os que descrevem a análise realizada para o contexto português, podem ser consultados [aqui](#)⁽⁵⁾.

3. **Resultados preliminares da avaliação sobre a atuação do PNPAS durante o período 2012-2021**

NOTA METODOLÓGICA

Foi desenvolvido e aplicado um questionário que pretendeu recolher informação sobre a atuação do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) durante o período 2012-2021 e que se insere no âmbito do processo de construção do PNPAS 2022-2030. Em concreto, este questionário visou recolher dados sobre a visão e perceção dos inquiridos relativa à atividade do PNPAS durante o período de 2012 a 2021, nomeadamente através da classificação do grau de implementação das principais medidas implementadas para o alcance das metas a 2020 e resultados obtidos, bem como relativamente às suas orientações programáticas atualmente em vigor. Foram convidados a responder a este questionário diferentes interlocutores do PNPAS a nível nacional, regional e local:

1. Profissionais de saúde das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP);
2. Dirigentes da DGS;
3. Entidades parceiras do PNPAS (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP (INSA), Direção-Geral da Educação (DGE), Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV), Gabinete de Planeamento, Políticas e Administração Geral (GPP), Direção-Geral do Consumidor (DGC), Direção-Geral de Agricultura e Desenvolvimento Rural (DGADR)) e
4. Nutricionistas que exercem funções em autarquias.

O período de recolha de dados decorreu entre junho e agosto de 2022 e foram obtidas 16 respostas.



ANEXOS

Parte I. Dados de caracterização geral

Relativamente aos inquiridos pertencentes ao grupo dos profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), verificou-se um maior número de respostas referentes a profissionais da ARS Algarve (50%) e Alentejo (34%), sendo a maioria dos inquiridos Nutricionistas (50%) (Figura 1 e 2).

A perceção dos inquiridos/entidades inquiridas relativamente aos hábitos alimentares dos portugueses, mostra que a maioria (63%) considera que a população portuguesa apresenta hábitos alimentares relativamente inadequados/ muito inadequados (Figura 3). Porém,

quando se analisam os dados de forma desagregada em função do grupo dos inquiridos, é possível verificar que a perceção deste problema é mais evidente no grupo dos profissionais de saúde das ARS/ ACES (Figura 4 e 5).

Apesar de 38% dos inquiridos considerar que os hábitos alimentares dos inquiridos melhoraram ao longo dos últimos 5 anos, 31% e 25% considera que têm piorado e que se mantêm inalterados, respetivamente (Figura 6). Porém, os profissionais de saúde das ARS/ ACES tendem a apresentar uma opinião mais desfavorável relativamente à evolução dos hábitos alimentares dos portugueses ao longo dos últimos 5 anos, comparativamente aos inquiridos do grupo das entidades parceiras do PNPAS (Figura 7 e 8).

A que Administração Regional de Saúde pertence o seu Departamento de Saúde Pública/Unidade de Saúde Pública?

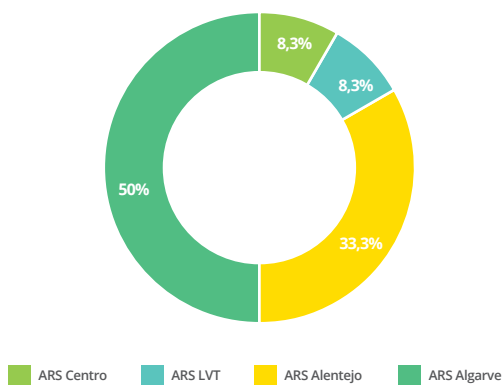


Figura 1. Localização das ARS dos inquiridos (profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES).

Profissão dos inquiridos

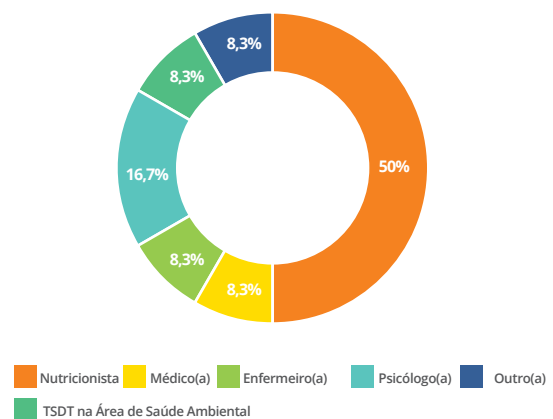


Figura 2. Profissão dos inquiridos (profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES).



ANEXOS

Na sua opinião, os hábitos alimentares dos portugueses são:

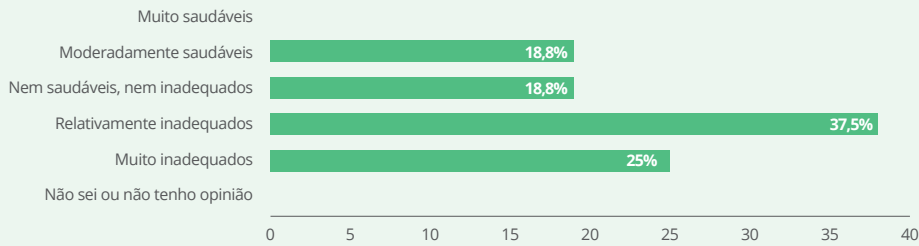


Figura 3. Opinião dos inquiridos quanto aos hábitos alimentares dos portugueses.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

A soma dos valores apresentados no gráfico diferem de 100% devido a erros de arredondamento (diferença entre a aproximação calculada de um número e o seu valor matemático exato).

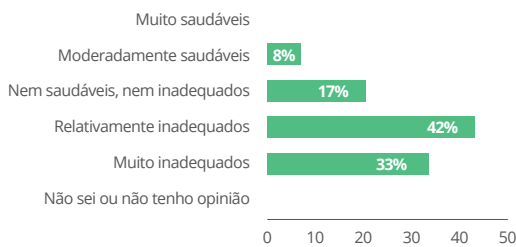


Figura 4. Opinião dos inquiridos quanto aos hábitos alimentares dos portugueses.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12).

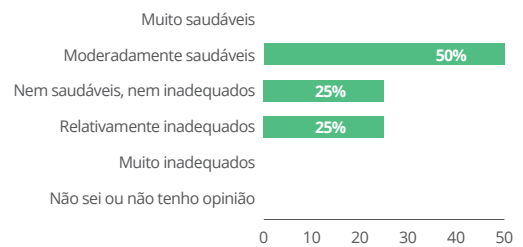


Figura 5. Opinião dos inquiridos quanto aos hábitos alimentares dos portugueses.

Nota: Os inquiridos foram representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

Considera que a situação relativa aos hábitos alimentares dos Portugueses, nos últimos 5 anos, está:

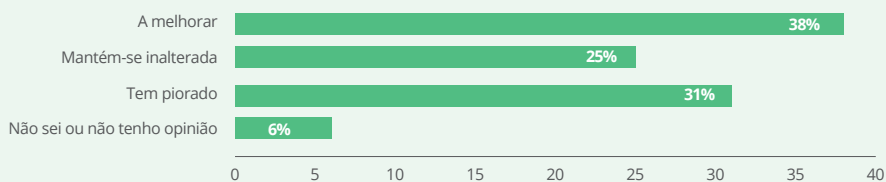


Figura 6. Opinião dos inquiridos quanto à evolução da situação relativa aos hábitos alimentares dos portugueses nos últimos 5 anos.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

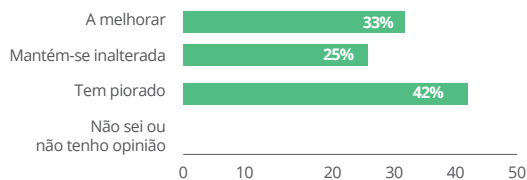


Figura 7. Opinião dos inquiridos quanto à evolução da situação relativa aos hábitos alimentares dos portugueses nos últimos 5 anos.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12).

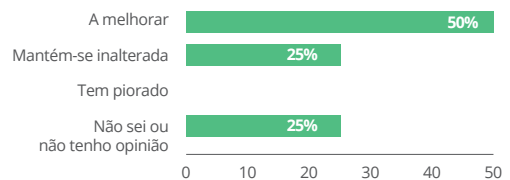


Figura 8. Opinião dos inquiridos quanto à evolução da situação relativa aos hábitos alimentares dos portugueses nos últimos 5 anos.

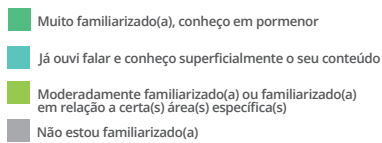
Nota: Os inquiridos foram representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).



ANEXOS

Familiaridade com o PNPAS

A maioria dos inquiridos encontra-se muito familiarizado (50%) ou moderadamente familiarizado (44%) com o PNPAS da DGS (Figura 9). O conhecimento em pormenor do PNPAS tende a ser mais frequente no grupo dos profissionais de saúde das ARS/ ACES (Figura 10 e 11).



Quão familiarizado(a) está com o PNPAS da Direção-Geral da Saúde?

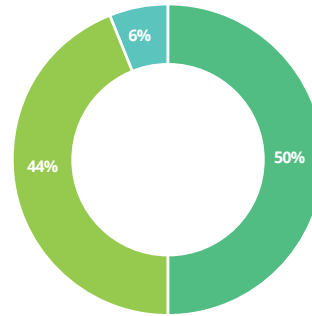


Figura 9. Familiaridade dos inquiridos com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

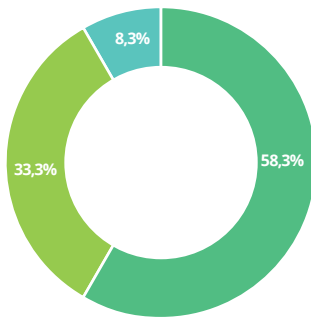


Figura 10. Familiaridade dos inquiridos com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ ACES) (n=12).

A soma dos valores apresentados no gráfico difere de 100% devido a erros de arredondamento (diferença entre a aproximação calculada de um número e o seu valor matemático exato).

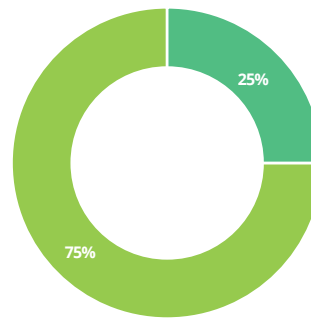


Figura 11. Familiaridade dos inquiridos com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde.

Nota: Os inquiridos foram representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

Parte II. Avaliação da adequação das metas do PNPAS (2017-2020)

A maioria dos inquiridos considerou as metas a 2020 do PNPAS 2017-2020 como muito adequadas (56% (Aumentar o número de pessoas que conhece os princípios da Dieta Mediterrânica em 20% até 2020) - 81% (Controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2020)) (Figura 12-14). O mesmo se verificou relativamente à adequação dos objetivos estratégicos do PNPAS 2017-2020 (75% (objetivos 2 e 6) - 88% (objetivos 1, 3, 4 e 5) (Figura 15-17).



ANEXOS

Como classifica a adequação das metas a 2020 do PNPAS?

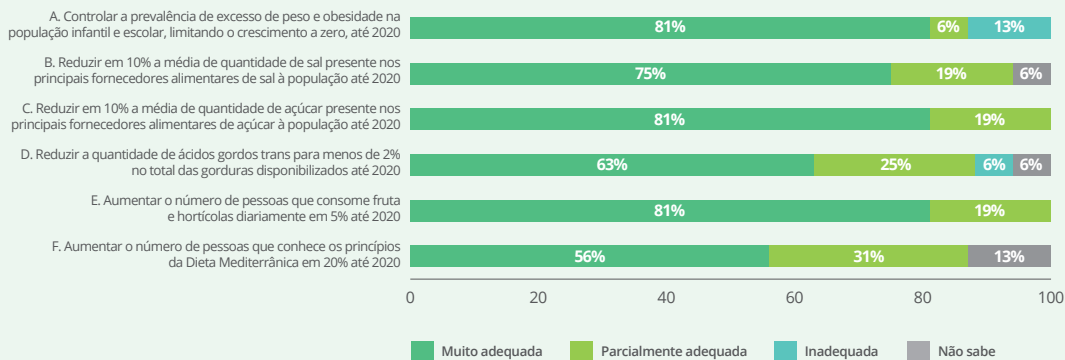


Figura 12. Classificação da adequação das metas a 2020 do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017-2020).

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

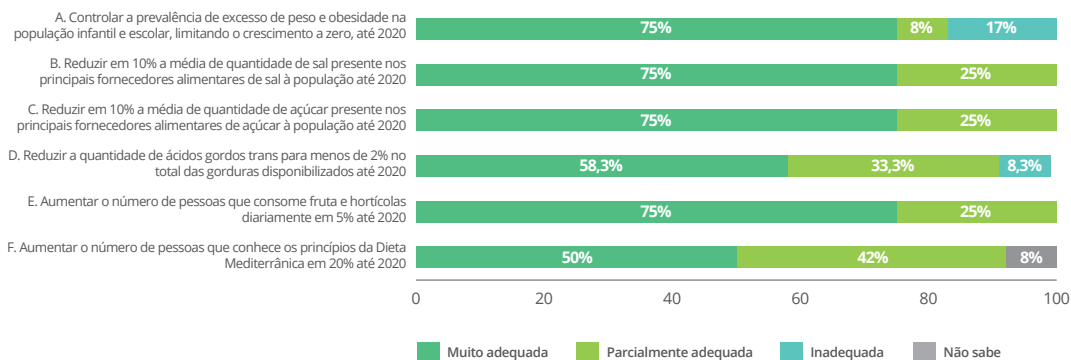


Figura 13. Classificação da adequação das metas a 2020 do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017-2020).

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES (n=12).

A soma de alguns valores apresentados no gráfico difere de 100% devido a erros de arredondamento (diferença entre a aproximação calculada de um número e o seu valor matemático exato).

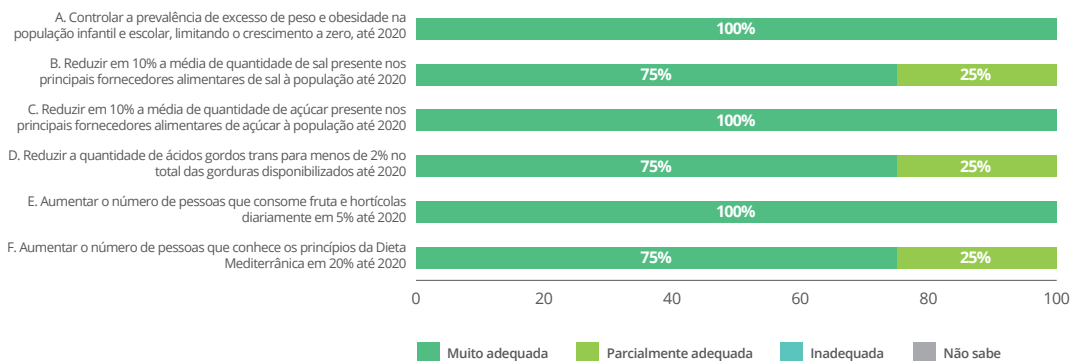


Figura 14. Classificação da adequação das metas a 2020 do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017-2020).

Nota: Os inquiridos foram representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).



ANEXOS

Como classifica a adequação dos objetivos do PNPAS (2017-2020)?

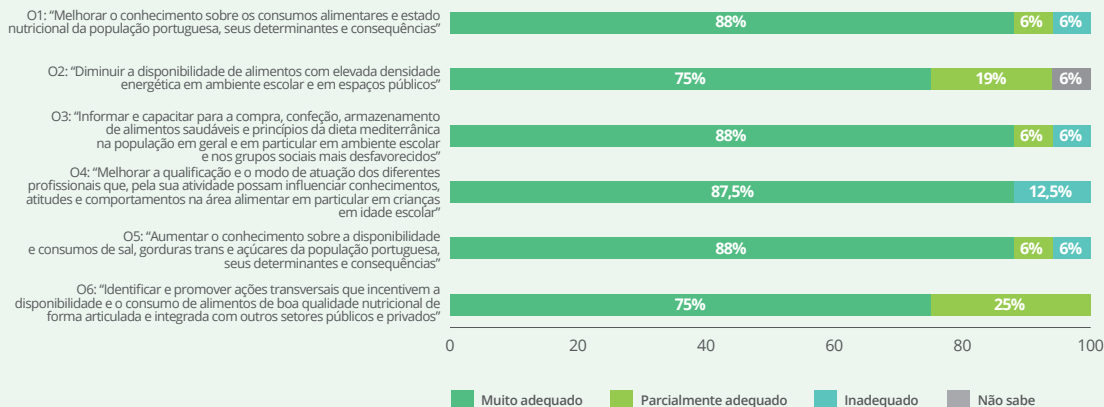


Figura 15. Classificação da adequação dos objetivos estratégicos do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017-2020).

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

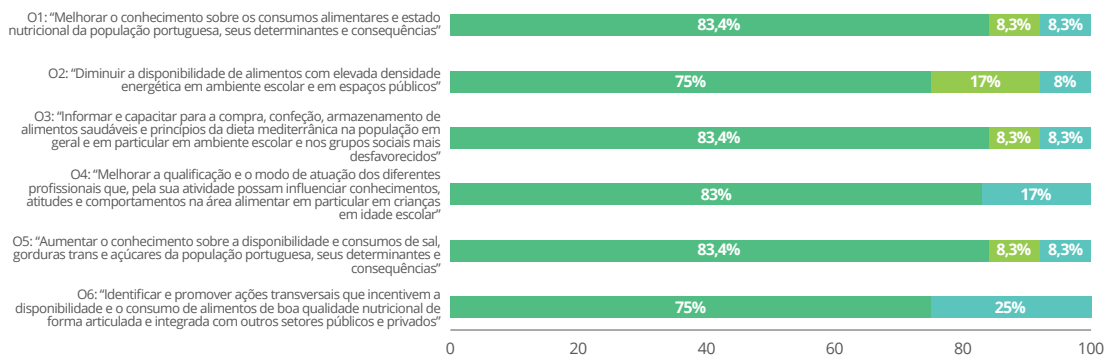


Figura 16. Classificação da adequação dos objetivos estratégicos do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017-2020).

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12).

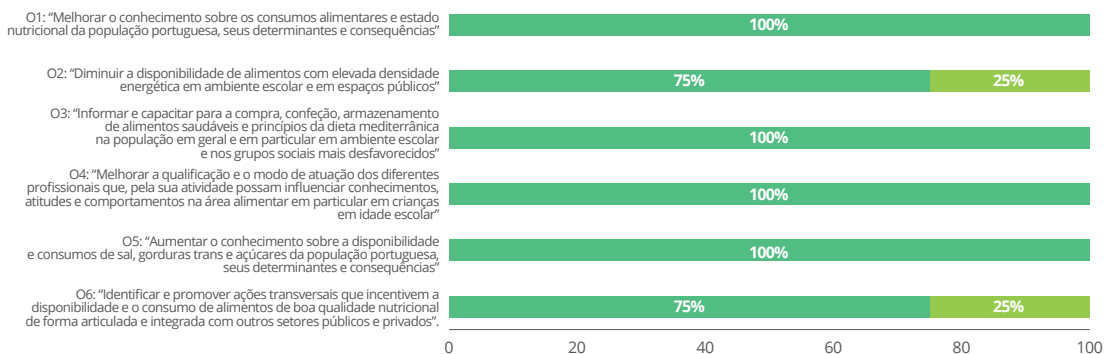


Figura 17. Classificação da adequação dos objetivos estratégicos do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017-2020).

Nota: Os inquiridos foram representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).



Parte III. Avaliação da importância e sucesso das ações/medidas/atividades implementadas pelo PNPAS

A maioria dos inquiridos considerou como “muito importantes” as diferentes medidas implementadas pelo PNPAS que se encontram descritas nas figuras 18-20, porém a opinião dos inquiridos é menos favorável quanto ao sucesso dessas medidas (Figura 21-23).

Como classifica o grau de importância das seguintes medidas?

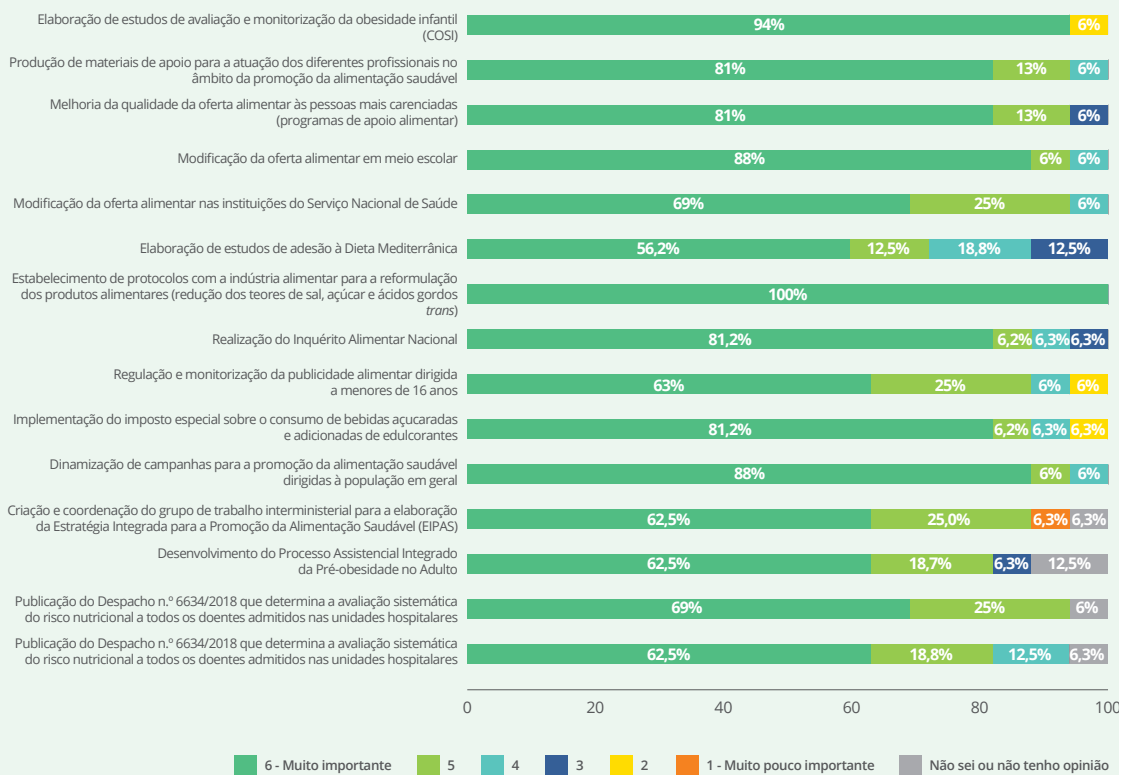


Figura 18. Classificação do grau de importância das ações/ medidas/ atividades implementadas pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

A soma de alguns valores apresentados no gráfico difere de 100% devido a erros de arredondamento (diferença entre a aproximação calculada de um número e o seu valor matemático exato).



ANEXOS

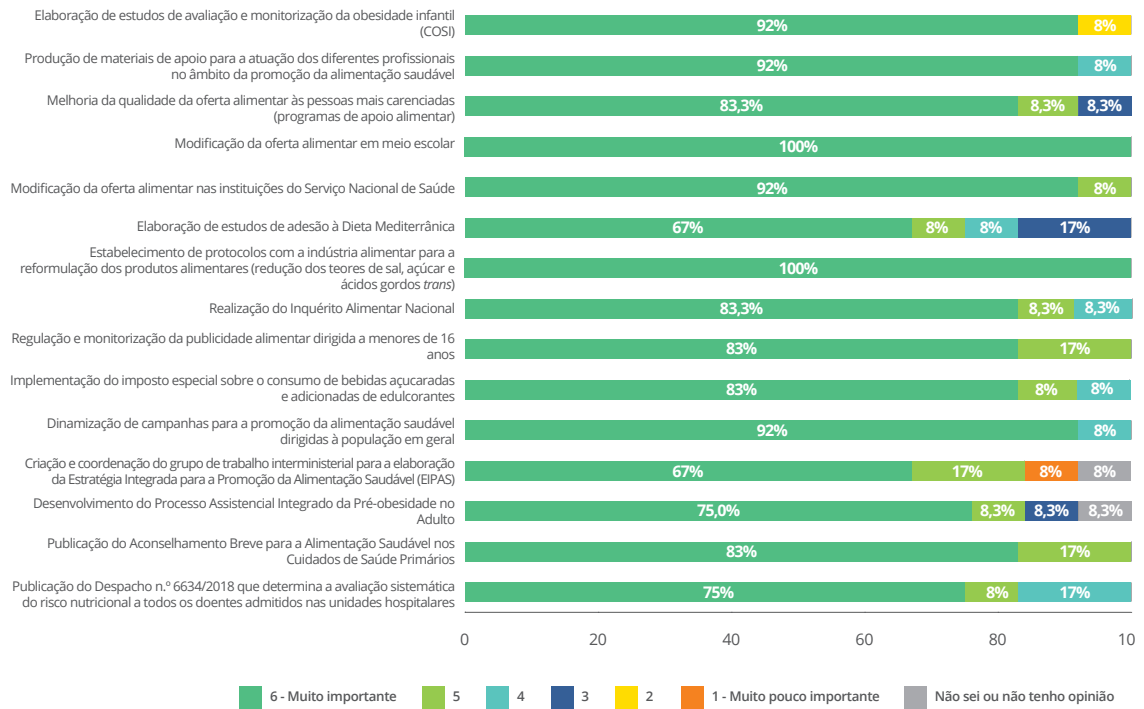


Figura 19. **Classificação do grau de importância das ações/ medidas/ atividades implementadas pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.**

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12).

A soma de alguns valores apresentados no gráfico difere de 100% devido a erros de arredondamento (diferença entre a aproximação calculada de um número e o seu valor matemático exato).

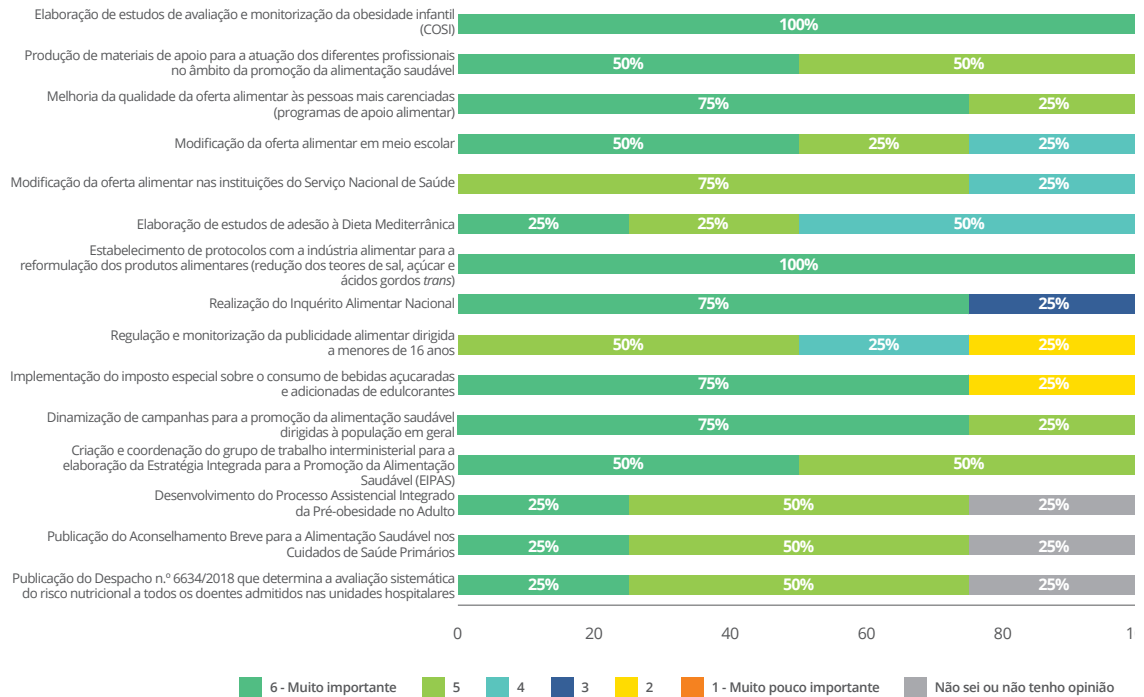


Figura 20. **Classificação do grau de importância das ações/ medidas/ atividades implementadas pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.**

Nota: Os inquiridos foram representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).



ANEXOS

Como classifica o nível de sucesso das seguintes medidas?

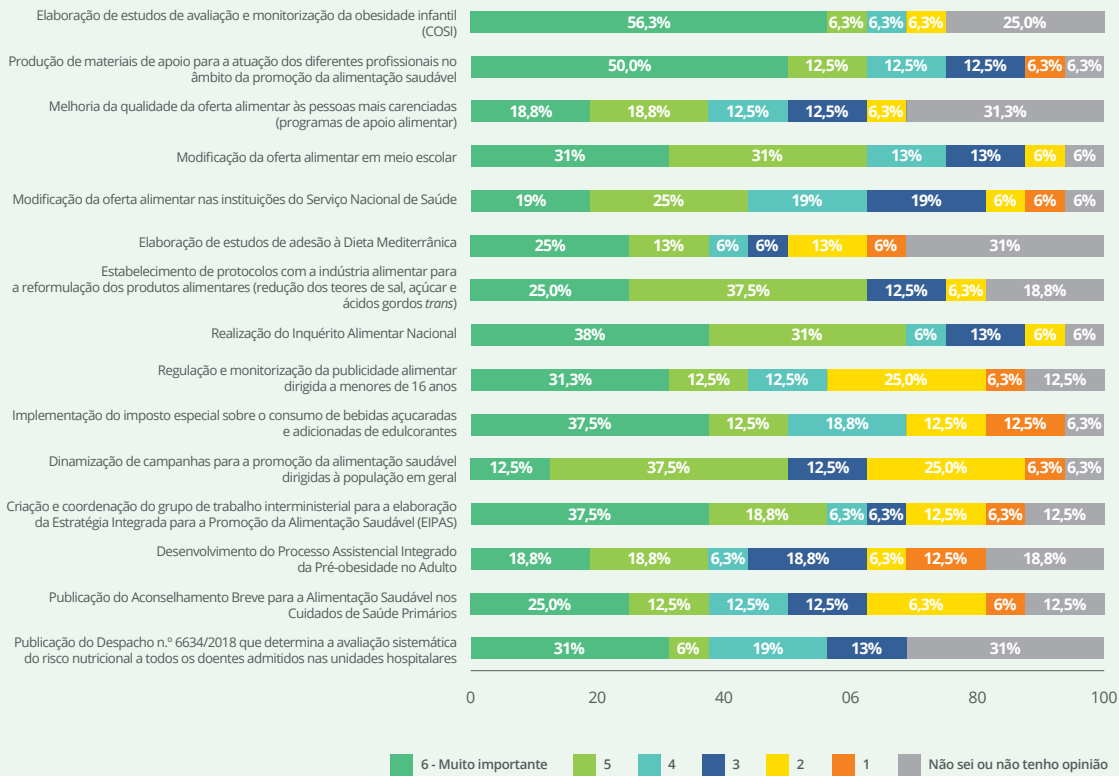


Figura 21. Classificação do nível de sucesso das ações/ medidas/ atividades implementadas pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

A soma de alguns valores apresentados no gráfico difere de 100% devido a erros de arredondamento (diferença entre a aproximação calculada de um número e o seu valor matemático exato).



ANEXOS

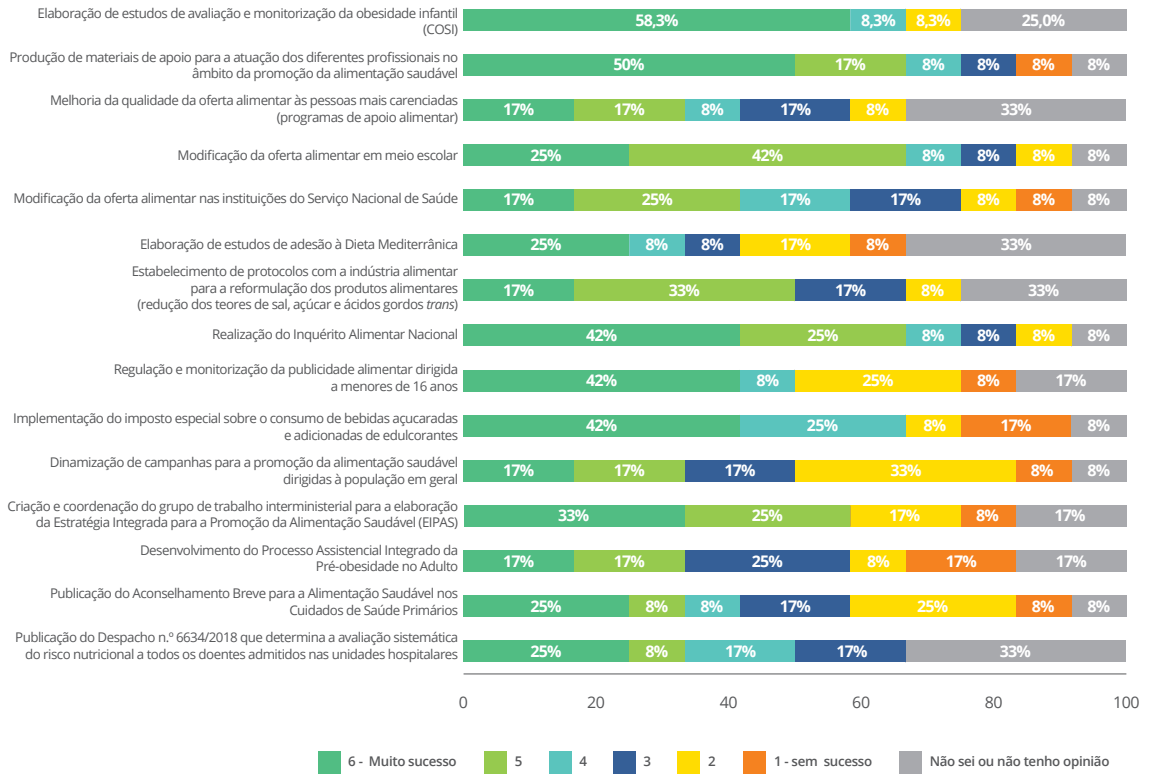


Figura 22. **Classificação do nível de sucesso das ações/ medidas/ atividades implementadas pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.**

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12).

A soma de alguns valores apresentados no gráfico difere de 100% devido a erros de arredondamento (diferença entre a aproximação calculada de um número e o seu valor matemático exato).

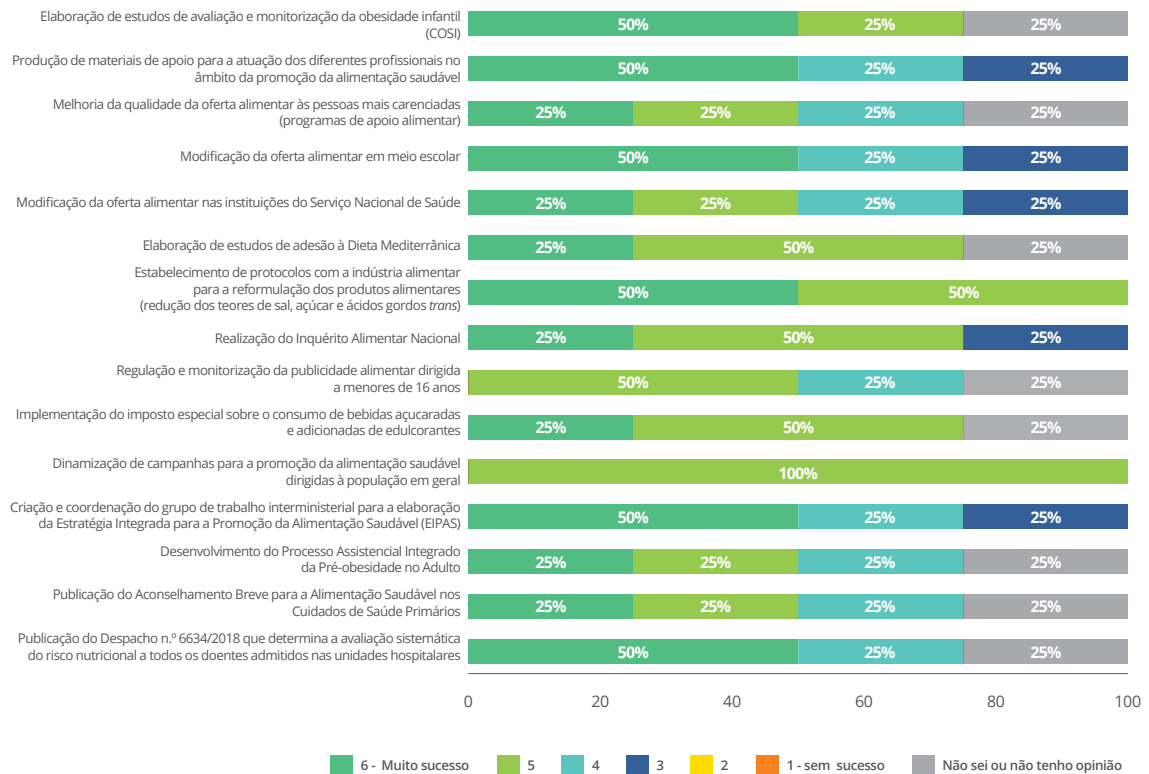


Figura 23. **Classificação do nível de sucesso das ações/ medidas/ atividades implementadas pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.**

Nota: Os inquiridos foram representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).



Maiores conquistas do PNPAS entre 2012-2021

Os inquiridos foram ainda questionados acerca das maiores conquistas do PNPAS entre 2012-2021, bem como sobre os principais fatores a contribuir para essas conquistas. As respostas obtidas encontram-se sistematizadas na tabela 5.

Tabela 5. **Maiores conquistas do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e respetivos fatores que contribuíram para essas conquistas, de acordo com a opinião dos inquiridos.**

	MAIORES CONQUISTAS DO PNPAS	PRINCIPAIS FATORES
	<ol style="list-style-type: none">1. Determinação para se constituir como um programa prioritário.2. A recolha de dados alimentares através do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - estudo com informação nacional e regional sobre alimentação e nutrição, atividade física e estado nutricional da população portuguesa.3. Estudos para apoiar a tomada de decisão política e monitorizar a implementação de políticas públicas.4. Aumento da informação sobre a insegurança alimentar.5. A pressão exercida para a reformulação dos produtos alimentares, como o imposto sobre as bebidas açucaradas e a educação efetiva de açúcar, sal e gorduras <i>trans</i> nos alimentos, com envolvimento da indústria agroalimentar.6. Restrição à publicidade alimentar dirigida a crianças.7. Aumento do consumo de leite e fruta na população escolar.8. A maior disponibilidade de recursos e a concretização de normativos que corroboram as metas e os objetivos do PNPAS.9. Aumento da perceção de risco alimentar.10. Maior sensibilização sobre o tema junto de técnicos e decisores.11. Reforço nas relações intersectoriais, sobretudo entre a saúde e a educação.12. Maior atenção da população em geral às questões relacionadas com a alimentação.13. Maior preocupação ambiental com as questões relacionadas com a alimentação.14. Despertar da população, também da mais jovem, para a necessidade do aumento do consumo de frutas e legumes e para o consumo de alimentação saudável.	<ul style="list-style-type: none">→ Formação de uma equipa e de um plano de ação a nível nacional.→ Envolvimentos dos profissionais. → Dedicção, empenho, esforço, responsabilização, trabalho de equipa e gosto pelo que se faz. → O aumento do conhecimento acerca dos consumos alimentares e estado nutricional da população portuguesa (através do INA-AF e do estudo COSI), das consequências do excesso de peso para a saúde da população, bem como, da sobrecarga financeira que exerce sobre o SNS, tem permitido alertar a sociedade e os governantes para a necessidade de intervir nesta área, sobretudo na prevenção.→ A reciprocidade e envolvimento entre os vários <i>stakeholders</i>.→ Disponibilização gratuita desses alimentos, bem como ações de sensibilização a alunos e encarregados de educação nesta área (sobretudo ao nível do 1º ciclo).→ O facto de ter sido criada a EIPAS e a concertação com vários parceiros do setor agroalimentar, saúde e alimentação.→ Comunicação.→ Projetos-piloto. → As excelentes relações entre a DGS e a DGE, com partilha de objetivos, políticas e estratégias.→ Capacidade de negociação entre a saúde e a indústria alimentar.→ Melhor capacidade de comunicar informação séria e com base científica. → A comunicação, as campanhas nas escolas, mesmo que insuficientes.

Legenda: COSI, *Childhood Obesity Surveillance Initiative*; DGE, Direção-Geral da Educação; DGS, Direção-Geral da Saúde; EIPAS, Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável; IAN-AF, Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física; SNS, Serviço Nacional de Saúde.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde de Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública das ARS (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).



ANEXOS

Parte IV. Questões relacionadas com o modelo de governação e estratégia de comunicação do PNPAS

Relativamente ao modelo de governação e estratégia de comunicação do PNPAS, verificou-se uma eventual menor capacidade dos inquiridos na avaliação destas dimensões do PNPAS, na medida em que verificaram percentagens elevadas nas categorias “não sabe” e “neutro”. Destaca-se também o facto de 19% dos inquiridos ter considerado que o modelo de comunicação interna é inadequado ou muito inadequado. Por oposição 57% dos inquiridos classificaram o modelo de comunicação externa como adequado ou muito adequado (Figura 24).

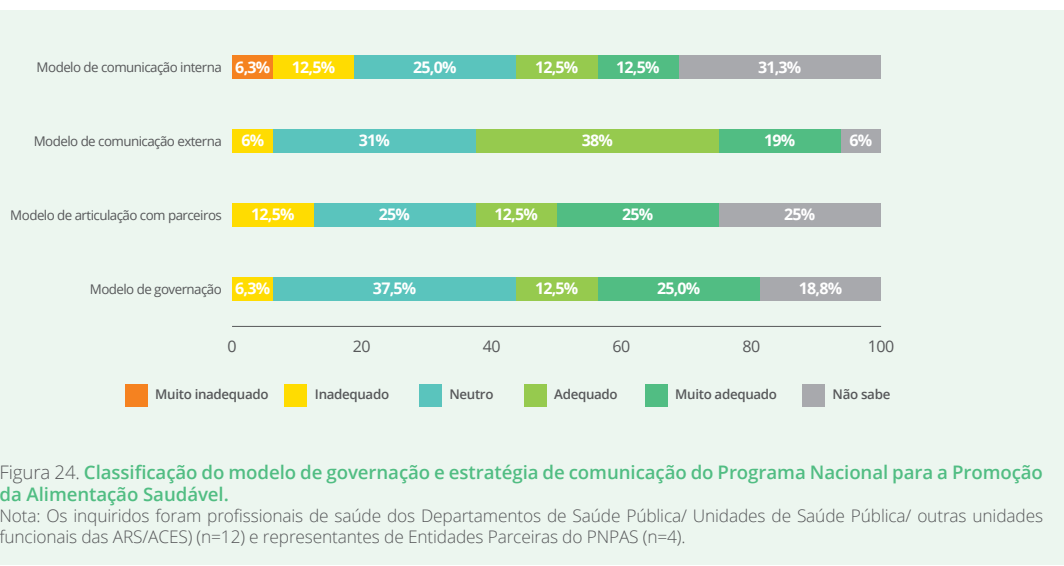


Figura 24. Classificação do modelo de governação e estratégia de comunicação do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

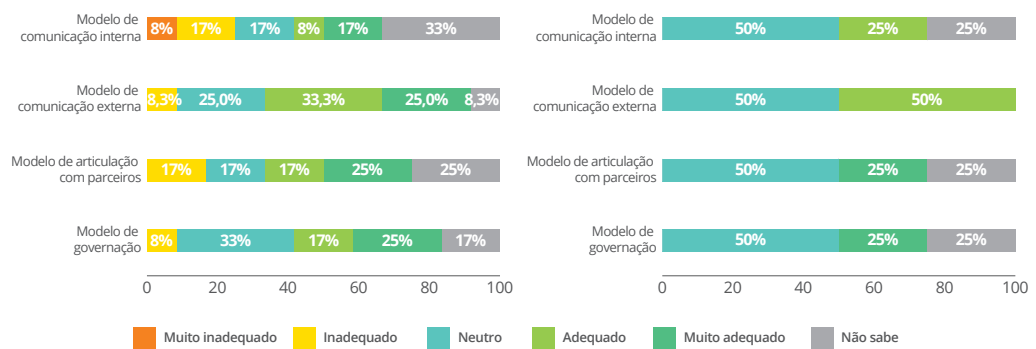


Figura 25. Classificação do modelo de governação e estratégia de comunicação do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12).

A soma de alguns valores apresentados no gráfico difere de 100% devido a erros de arredondamento (diferença entre a aproximação calculada de um número e o seu valor matemático exato).

Figura 26. Classificação do modelo de governação e estratégia de comunicação do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Nota: Os inquiridos foram representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).



ANEXOS

Nas tabelas 6 e 7 sistematizam-se as sugestões dos inquiridos/entidades inquiridas para a melhoria do modelo de governação, comunicação do PNPAS.

Tabela 6. **Sugestões de melhoria para o modelo de governação do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, de acordo com a opinião dos inquiridos.**

SUGESTÕES DE MELHORIA PARA O MODELO DE GOVERNAÇÃO DO PNPAS

ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE

1. Incluir profissionais conhecedores da realidade (menos teóricos e mais operacionais) e conhecedores da realidade das populações onde se implementa o PNPAS/ Maior envolvimento de quem está no terreno.
2. Maior descentralização e maior e melhor articulação e comunicação com as equipas a nível regional e local/ programas locais/regionais.
3. Criação de uma rede interna de parcerias entre as quais se devem considerar os interlocutores mais diretos como por ex. os Departamentos de Saúde Pública, através dos seus respetivos Programas Regionais. Maior capacitação em termos formativos e materiais para as equipas que estão no terreno.
4. Financiamento local de projetos.
5. A relevância da recolha de dados acerca do estado nutricional e hábitos alimentares da população, para a partir daí se definir um plano de intervenção.
6. A existência de recursos humanos suficientes para garantir a sua implementação (atualmente a insuficiência de recursos humanos compromete os resultados).
7. Investir na avaliação do impacto da intervenção (ações de prevenção na área da alimentação e nutrição).

ENTIDADES PARCEIRAS

8. Reforço das parcerias colaborativas horizontais (interministeriais, intersectoriais, por exemplo).
9. Reforço das parcerias colaborativas verticais (parcerias territoriais para a ação direta, agregando atores públicos, associativos e privados).
10. Apelar ao setor da agricultura e da indústria alimentar, maior empenho e colaboração.
11. Maior proximidade da realidade vivida pelos consumidores em especial no interior do país e dos jovens.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).



ANEXOS

Tabela 7. **Sugestões de melhoria para a estratégia de comunicação do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, de acordo com a opinião dos inquiridos.**

SUGESTÕES DE MELHORIA PARA A ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO DO PNPAS

ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE

1. Incluir profissionais conhecedores da realidade (menos teóricos e mais operacionais) e conhecedores da realidade das populações onde se implementa o PNPAS.
2. Aumento da literacia alimentar - necessidade de mais campanhas para a promoção da alimentação saudável (disponibilização de receitas, vídeos, *flyers*, manuais direcionados para a população adulta, idosa e infantil).
3. Promover reuniões online.
4. Promover uma reunião anual entre a coordenação do PNPAS e os representantes dos nutricionistas dos Cuidados de Saúde Primários, dos Cuidados de Saúde Hospitalares, municipais, e escolares de cada região, de modo a concertar os principais objetivos de atuação de cada um, em função das necessidades da população e recursos humanos existentes dessa região.
5. Newsletter.
6. Quanto à comunicação ela foi muito forte para o exterior, mas considerada mais frágil para os parceiros internos no sistema, nomeadamente das ARS. Sugere-se maior ligação às ARS's e maior valorização do trabalho já feito internamente.
7. Comunicação mais visível na comunicação social/ redes sociais e junto das administrações regionais.
8. Divulgação por canais próprios, criação de alertas para as instituições.

ENTIDADES PARCEIRAS

9. Intensificação, massificação, popularização, adequação aos grupos mais vulneráveis, técnica ativas de aprender-fazendo.
10. Uma atitude mais proativa na divulgação de todo o seu trabalho, sobretudo junto dos parceiros da EIPAS.
11. Sugerem que a comunicação não seja ideológica, nomeadamente na limitação de certos produtos alimentares nas instituições públicas. Sugerem maior difusão na televisão e redes sociais.
12. "Uso de meios de comunicação públicos com mais frequência e levar o conhecimento a quem gere a alimentação nos lares, centros de dia e estabelecimentos escolares. Formar quem cozinha e quem compra os alimentos. Exercer maior controlo junto das instituições."

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

A tabela 8 apresenta de forma sistematizada algumas das observações que foram efetuadas pelos inquiridos com relevância para a construção do PNPAS 2022-2030.



ANEXOS

Tabela 8. **Observações relativamente à construção do PNPAS 2022-2030, de acordo com a opinião dos inquiridos.**

OUTRAS OBSERVAÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DO PNPAS 2022-2030

ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE

1. Promover a avaliação de resultados e de impacto.
2. Intervenção no sentido de otimizar a rede de suporte nutricional entre Cuidados de Saúde Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados e Paliativos de modo a garantir a continuação da prestação dos cuidados nutricionais aos utentes em situação de maior fragilidade.
3. “Parabéns por todo o trabalho e empenho demonstrado até ao momento, é de continuar! As equipas regionais e locais esperam pelas novidades e por uma ligação cada vez mais próxima para juntos fazemos mais e melhor! Muito sucesso.”
4. “Desde 2012 data da sua criação o PNPAS fez um excelente trabalho e merece o reconhecimento de todos. Não obstante deve criar uma rede colaborativa interna para que todas as medidas se tornem eficazes e eficientes. Não deve trabalhar de costas voltadas para os profissionais que estão no terreno e que têm uma experiência que não deve ser esquecida. MUITOS PARABÉNS à equipa pelo trabalho apresentado! Agradeço a oportunidade de poder expressar o que penso sobre este assunto, tão importante para mim como profissional!”

ENTIDADES PARCEIRAS

5. Garantir que as medidas a implementar sejam baseadas em evidência técnico-científica de qualidade.
6. Garantir a avaliação da eficácia das medidas implementadas regular e a avaliação da necessidade da sua manutenção, nomeadamente a proibição da disponibilização de certos alimentos em meio escolar e nas cantinas públicas.
7. Comunicação mais visível e frequente junto dos grupos mais vulneráveis da população, e dos que mais contactam com estes grupos, nomeadamente professores, profissionais de saúde, cuidadores, produtores.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).



Parte V. Identificação das áreas prioritárias e medidas/ações do próximo PNPAS (2022-2030)

Por último, este questionário de avaliação sobre a atuação do PNPAS 2012-2021 procurou também identificar as áreas de intervenção prioritária, medidas/ações que devem ser contempladas no contexto do PNPAS 2022-2030, bem como as recomendações para a implementação das ações e medidas sugeridas. As áreas consideradas de intervenção prioritária foram “Literacia alimentar”, “Capacitação e formação dos profissionais”, “Ambiente alimentar escolar”, “Sistemas de informação em alimentação e nutrição” e “Ambientes alimentares” (Figura 1). As medidas/ações que devem ser contempladas no contexto do PNPAS 2022-2030 e as recomendações para a sua implementação encontram-se descritas nas tabelas 9 e 10.

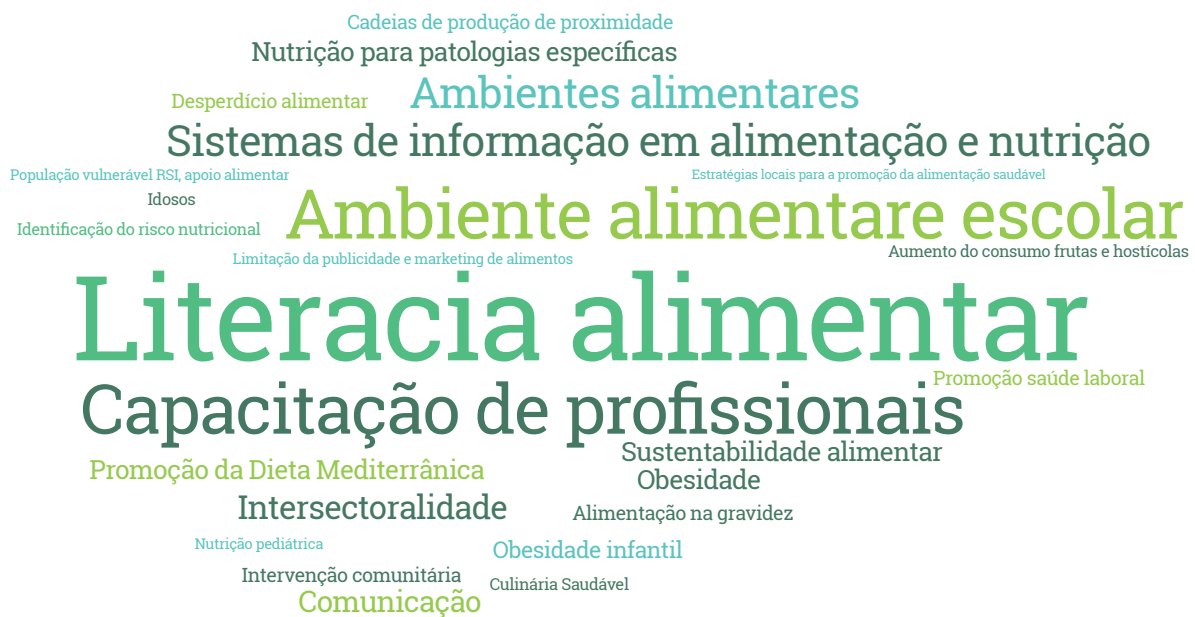


Figura 1. Áreas prioritárias do próximo PNPAS (2022-2030), de acordo com a opinião dos inquiridos.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).



ANEXOS

Tabela 9. **Ações/ medidas que devem ser contempladas no contexto do PNPAS 2022-2030, respetivas áreas prioritárias identificadas e nível de prioridade, de acordo com a opinião dos inquiridos.**

ÁREAS ESTRATÉGICAS	AÇÕES/ MEDIDAS
ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE	
Literacia alimentar	<ul style="list-style-type: none">- Realização de campanhas de promoção da alimentação saudáveis a ser replicadas por todo o país.- Avaliação sistemática.- Verificação do tipo de alimentos/refeições fornecidos nos estabelecimentos de educação e ensino, saúde e estruturas residenciais para idosos, incentivando para a disponibilização de alimentos saudáveis.- Realização de ações de promoção e educação para a saúde.- Consultas de nutrição.- Publicação de manuais e materiais.- Publicação de diversos materiais educativos, manuais e cartazes de referência.- Publicação de folhetos/e-book/ comunicação nas redes sociais.
Capacitação e formação de profissionais	<ul style="list-style-type: none">- Promover formações/<i>webinars</i> para apresentação das temáticas que são lançadas em manuais informativos/ orientações.- Melhoria do módulo de nutrição do SCLínico do SNS.- Promoção de formação aos profissionais nas áreas temáticas do PNPAS.- Qualificação de profissionais /cursos.- Formação.
Ambiente escolar	<ul style="list-style-type: none">- Divulgação e implementação de refeições saudáveis.- Avaliação do desperdício alimentar das refeições escolares.
Alimentação em números Melhorar o conhecimento sobre os consumos alimentares, estado nutricional da população da região Alentejo e das condições de higiene e segurança alimentar em ambiente escolar e Instituições de âmbito comunitário.	<ul style="list-style-type: none">- Estudo do estado nutricional e hábitos alimentares da população portuguesa.- Colaboração em trabalhos de investigação sobre consumo alimentar, atividade física e estado nutricional.- Monitorização da avaliação das condições de higiene e segurança alimentar nas escolas da rede pública e Instituições de âmbito comunitário.- Relatórios anuais PNPAS.- Avaliação do estado da segurança alimentar.
Ambientes alimentares	<ul style="list-style-type: none">- Modificação da oferta alimentar em espaços públicos.- Supervisão do cumprimento dos despachos e penalização do incumprimento.- Reformulação dos produtos alimentares.
Intersectoralidade	<ul style="list-style-type: none">- Criar um grupo de trabalho de especialista em contacto com a indústria e incentivos financeiros às empresas que adequem a sua oferta.- Colaboração no âmbito nacional e internacional.
Obesidade infantil	<ul style="list-style-type: none">- COSI +Referenciação de situações de risco.
Controlo de excesso de peso	<ul style="list-style-type: none">- Dotação dos recursos humanos e materiais necessários à intervenção de proximidade (Cuidados de Saúde Primários).
Comunicação interna e externa	<ul style="list-style-type: none">- Parcerias com os diversos Setores com ligação com esta área e “rede interna de serviços”.
Nutrição pediátrica	<ul style="list-style-type: none">- Elaboração de orientações.



ANEXOS

ÁREAS ESTRATÉGICAS	AÇÕES/ MEDIDAS
Identificação do risco nutricional	- Inclusão da avaliação do risco nutricional no apoio domiciliário.
Promoção/apoio a projetos regionais/ locais	- Financiamento.
Sustentabilidade	- Campanhas de sensibilização para uma alimentação sustentável.
Desperdício alimentar	- Campanha de sensibilização para o desperdício alimentar. - Incentivos económicos para a redução de desperdício alimentar para os diferentes intervenientes do setor.
Intervenção comunitária	- Articulação com os DSP/ARS.
Implementar Políticas Públicas relacionadas com a promoção de uma Alimentação Saudável	- Modelo de rotulagem alimentar único.
Alimentação na gravidez	Elaboração de orientações.
Culinária Saudável	- Elaboração de E-books/ cursos.
ENTIDADES PARCEIRAS	
Literacia alimentar	- Conteúdos curriculares em todos os graus de ensino. - Campanha e ações demonstrativas na comunidade e com os grupos vulneráveis.
Dieta Mediterrânica	- Campanha de informação e sensibilização. - Conselhos Regionais para a salvaguarda e valorização da Dieta Mediterrânica, com um plano de ação.
Comunicação	- Controlo do rigor científico sobre o marketing industrial. - Informação completa em todos os produtos alimentares (nutricional, ambiental, social).
Manter o programa leite escolar	- Disponibilizar leite na escola.
Idosos	- Informação e acompanhamento.
Obesidade infantil	- Controlo da disponibilização de alimentos.
Alimentação em função da doença	- Informação e acompanhamento clínico.
Obesidade adultos	- Informação e acompanhamento clínico.
Aumento consumo frutas e hortícolas	- Diversificar o programa fruta escolar, introduzindo também legumes ao lanche.
Controlo da alimentação da população em geral	- Controlo da produção e informação geral.
Relação entre alimentos saudáveis e sustentabilidade	- Realização de campanhas de esclarecimento sobre a especificidade da produção nacional, que é muitas vezes mais sustentável que a importada, indo mais além na mensagem do que 'consuma local'. - Promover nas cantinas públicas o consumo de produtos nacionais, nomeadamente a carne, mais sustentável que a importada, que tem maior pegada ecológica e pode ter menos segurança alimentar.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).



ANEXOS

Tabela 10. **Recomendações para a implementação das ações/ medidas propostas no contexto do PNPAS 2022-2030, de acordo com a opinião dos inquiridos.**

RECOMENDAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES/ MEDIDAS PROPOSTAS

ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE

1. Incluir profissionais conhecedores da realidade e conhecedores da realidade das populações onde se implementa o PNPAS.
2. Aumentar a divulgação, nas escolas, de uma alimentação saudável.
3. Proporcionar o conceito alimentação saudável em ambiente escolar.
4. Divulgação de materiais educativos.
5. Reuniões com os responsáveis regionais para levantamento de necessidades específicas para cada região, fazendo a ponte entre os objetivos nacionais/regionais/ locais e delineamento de ações concertadas com o programa.
6. Melhoria do módulo de nutrição do SClínico do SNS, de modo a possibilitar o registo das atividades de promoção da literacia alimentar e nutricional com grupos; definição de critérios de referenciação para a consulta de nutrição nos CSP e Cuidados Hospitalares uniformes, bem como a criação de indicadores de desempenho.
7. Continuar a promover a reformulação dos produtos alimentares de modo a melhorar a sua qualidade nutricional.
8. Estabelecer um modelo de rotulagem alimentar uniforme e que permita ao cidadão fazer escolhas informadas para a promoção da sua saúde.
9. Continuar a produzir materiais informativos, principalmente nas temáticas da culinária e confeção saudável e sustentável, compras e armazenamento dos alimentos; livros e vídeos de receitas saudáveis.
10. Implementação de um sistema de vigilância da segurança alimentar em agregados familiares portugueses utentes dos cuidados de saúde primários do Sistema Nacional de Saúde (SNS).
11. O facto de a informação do PNPAS estar maioritariamente alojada num site, implica um conhecimento não acessível a toda a população. Sugiro que planeiem também outros modelos de comunicação.
12. Os Planos de intervenção comunitária deveriam ser elaborados com a participação dos elementos dos programas dos DSP, com larga experiência nesta área de intervenção (planeamento/gestão e avaliação de resultados).
13. O PNPAS realizou algumas campanhas muito interessantes mesmo a nível televisivo, só que as mesmas “tiveram um impacto reduzido” pela curta duração das mesmas.
14. O nível de prioridade apresentado teve a ver com o trabalho desenvolvido nas diversas áreas, não quer dizer que as mesmas sejam mais ou menos importantes, apenas que algumas necessitaram de maior investimento que outras.
15. Inclusão de avaliação da literacia alimentar nos fechos de ciclos escolares e elaboração de planos de ação que incluam as diferentes dimensões (saúde, sustentabilidade, ...)



RECOMENDAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES/ MEDIDAS PROPOSTAS

ENTIDADES PARCEIRAS

16. Prioridade às parcerias territoriais à comunicação.
17. Melhor e mais constante comunicação (interna e externa).
18. Reforço nas políticas intersectoriais.
19. “No que respeita à questão da sustentabilidade, o que pretendo dizer é que atualmente há uma tendência crescente para o aumento das dietas vegetarianas e veganas, sobretudo na população mais jovem, muitas vezes por questões éticas, ambientais e de bem-estar animal, mais do que por saúde. A carne e o leite são proteínas essenciais, sobretudo em idades jovens. O modo de produção agrícola nacional, nomeadamente a carne bovina, é mais extensivo, com menos impactos ambientais que noutros pontos do mundo de onde se importa carne; a produção pecuária na UE está sujeita às maiores exigências de segurança alimentar e bem-estar animal. esta mensagem deve ser passada aos jovens e deve ser privilegiado o consumo de produtos nacionais que são saudáveis e mais sustentáveis, nomeadamente porque não têm a pegada ecológica do transporte. Essa mensagem não existe hoje!”
20. Esclarecimentos presenciais nas escolas elaboradas por técnicos credenciados.
21. Controlo da produção e dos pontos de venda no que respeita ao cumprimento das regras legais, higiene e conservação dos produtos.
22. Ações de informação à população em geral para uma escolha acertada, embora a custos controlados e aprendizagem das especificações dos produtos e da leitura dos rótulos.

Nota: Os inquiridos foram profissionais de saúde dos Departamentos de Saúde Pública/ Unidades de Saúde Pública/ outras unidades funcionais das ARS/ACES) (n=12) e representantes de Entidades Parceiras do PNPAS (n=4).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Swinburn B, Vandevijvere S, Kraak V, Sacks G, Snowdon W, Hawkes C, et al. Monitoring and benchmarking government policies and actions to improve the healthiness of food environments: a proposed Government Healthy Food Environment Policy Index. *Obes Rev.* 2013; 14 Suppl 1:24-37.
2. Hawkes C, Jewell J, Allen K. A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases: the NOURISHING framework. *Obesity Reviews.* 2013; 14(S2):159-68.
3. Gregório MJ, Salvador C, Bica M, Horgan R, Telo de Arriaga M. The Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI): Evidence Document para Portugal. 2021. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde.
4. Gregório MJ, Salvador C, Bica M, Graça P, Telo de Arriaga M. The Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI): Relatório de resultados para Portugal. 2022. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde.
5. World Cancer Research Fund International. NOURISHING framework: Results for Portugal. NOURISHING and MOVING policy databases. 2021.



ANEXO C – SITUAÇÃO ATUAL | A CARGA DA DOENÇA ASSOCIADA À ALIMENTAÇÃO INADEQUADA EM PORTUGAL

A malnutrição em todas as suas formas (alimentação inadequada, excesso de peso e obesidade e desnutrição) é, de acordo com os dados mais recentes do *Global Burden Disease* (2019), o principal fator de risco para a carga da doença no nosso país. Das diferentes formas de malnutrição são os hábitos alimentares inadequados e o excesso de peso (incluindo da obesidade) que estão entre os principais fatores de risco para carga da doença em Portugal⁽¹⁾. Estima-se que nos próximos anos, a alimentação inadequada e o excesso de peso possam vir a ultrapassar o tabaco no *ranking* dos fatores de risco modificáveis que mais condicionam a carga da doença (Figura 1).

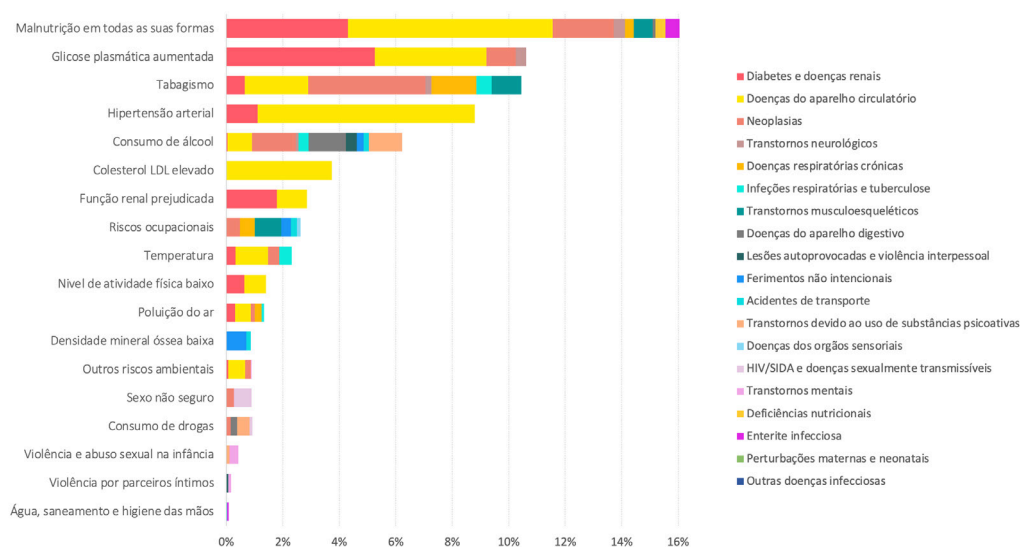


Figura 1. Percentagem do total de DALYs por fator de risco e doença associada, 2019 (malnutrição agrupa o IMC elevado, os hábitos alimentares inadequados e a nutrição materna e infantil inadequada).
Fonte: GBD 2019, IHME.

As doenças crónicas potencialmente associadas à alimentação inadequada são, provavelmente, um dos mais sérios problemas de saúde pública em Portugal, representando cerca de 86% da carga total de doença⁽²⁻⁴⁾. As doenças cardiovasculares representaram, em 2015, cerca de 29,7% de todas as mortes⁽³⁾, a diabetes atinge cerca de 10% da população portuguesa e a prevalência de hipertensão arterial é de cerca de 36%⁽⁵⁾. A obesidade, enquanto doença crónica e simultaneamente fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, atinge mais de 20% da população adulta portuguesa, sendo que o excesso de peso ultrapassa os 50%^(5,6). Também a obesidade infantil atinge proporções elevadas, sendo a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) estimada em 2019 de 29,6% (Figura 2)⁽⁷⁾. Importa também referir que as situações de excesso de peso e obesidade coexistem com outras formas de malnutrição. A elevada ingestão energética está muitas vezes associada a uma ingestão insuficiente de alguns nutrientes.



ANEXOS

Carga da doença associada à alimentação inadequada em Portugal (» 15 anos)

População total (INE 2019) 10 295 909

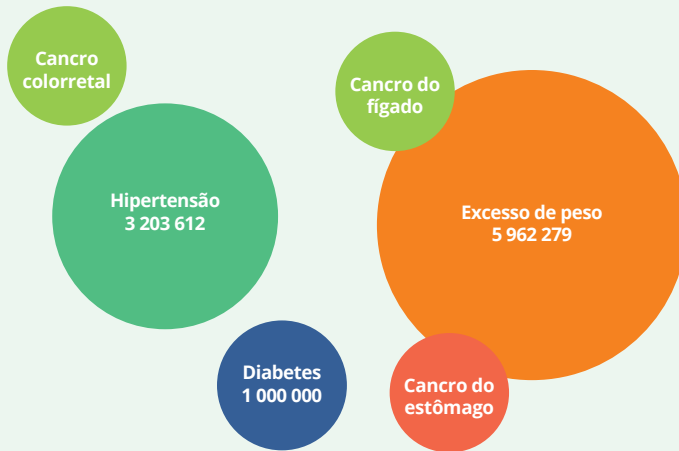


Figura 2. **Carga global da doença associada às doenças crónicas em Portugal.**
Fonte: OCDE, *European Observatory on Health Systems and Policies, 2021* ⁽⁶⁾.

Em 2019, **41%** da população portuguesa com 16 ou mais anos de idade reportou ter **pelo menos uma doença crónica**

86% carga da doença é associada às **doenças crónicas**

O excesso de peso (incluindo a obesidade) aumenta o risco de múltiplas doenças, muitas das quais ocorrem com mais frequência com o aumento do IMC ⁽⁹⁻¹³⁾. Sabe-se que o tecido adiposo pode influenciar não só a regulação central da homeostasia energética, como, na presença de uma adiposidade excessiva, predispor o indivíduo ao desenvolvimento de comorbilidades como a hipertensão arterial, a doença coronária, a diabetes mellitus e a dislipidemia, complicações musculoesqueléticas, doença hepática não alcoólica, diferentes tipos de cancro, entre outras (Figura 3) ⁽¹⁴⁻¹⁸⁾. Mais ainda, o excesso de adiposidade está também relacionado com o aumento da mortalidade, apresentando os indivíduos que vivem com obesidade uma esperança média de vida, em média, cinco anos menor do que os indivíduos que apresentam um peso saudável (IMC 18,5-24,9 kg/m²) ^(16, 18, 19).

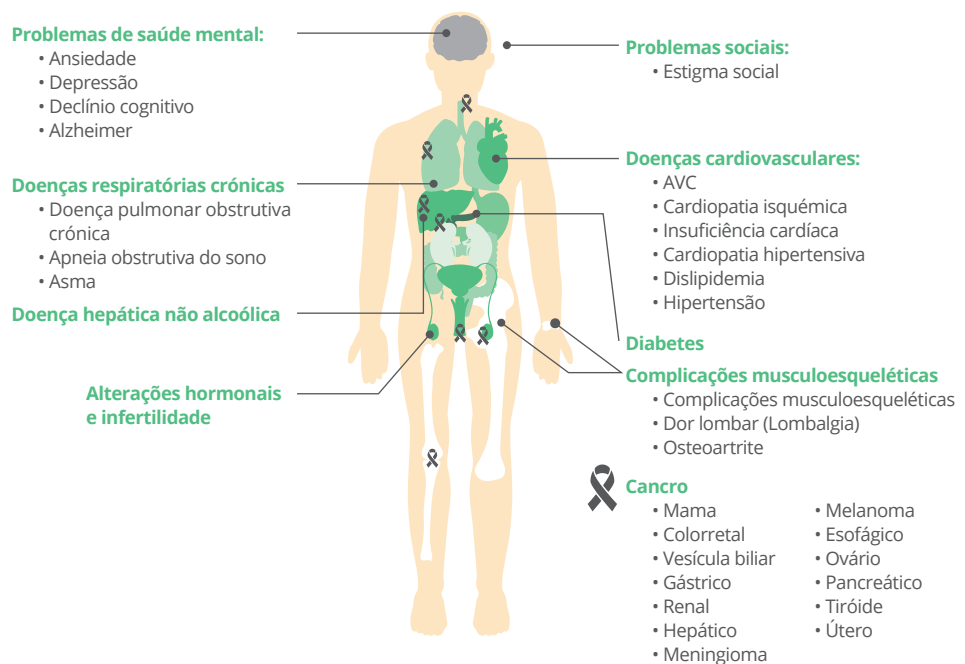
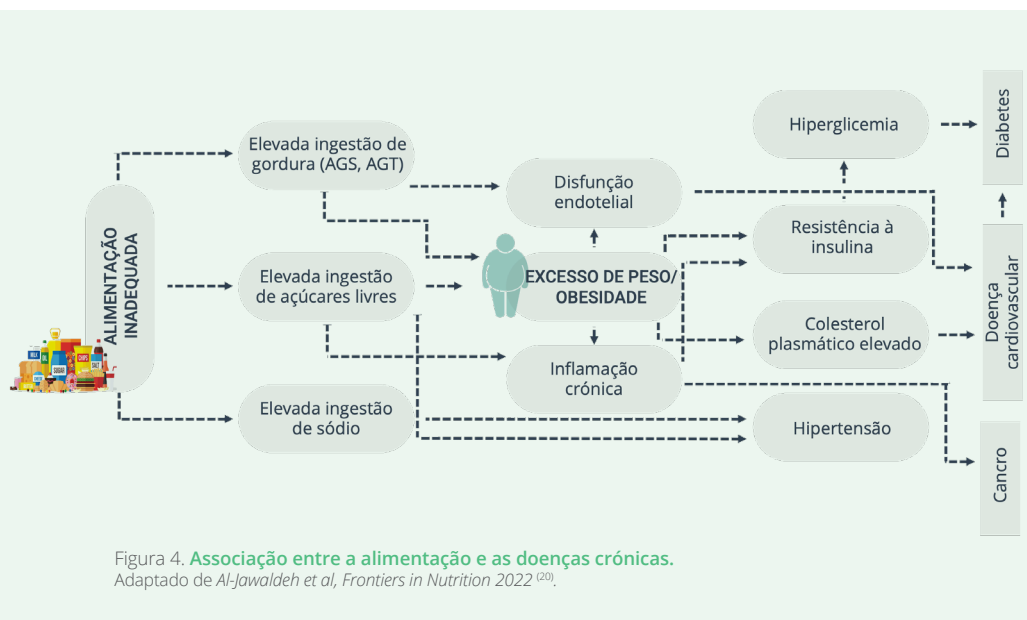


Figura 3. **Consequências para a saúde associadas à obesidade (nota: não estão aqui descritas todas as consequências para a saúde associadas à obesidade).**
Fonte: *WHO European Regional Obesity Report 2022*.

Porém, a associação entre a alimentação inadequada e as doenças crónicas mais prevalentes não é apenas mediada pelo excesso de peso, enquanto um fator de risco intermediário. Uma elevada ingestão de sódio, açúcares livres, ácidos gordos *trans* e saturados está associada, de forma independente, à disfunção endotelial e à inflamação crónica de baixo grau, que *per si* aumentam o risco de hiperglicemia, insulinoresistência, dislipidemia e hipertensão arterial (Figura 4).



De seguida apresenta-se uma descrição mais detalhada da epidemiologia do excesso de peso e da obesidade em Portugal, assim como de outras formas de malnutrição, dos hábitos alimentares da população portuguesa e sobre a situação de insegurança alimentar.

1.1 Carga da doença associada à alimentação inadequada e ao excesso de peso

A alimentação inadequada é uma das principais causas evitáveis das doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente da obesidade, doenças oncológicas, doenças cérebro-cardiovasculares da diabetes *mellitus* tipo 2. Os dados mais recentes do *Global Burden Disease*, de 2019, mostram que em Portugal os hábitos alimentares inadequados estão entre os 5 fatores de risco que mais determinam a perda de anos de vida saudável e a mortalidade, contribuindo para 7,3% dos DALYs e para 11,4% da mortalidade, no ano de 2019 ^(1, 21). Quando se enumeram os fatores de risco para a mortalidade e perda de anos de vida saudável, também o IMC elevado surge num dos primeiros lugares (4º lugar para os DALYs) (2-4). As projeções do IHME para 2030 em Portugal, indicam que, do total de óbitos projetados, a percentagem projetada de óbitos atribuível a erros alimentares será de 13,84% (IC 95: 9,99-17,88) e atribuível ao excesso de peso e obesidade será de 11,99% (IC95: 7,40-17,80), ultrapassando o tabagismo cuja percentagem projetada de óbitos atribuível será de 11,07% (IC95: 9,37-12,87) ⁽²²⁾.



ANEXOS

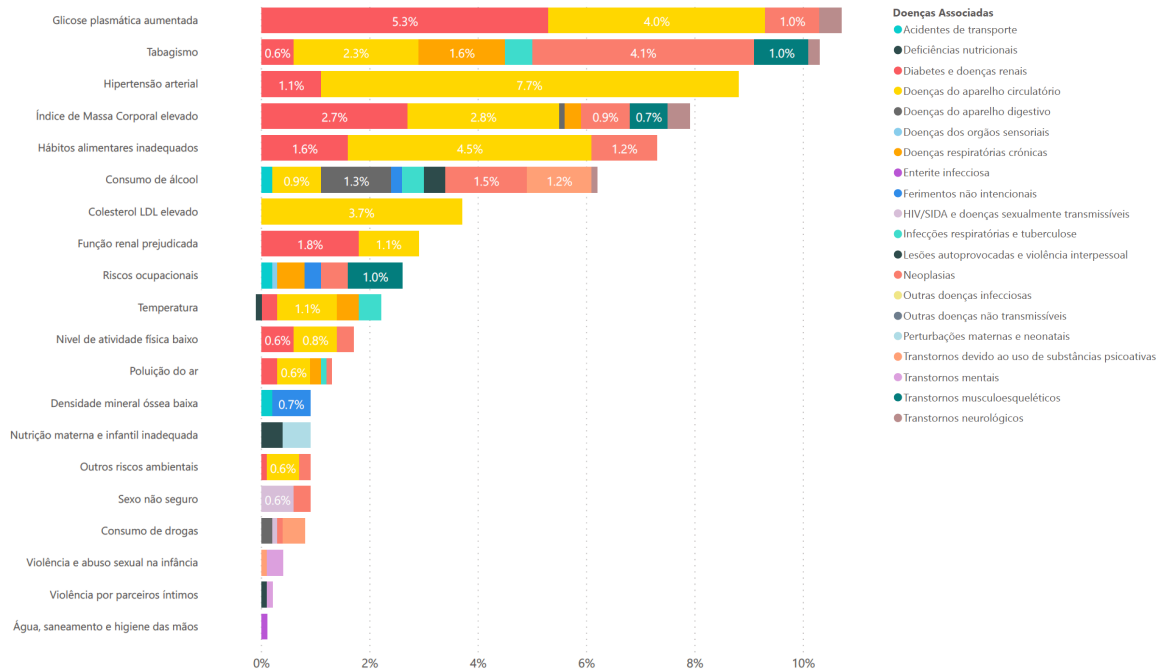


Figura 5. Percentagem do total de DALYs por fator de risco e doença associada, 2019. Fonte: GBD 2019, IHME.

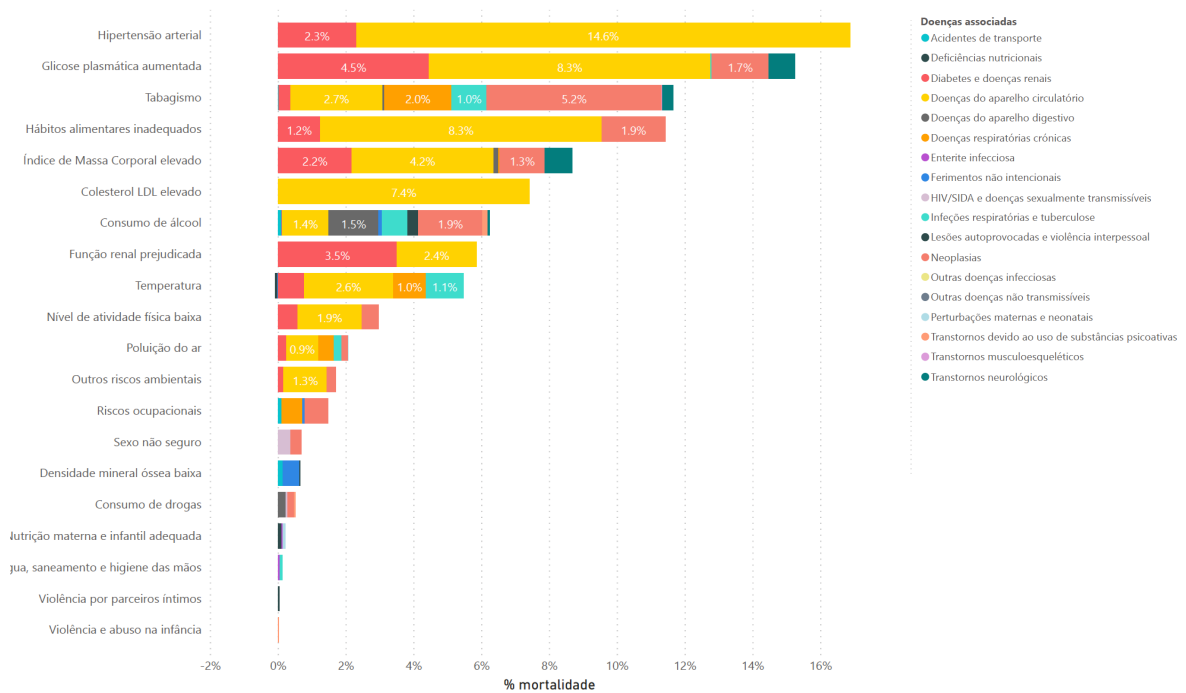


Figura 6. Percentagem do total de mortes por fator de risco e doença associada, 2019. Fonte: GBD 2019, IHME.



ANEXOS

Relativamente aos hábitos alimentares, o elevado consumo de carne vermelha (72.791 DALYs; 2,2% do total), baixo consumo de cereais integrais (61.301 DALYs; 1,8% do total) e a elevada ingestão de sódio (26.073 DALYs; 0,8% do total), destacam-se como os principais fatores que contribuem para a perda de anos de vida saudável. Estes três fatores são responsáveis por cerca de 161.065 DALYs^(1, 21).

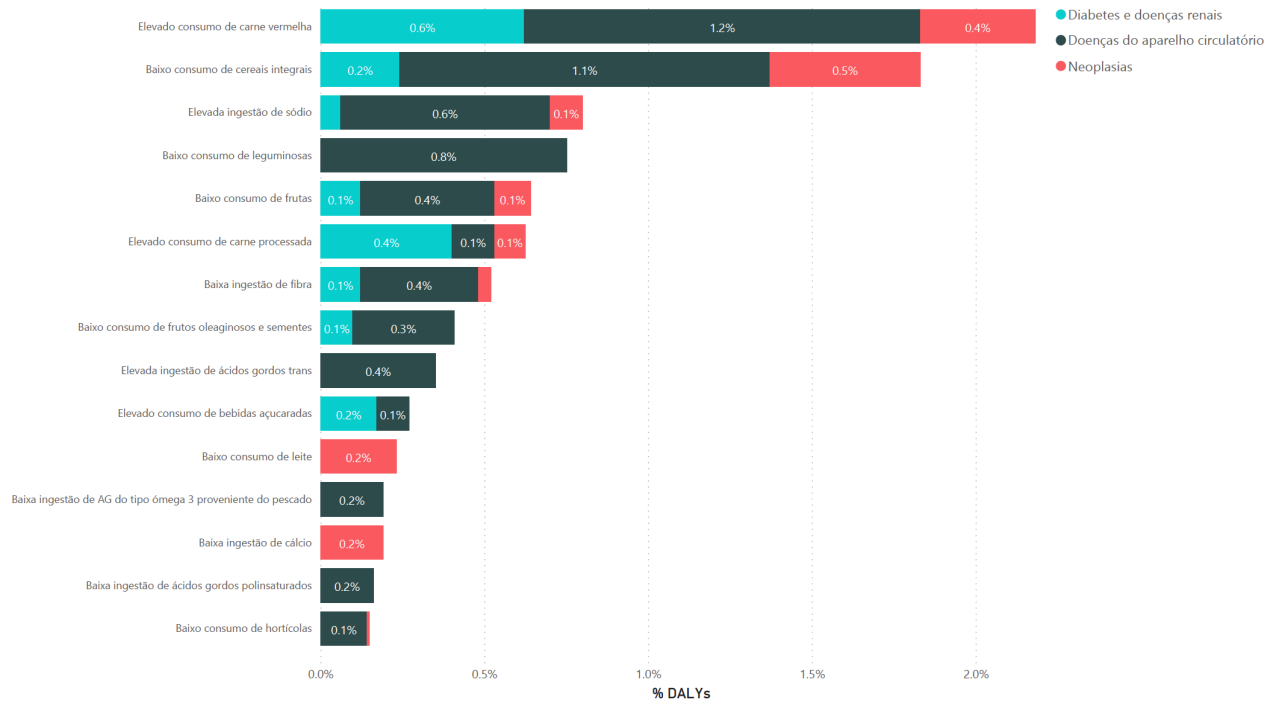


Figura 7. Percentagem do total de DALYs por fator de risco alimentar e doença associada, 2019. Fonte: GBD 2019, IHME.

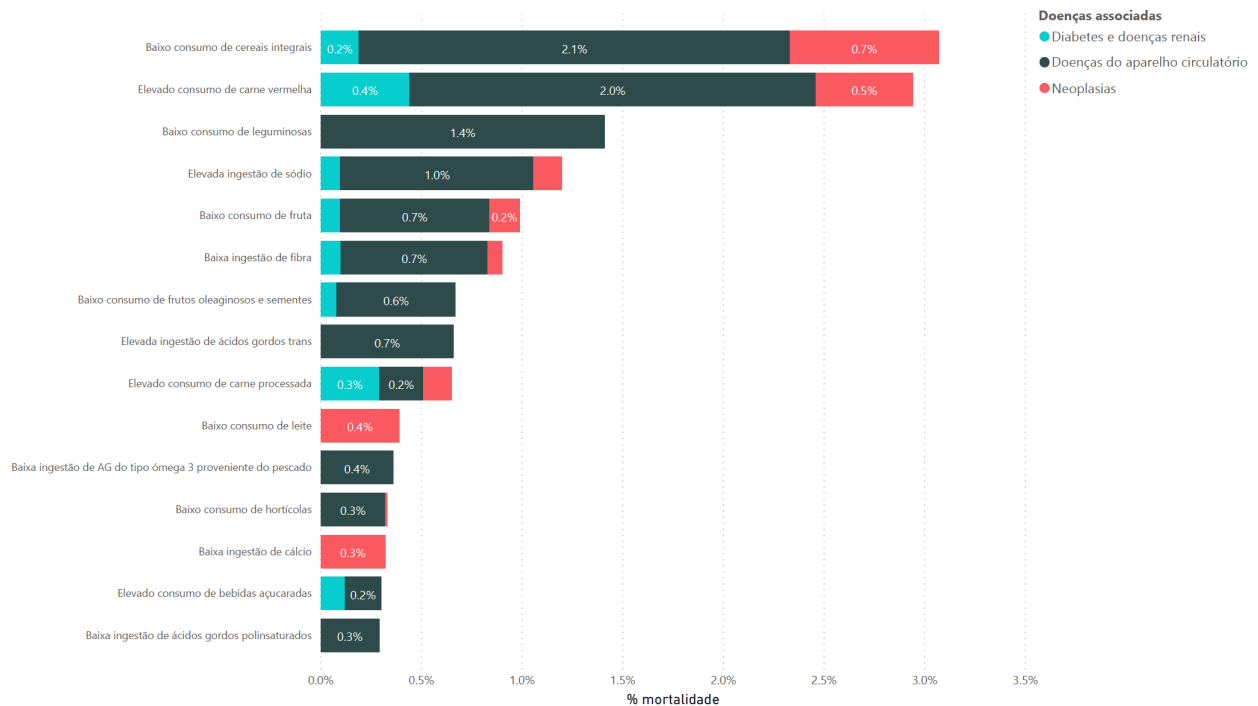


Figura 8. Percentagem do total de mortes por fator de risco alimentar e doença associada, 2019. Fonte: GBD 2019, IHME.

1.2 Alimentação inadequada em Portugal

Os dados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) de 2015-2016 permitiram fazer uma boa caracterização do consumo alimentar da população portuguesa, sendo que se verificaram percentagens de inadequação revelantes, por comparação às recomendações nutricionais e alimentares. Os resultados obtidos pelo IAN-AF 2015-2016, indicam diferenças significativas entre diferentes grupos etários da população portuguesa. Em particular, é no grupo das crianças e dos adolescentes que se verificam hábitos alimentares mais inadequados⁽⁶⁾.

Ao comparar o consumo alimentar estimado pelo IAN-AF 2015-2016 para a população portuguesa com as recomendações preconizadas pela Roda dos Alimentos Portuguesa, é possível concluir que o consumo de alimentos dos grupos “Fruta”, “Hortícolas” e “Leguminosas” se encontra abaixo dos valores recomendados (-9 p.p., -7 p.p. e - 2 p.p. respetivamente) e que, pelo contrário, o consumo de “Carne, pescado e ovos” encontra-se acima dos valores recomendados (+ 12 p.p.). De realçar também o contributo percentual de um conjunto de alimentos que não estão incluídos na Roda dos Alimentos. Os bolos, doces, bolachas, *snacks* salgados, pizzas, refrigerantes, néctares e bebidas alcoólicas representam cerca de 29% do consumo total⁽⁶⁾.

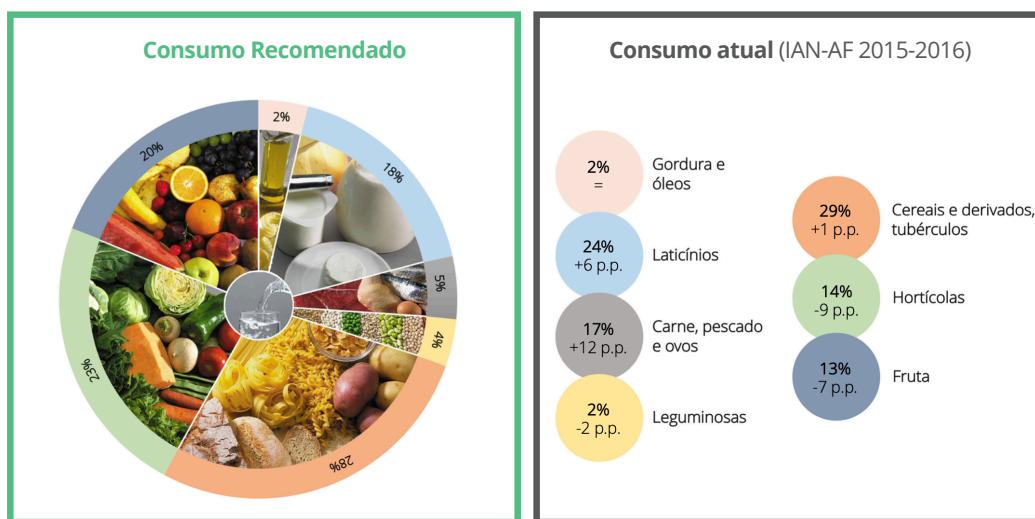


Figura 9. Comparação da distribuição percentual do consumo alimentar recomendado pela Roda dos Alimentos com o consumo alimentar estimado para a população portuguesa.

Fonte: IAN-AF 2015-2016.



Relativamente ao consumo de hortofrutícolas, verifica-se que cerca de 56% da população não cumpre as recomendações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (≥ 400 g/dia de fruta e produtos hortícolas). Analisando a percentagem de indivíduos que não adere à recomendação de consumo diário de pelo menos 400 g/dia de hortofrutícolas por faixas etárias, os dados revelam-se especialmente preocupantes no grupo das crianças e dos adolescentes, em que a prevalência de inadequação alcança os 72% e os 78%, respetivamente. Por outro lado, os idosos são o grupo populacional que consome em média maior quantidade de fruta e produtos hortícolas, perfazendo uma percentagem de consumo inadequado de 40%⁽⁶⁾.

O consumo médio diário de carnes processadas é de 26,0 g, ultrapassado largamente a recomendação para um consumo não superior a 50 g/semana. O consumo de mais de 100 g de carne vermelha verificou-se em 22,5% dos indivíduos (8,4% nas mulheres vs 40,2% nos homens; 16,3% nas crianças e 32,3% nos adolescentes)⁽⁶⁾.

Apesar de a água ter sido identificada, no IAN-AF 2015-2016, como a bebida mais consumida pela população portuguesa (869,8 g/dia), o consumo inadequado de refrigerantes e/ou néctares é uma realidade, principalmente na faixa etária dos adolescentes, em que o consumo diário alcança, em média, os 161 g/dia e a prevalência de consumo diário ≥ 220 g/dia é de 42%. Dos adolescentes que indicam consumir este grupo de bebidas, 25% bebe aproximadamente dois refrigerantes por dia. A nível nacional, a prevalência do seu consumo ≥ 220 g/dia foi de 18%, sendo o contributo dos refrigerantes superior ao dos néctares⁽⁶⁾.

As alterações nos padrões alimentares verificadas ao longo das últimas décadas caracterizam-se por um aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, sendo que diversos estudos (incluindo ensaios clínicos aleatorizados) têm mostrado uma associação entre o consumo destes alimentos e diferentes *outcomes* de saúde, nomeadamente relacionados com as doenças crónicas. Os estudos nesta área em Portugal são ainda escassos, mas recentemente foram publicados dados de uma subanálise do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 que permitem fazer uma descrição do consumo alimentos ultraprocessados na população portuguesa. Na população adulta em geral, os alimentos ultraprocessados contribuem para cerca de 24% da ingestão energética total diária, sendo os iogurtes e bebidas lácteas (3,4%), carnes processadas (3,2%), bolos industriais e sobremesas (3,2%) e pães industriais e tostas (2,8%) os alimentos ultraprocessados mais consumidos (23, 24). Analisando os dados relativos à contribuição dos alimentos ultraprocessados para a quantidade total de alimentos consumidos por faixa etária, conclui-se que este contributo é bastante significativo no que respeita às faixas etárias mais jovens (crianças e adolescentes), rondando os 22%. A contribuição destes alimentos decresce à medida que a idade aumenta, assumindo o valor mínimo na faixa etária dos maiores de 65 anos⁽²³⁾.

No que respeita à ingestão de macronutrientes, com base nos dados recolhidos pelo IAN-AF 2015-2016, o consumo médio total de energia diária é de 1910 kcal/dia, sendo no sexo feminino de 1635 kcal/dia e no sexo masculino de 2228 kcal/dia⁽⁶⁾.

A contribuição média para o valor energético total diário (VET) é de 19,9% de proteína, 46,6% de hidratos de carbono, 31,4% de gordura total e 2,1% de álcool para a população portuguesa. O contributo de gordura é superior nos adolescentes e adultos, o contributo de hidratos de carbono é superior nas crianças e nos adolescentes, enquanto o contributo do álcool é superior nos idosos⁽⁶⁾.



Relativamente à ingestão de micronutrientes, o IAN-AF 2015-2016 aponta para uma ingestão de sódio excessiva, com uma ingestão média diária de 2962 mg (equivalente a 7,4 g de sal), superior no sexo masculino. Na população portuguesa, 63,2% das mulheres e 88,9% dos homens apresentam uma ingestão de sódio acima do nível máximo recomendado pela OMS (5 g de sal/dia)⁽⁶⁾.

Mais ainda o IAN-AF 2015-2016 aponta para um défice de ingestão em relação às necessidades médias de cálcio e folato, sendo, no sexo feminino, de 60,0% e 66,2% respetivamente, e um défice relativamente menos acentuado no sexo masculino⁽⁶⁾.

A evidência aponta ainda para a presença de deficiência de iodo em populações de risco em Portugal, nomeadamente grávidas e lactantes ⁽²⁵⁻²⁸⁾ e crianças em idade escolar ⁽²⁹⁾. De facto, dois estudos que analisaram a iodúria reportaram uma elevada prevalência de deficiência de iodo entre as mulheres grávidas portuguesas, com apenas 17% ⁽²⁵⁾ e 9–24% ⁽²⁶⁾ a apresentar uma ingestão adequada de iodo. E um estudo transversal realizado no norte de Portugal em crianças em idade escolar (6-12 anos) reportou que 32% das crianças apresentavam níveis inadequados (< 100 µg/L) de iodo ⁽²⁹⁾.

As deficiências de micronutrientes continuam a ser um importante problema de saúde pública em todo o mundo e são consideradas um determinante para a carga global de doença, contribuindo para o aumento da morbilidade e mortalidade (30). As deficiências de ferro, vitamina A, iodo, folato e zinco são as deficiências mais comuns de micronutrientes em todo o mundo, particularmente em crianças e mulheres grávidas ^(31,32). Uma análise secundária do estudo GBD 2019 recentemente publicada, indicou que globalmente a prevalência padronizada para a idade de deficiência de iodo, de vitamina A e de ferro diminuiu entre 1999 e 2019, justificando a falta de dados de elevada qualidade, particularmente para a análise da prevalência de outras deficiências nutricionais, incluindo deficiências de zinco, cálcio, folato, vitamina B12 e vitamina C. A incidência padronizada para a idade e os DALYs seguiram a mesma tendência ao longo do tempo, que a prevalência padronizada para a idade. Pese embora a diminuição verificada na última década, o mesmo estudo evidenciou uma tendência mais recente para o aumento da prevalência de deficiências de alguns micronutrientes em vários países, mesmo em países desenvolvidos, como Portugal ⁽³³⁾. E refere que as tendências atuais para o aumento da prevalência da deficiência de iodo em alguns países desenvolvidos deve merecer a sua atenção.

Relativamente à ingestão de açúcares, de acordo com os dados do último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física – IAN-AF (2015-2016), 24,4% da população portuguesa apresenta um consumo de açúcares livres proveniente de alimentos dos grupos dos doces, refrigerantes, sumos de fruta naturais ou concentrados, bolos, bolachas, biscoitos, cereais de pequeno-almoço e cereais infantis, que contribui com mais do que 10% do valor energético total, ou seja apresenta um consumo de açúcares livres superior à recomendação da OMS⁽⁶⁾.

De acordo com os dados do COSI de 2016, em Portugal, 12,9% das crianças nunca foram amamentadas, 35,4% foi amamentada por um período inferior a 6 meses e 51,7% foram amamentadas durante pelo menos 6 meses. No que se refere ao aleitamento materno exclusivo, 55,0% das crianças foram amamentadas exclusivamente durante um período inferior a 6 meses, 21% durante um período superior, 16,8% nunca foram exclusivamente amamentadas e em 7,2% das crianças esta resposta era desconhecida ⁽³⁴⁾.



1.3. Excesso de peso, obesidade e outras formas de malnutrição em Portugal

1.3.1 Excesso de peso e obesidade

O excesso de peso (incluindo a obesidade) é um dos mais sérios problemas de saúde pública, sendo que a prevalência da obesidade quase que triplicou entre 1975 e a atualidade (Figura 10) ⁽³⁵⁾. Segundo o IAN-AF, 2015-2016, a prevalência de obesidade a nível nacional foi de 22,3%, superior no sexo feminino e com maior expressão nos indivíduos idosos. Relativamente à pré-obesidade a sua prevalência foi de 34,8%, superior no sexo masculino e, novamente, com maior expressão nos indivíduos idosos ⁽⁶⁾.

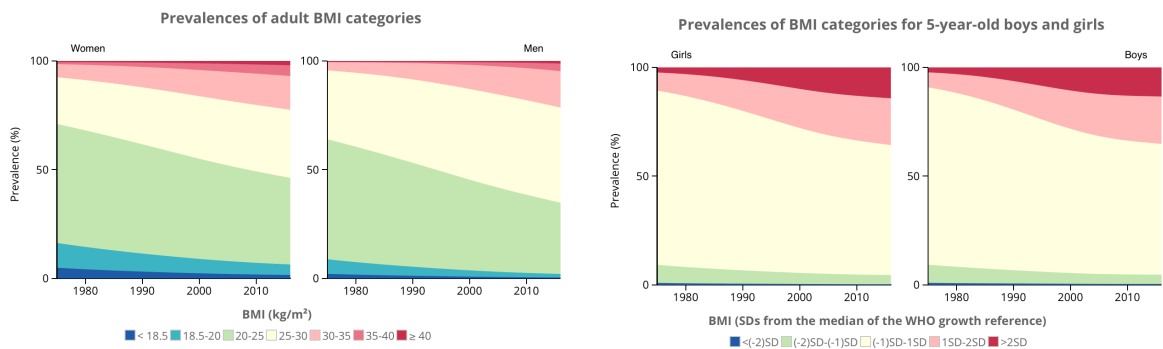


Figura 10. Evolução da prevalência de excesso de peso e obesidade em Portugal, entre 1980 e 2010.
Fonte: NCD Risk Factor Collaboration, 2017.

Portugal, no âmbito do estudo *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*, tem monitorizado, desde 2008, o excesso de peso e a obesidade nas crianças dos 6 aos 8 anos de idade. Em 2019, cerca de 29,6% e 12% das crianças portuguesas apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente. Ambas foram mais prevalentes nos rapazes (29,6%; 13,4%) do que nas raparigas (29,5%; 10,6%), respetivamente (Figura 11). Verificou-se também, que neste grupo etário a prevalência da obesidade aumenta com a idade. Entre 2008 e 2019, Portugal tem vindo a apresentar consistentemente um decréscimo da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil. De 2008 para 2019, verificou-se uma redução de 8,3 p.p. na prevalência de excesso de peso e de 3,3 p.p. na prevalência de obesidade ⁽³⁶⁾.

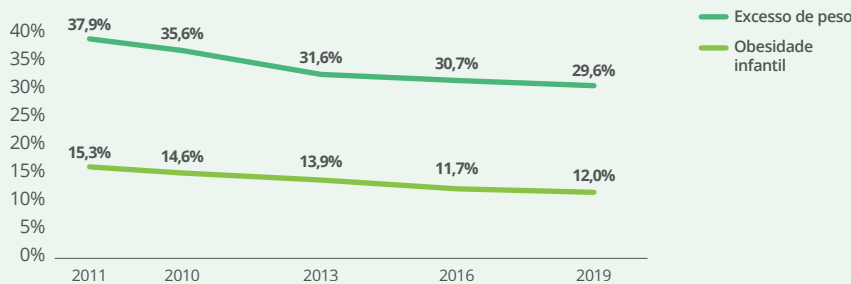


Figura 11. Prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade infantil (6-8 anos) em Portugal | 2008 - 2019.
Fonte: *Childhood Obesity Surveillance Initiative*, 2019.



ANEXOS

De acordo com a estimativa da OMS, em 2016, a prevalência de excesso de peso e de obesidade na população adulta portuguesa era inferior à média dos EU 13, EU 14 e à média dos países da região Europeia da OMS (Figuras 12-14)⁽¹⁸⁾.

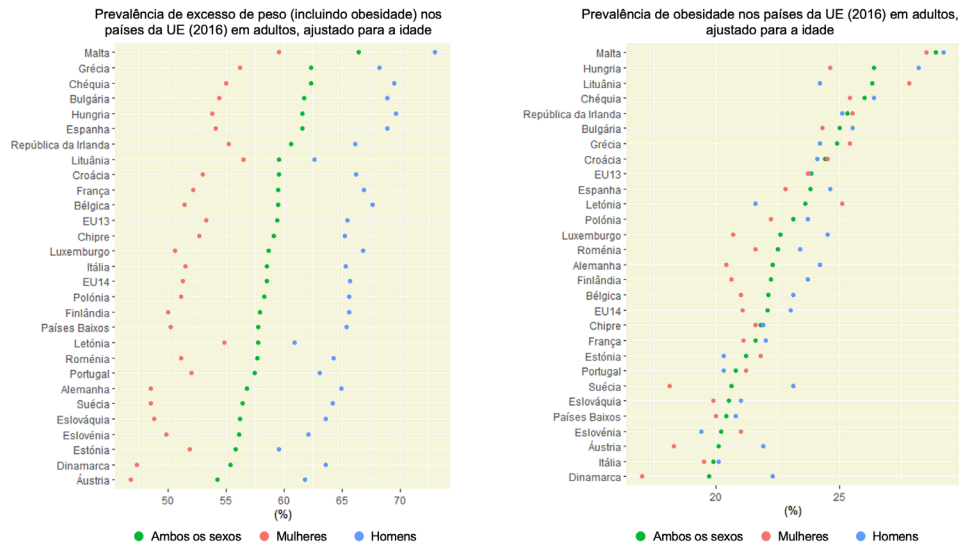


Figura 12. Prevalência padronizada (ajustada para a idade) de excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade em adultos nos países da UE | 2016.

Fonte: WHO European Regional Obesity Report 2022.

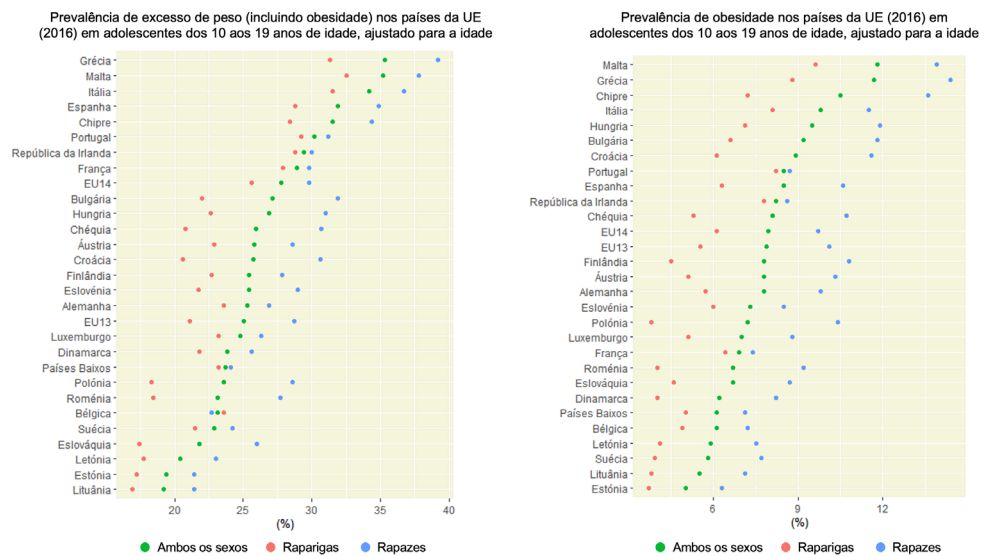


Figura 13. Prevalência padronizada (ajustada para a idade) de excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade em adolescentes dos 10 aos 19 anos nos países da UE | 2016.

Fonte: WHO European Regional Obesity Report 2022.



ANEXOS

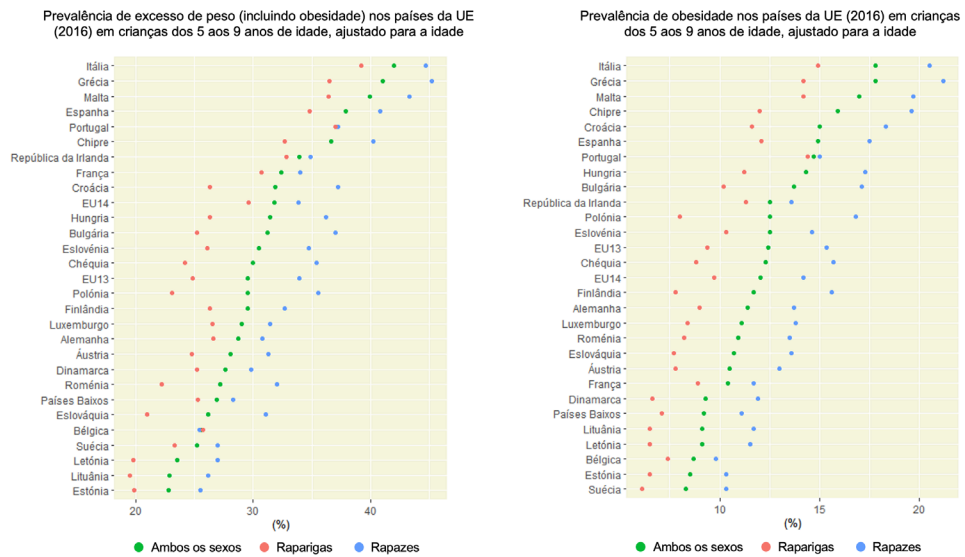


Figura 14. Prevalência padronizada (ajustada para a idade) de excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade (6-8 anos) em crianças dos 5 aos 10 anos nos países da UE | 2016.
Fonte: WHO European Regional Obesity Report 2022.

A obesidade está associada ao gradiente social, sendo mais prevalente nas classes sociais mais desfavorecidas e com níveis de escolaridade mais baixos. Em Portugal, esse efeito é manifestamente intenso. A prevalência de obesidade é cerca do triplo nos indivíduos com menor nível educacional (38,5% nos indivíduos com 4 ou menos anos de escolaridade vs 13,2% nos indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade)⁽⁶⁾.

A elevada prevalência da obesidade e doenças associadas apresenta também um impacto económico e social significativo, na medida em que o custo associado ao seu tratamento tem um elevado peso nas despesas em saúde e, por outro lado, estas doenças são também responsáveis por perdas importantes ao nível da produtividade. De acordo com o relatório *The Heavy Burden of Obesity – The Economics of Prevention* da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em Portugal, 10% da despesa total da saúde é utilizada para o tratamento de doenças relacionadas com o excesso de peso, uma percentagem superior à média dos países da OCDE (8,4%), valor que representa 3% do Produto Interno Bruto. De acordo com o mesmo relatório, estima-se que, entre 2020 e 2050, o excesso de peso e as doenças associadas, possam vir a contribuir para uma diminuição da esperança média de vida em cerca de 2,2 anos⁽³⁷⁾.

1.3.2 Risco nutricional

Os idosos são um grupo da população onde a deterioração do estado nutricional é frequente. Estudos recentes mostram que, em Portugal, a prevalência de idosos em risco nutricional ou com desnutrição varia entre 15,8% e 38,7% (38, 39). A evidência recente mostrou também que 11,2% dos idosos apresentavam sarcopenia e 1,2% pré-sarcopenia; 3 em cada 4 indivíduos apresentavam fragilidade (21,5%) ou pré-fragilidade (54,3%); menos de 1/3 dos indivíduos tinham um estado nutricional de vitamina D adequado (31%), existindo 40% com deficiência e 29% com estado nutricional inadequado desta vitamina e 16,3% estavam hipohidratados ou em risco de hipohidratação⁽³⁸⁾.



Em contexto hospitalar o risco nutricional é uma condição prevalente. De acordo com os dados do BI Hospitalar do Risco Nutricional de 2021, 27,8% dos doentes hospitalizados estavam em risco nutricional.

1.4. Insegurança alimentar

Em 2015-2016, dados da coorte EpiDoC (amostra representativa da população portuguesa) demonstravam que cerca de 19,3% dos agregados familiares portugueses encontravam-se numa situação de insegurança alimentar (14,0% insegurança alimentar ligeira, 3,5% insegurança alimentar moderada e 1,8% insegurança alimentar grave). Neste contexto, a insegurança alimentar pode ser definida como uma situação que existe quando se verificam dificuldades económicas no acesso aos alimentos. A prevalência de insegurança alimentar nas famílias monoparentais (26,4%) e nos agregados familiares com idosos (20,9%) foi superior à prevalência nacional (19,3%). Os inquiridos dos agregados familiares em insegurança alimentar (IA) apresentam uma menor percentagem de adesão considerada elevada à dieta mediterrânica face aos inquiridos dos agregados familiares com segurança alimentar (SA) (5,9% vs 13,1%). Os inquiridos dos agregados familiares com IA apresentaram prevalências elevadas de diversas doenças crónicas, tais como a hipertensão arterial (34,1% vs 22,5% nos inquiridos dos agregados familiares com SA), diabetes (15,2% vs 7,5% nos inquiridos dos agregados familiares com SA), colesterol elevado (33,6% vs 23,3% nos inquiridos dos agregados familiares com segurança alimentar), doenças cardiovasculares (12,6% vs 9,1% nos inquiridos dos agregados familiares com SA). No entanto, apenas a diabetes e as doenças reumáticas se encontram associadas de forma independente à insegurança alimentar. Sintomas de ansiedade e depressão foram também mais prevalentes nos inquiridos dos agregados familiares com IA ⁽⁴⁰⁾.

1.5. Impacto da pandemia COVID-19 nos hábitos alimentares e estado nutricional dos Portugueses

A pandemia COVID-19 fez-se acompanhar de desafios a vários níveis, com um impacto transversal em diversos aspetos da vida das pessoas, nomeadamente na saúde e em comportamentos relacionados com o seu estilo de vida. Os indicadores de saúde potencialmente agravados pela pandemia podem ser explicados por determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde (menor acesso a cuidados de saúde), determinantes sociais (aumento das desigualdades sociais e de situações de insuficiência económica) e determinantes ambientais (alterações em comportamentos relacionados com o estilo de vida e no ambiente obesogénico) ⁽⁴¹⁾. Por um lado, as medidas de confinamento e de contenção social, que foram utilizadas para evitar a expansão da COVID-19, tiveram implicações diretas e indiretas na alimentação. Por outro, a COVID-19 teve também impacto nos sistemas de saúde e no ambiente obesogénico ⁽⁴²⁻⁴⁴⁾. Neste sentido, importa referir e refletir sobre o impacto da pandemia de COVID-19 na alimentação e estado nutricional da população.

O impacto da COVID-19 nos hábitos alimentares em Portugal veio a confirmar-se através de um estudo desenvolvido nos anos de 2020 e 2021 pela Direção-Geral da Saúde, que teve como objetivo avaliar os comportamentos alimentares e de atividade física em contexto de contenção social ^(45, 46). Os resultados deste estudo revelaram que a pandemia COVID-19 parece ter contribuído para uma alteração nos hábitos alimentares de uma parte significativa da população nacional inquirida e que esse impacto se parece ter prolongado ao longo dos primeiros 12 meses da pandemia. Comparativamente ao período pré-pandemia, 36,8% da população inquirida reportou ter mudado os seus hábitos alimentares durante os primeiros 12 meses de pandemia (58,2% dos inquiridos teve a perceção de que mudou para melhor e 41,8% para pior). As razões para esta alteração parecem relacionar-se com 3 grandes fatores: 1) aumento das refeições realizadas em casa e/ou aumento do número de refeições cozinhadas, 2) alterações no apetite motiva-



das por razões emocionais e por último 3) alteração da frequência de idas às compras. As razões para estas alterações nos hábitos alimentares, muitas delas positivas, parecem relacionar-se essencialmente com a possibilidade de realizar mais refeições em casa ou com o número de refeições cozinhadas, mas outras de carácter eventualmente mais penalizador para a saúde podem relacionar-se com alterações no apetite motivadas por razões emocionais (fome hedónica) ⁽⁴⁶⁾. De facto, este estudo permitiu identificar dois padrões distintos de comportamento e consumo alimentar durante o período da pandemia COVID-19. Um padrão caracterizado por alterações de consumo alimentar que podemos considerar menos saudável, caracterizado por um aumento do consumo de (por ex. refeições pré-preparadas, *snacks* salgados, *snacks* doces, refrigerantes, enlatados, *take-away*) e/ou por uma diminuição do consumo de alimentos considerados mais saudáveis (ex. hortaliças e legumes, peixe, água). Este padrão alimentar menos saudável foi mais prevalente em inquiridos com mais dificuldades económicas e em risco de insegurança alimentar, bem como nos inquiridos que apresentam um nível elevado de “fome emocional”. Por oposição, foi identificado um padrão de comportamento alimentar mais saudável, no qual se destaca a diminuição do consumo de alimentos menos saudáveis (ex. refeições pré-preparadas, *snacks* salgados, *snacks* doces, refrigerantes, *take-away*, enlatados, bebidas alcoólicas) e/ou o aumento do consumo de outros, considerados mais saudáveis (ex. hortaliças e legumes, água, fruta). Parece importante sublinhar que durante o período pandémico analisado, a adoção de comportamentos alimentares mais saudáveis pareceu ser mais difícil de atingir nas populações mais jovens e desfavorecidas socioeconomicamente sugerindo que a nível alimentar, a crise pandémica tenha contribuído para agravar as desigualdades em saúde. Por fim, um em cada três portugueses manifestou preocupação quanto a possíveis dificuldades económicas no acesso aos alimentos e 12,3% indicou mesmo ter dificuldades económicas no acesso a alimentos, sugerindo que o impacto económico da COVID-19 também poderá ter afetado as condições de acesso aos alimentos ⁽⁴⁶⁾.

Os resultados deste estudo estão em linha com os resultados de estudos internacionais, que sugerem que durante o período da pandemia se tenha verificado um aumento da procura por alimentos não saudáveis, nomeadamente dados de revisões sistemáticas que confirmam esta mudança para comportamentos alimentares menos saudáveis pelos indivíduos, em particular o aumento da frequência de *snacking* e preferência por alimentos não saudáveis ricos em gorduras saturadas, açúcares e sal, em detrimento de alimentos saudáveis ^(47, 48). Outros estudos apontam também que em crianças e adolescentes se verificou uma diminuição da atividade física e o aumento do consumo de alimentos ricos em gordura, açúcar e sal durante a pandemia ⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾. Assim, a pandemia COVID-19 também poderá ter contribuído para reverter alguns dos ganhos em saúde obtidos através de políticas nutricionais e alimentares e de atividade física, devido a alterações desfavoráveis no padrão de consumo alimentar e de atividade física das populações ^(47, 48, 51, 52). De facto, estas mudanças para um ambiente mais obesogénico poderão ter contribuído para o ganho de peso observado durante a pandemia. A evidência a este nível ainda é escassa, mas os dados mais recentes da realidade americana revelaram que em comparação com o período pré-pandemia, a prevalência de obesidade no adulto aumentou cerca de 3% após o primeiro ano da pandemia de COVID-19 ⁽⁵³⁾. Já nas crianças e adolescentes, os dados mostraram um crescimento mais acelerado da prevalência da obesidade, em particular da obesidade infantil, após o início da pandemia. A taxa de aumento do IMC aproximadamente duplicou durante a pandemia em comparação com o período pré-pandemia. As crianças e adolescentes com excesso de peso ou obesidade pré-pandemia e crianças em idade escolar foram as que evidenciaram os maiores aumentos ⁽⁵⁴⁾.

Em paralelo, durante a pandemia COVID-19, foi-se avolumando a evidência científica que mostra o duplo impacto da malnutrição no curso da doença, pois quer a desnutrição quer o excesso de peso, obesidade e outras doenças crónicas associadas à alimentação inadequada, se mostraram fatores de risco para o agravamento da infeção por SARS-CoV-2 e para o aumento das consequências e complicações associadas. Os indivíduos com excesso de peso e



ANEXOS

obesidade têm sido desproporcionalmente afetados pelas consequências da COVID-19, com um risco aumentado de infecção pelo SARS-CoV-2 e pior prognóstico aquando da infecção (55). Meta-análises recentes ^(56, 57) demonstram que o excesso de peso e a obesidade aumentam o risco de hospitalização por COVID-19, estando a obesidade associada ao aumento do risco de mortalidade por COVID-19. Mais ainda, verificou-se uma relação linear dose-resposta entre as diferentes categorias de obesidade e a gravidade da doença por COVID-19 ⁽⁵⁶⁾.

Estes impactos da pandemia não podem ser desconsiderados e as lições aprendidas devem ser integradas no PNPAS para o próximo decénio. Assim, fica reforçada a importância da promoção da alimentação saudável e da prevenção e controlo de todas as formas de malnutrição (em particular do excesso de peso e obesidade), a necessidade de uma abordagem cada vez mais interdependente e integrada entre as doenças transmissíveis e não transmissíveis e a necessidade de ter sistemas de informação robustos e regulares, a decorrer em contínuo para que seja possível monitorizar o impacto de situações deste género nas necessidades de saúde da população e para que seja possível, de forma ágil, reorientar as estratégias de saúde, sempre que necessário.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden Disease Portugal 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020.
2. Global Burden of Disease Study 2015 Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2016. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
3. Direção-Geral da Saúde, Direção de Serviços de Informação e Análise. A Saúde dos Portugueses 2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Saúde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>
4. Direção-Geral da Saúde, Institute for Health Metrics and Evaluation. Portugal: The Nation's Health 1990–2016. An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results. Seattle, WA: IHME; 2018.
5. Barreto M, Gaio V, Kislaya I, Antunes L, Rodrigues AP, Silva AC, et al. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: INSA IP; 2016.
6. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física IAN-AF 2015-2016. Relatório de resultados. Porto: Universidade do Porto; 2017. Disponível em: www.ian-af.up.pt.
7. Rito A, Sousa RCd, Mendes S, Graça P. Childhood Obesity Surveillance Initiative. COSI Portugal 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2017. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4857/8/COSI%202016_V2_fev2018.pdf.
8. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU. Portugal Country Health Profile 2021. 2021.
9. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(3):220-9.
10. Malnick SDH, Knobler H. The medical complications of obesity. QJM. 2006; 99(9):565-79.
11. Brock JM, Billeter A, Müller-Stich BP, Herth F. Obesity and the Lung: What We Know Today. Respiration. 2020; 99(10):856-66.
12. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. New Engl J Med. 2017; 377(1):13-27.
13. Lauby-Secretan B, Scocciati C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K, et al. Body Fatness and Cancer - Viewpoint of the IARC Working Group. New Engl J Med. 2016; 375(8):794-98.
14. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. JAMA. 2003; 289(2):187-93.
15. Grover SA, Kaouache M, Rempel P, Joseph L, Dawes M, Lau DCW, et al. Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study. Lancet Diabetes Endo. 2015; 3(2):114-22.
16. Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. Lancet. 2009; 373(9669):1083-96.
17. Ackerman SE, Blackburn OA, Marchildon F, Cohen P. Insights into the Link Between Obesity and Cancer. Curr Obes Rep. 2017; 6(2):195-203.
18. World Health Organization. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
19. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L, et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. Ann Intern Med. 2003; 138(1):24-32.



ANEXOS

20. Al-Jawaldeh A, Abbass MMS. Unhealthy Dietary Habits and Obesity: The Major Risk Factors Beyond Non-Communicable Diseases in the Eastern Mediterranean Region. *Front Nutr.* 2022; 9:817808.
21. Gregório MJ, Sousa SM, Teixeira D, Ferreira B, Figueira I, Taipa M, et al. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde; 2020.
22. Freitas MdG, Quitério MdF, Garcia AC, Felício MM, Matos C, Martinho C, et al. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s e para tod@s. Versão preliminar para consulta pública. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2022.
23. Magalhães V, Severo M, Correia D, Torres D, Costa de Miranda R, Rauber F, et al. Associated factors to the consumption of ultra-processed foods and its relation with dietary sources in Portugal. *J Nutr Sci.* 2021; 10:e89.
24. Costa de Miranda R, Rauber F, de Moraes MM, Afonso C, Santos C, Rodrigues S, et al. Consumption of ultra-processed foods and non-communicable disease-related nutrient profile in Portuguese adults and elderly (2015-2016): the UPPER project. *Br J Nutr.* 2021; 125(10):1177-87.
25. Limbert E, Prazeres S, São Pedro M, Madureira D, Miranda A, Ribeiro M, et al. Iodine intake in Portuguese pregnant women: results of a countrywide study. *Eur J Endocrinol.* 2010; 163(4):631-5.
26. Costeira MJ, Oliveira P, Ares S, de Escobar GM, Palha JA. Iodine status of pregnant women and their progeny in the Minho Region of Portugal. *Thyroid.* 2009; 19(2):157-63.
27. Limbert E, Prazeres S, Madureira D, Miranda A, Ribeiro M, Abreu FS, et al. Aporte do iodo nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo.* 2012; 7(2):2-7.
28. Costeira MJ, Oliveira P, Ares S, Roque S, de Escobar GM, Palha JA. Parameters of thyroid function throughout and after pregnancy in an iodine-deficient population. *Thyroid.* 2010; 20(9):995-1001.
29. Costa Leite J, Keating E, Pestana D, Cruz Fernandes V, Maia ML, Norberto S, et al. Iodine Status and Iodised Salt Consumption in Portuguese School-Aged Children: The logeneration Study. *Nutrients.* 2017; 9(5)
30. HLPE. Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security. Rome; 2017.
31. Mannar V, Micha R. Global Nutrition Report: Action on equity to end malnutrition. Bristol, UK: Development Initiatives, Global Nutrition Report; 2020.
32. Tulchinsky TH. Correction to: micronutrient deficiency conditions: Global Health issues. *Public Health Reviews.* 2017; 38(1):25.
33. Han X, Ding S, Lu J, Li Y. Global, regional, and national burdens of common micronutrient deficiencies from 1990 to 2019: A secondary trend analysis based on the Global Burden of Disease 2019 study. *EClinicalMedicine.* 2022; 44:101299.
34. Rito AI, Buoncristiano M, Spinelli A, Salanave B, Kunešová M, Hejgaard T, et al. Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *Obes Facts.* 2019; 12(2):226-43.
35. NCD RiskC. 2017 NCD Risk Factor Collaboration. Country Profile - Portugal. 2017.
36. Rito A, Mendes S, Baleia J, Gregório MJo. Childhood Obesity Surveillance Initiative. COSI Portugal 2019. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2021.
37. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011.
38. Sousa-Santos AR, Afonso C, Borges N, Santos A, Padrão P, Moreira P, et al. Sarcopenia and Undernutrition Among Portuguese Older Adults: Results From Nutrition UP 65 Study. *Food Nutr Bull.* 2018; 39(3):487-92.



39. Madeira T, Peixoto-Plácido C, Sousa-Santos N, Santos O, Alarcão V, Goulão B, et al. Malnutrition among older adults living in Portuguese nursing homes: the PEN-3S study. *Public Health Nutr.* 2018;1-12.
40. Gregório MJ, Rodrigues AM, Graça P, de Sousa RD, Dias SS, Branco JC, et al. Food Insecurity Is Associated with Low Adherence to the Mediterranean Diet and Adverse Health Conditions in Portuguese Adults. *Front Public Health.* 2018; 6:38.
41. Chang D, Chang X, He Y, Tan KJK. The determinants of COVID-19 morbidity and mortality across countries. *Sci Rep.* 2022; 12(1):5888.
42. Yu W, Rohli KE, Yang S, Jia P. Impact of obesity on COVID-19 patients. *J Diabetes Complications.* 2021; 35(3):107817.
43. Nather K, Bolger F, DiModica L, Fletcher-Louis M, Salvador J, Pattou F, et al. The impact of COVID-19 on obesity services across Europe: A physician survey. *Clin Obes.* 2021; 11(5):e12474.
44. Clemmensen C, Petersen MB, Sorensen TIA. Will the COVID-19 pandemic worsen the obesity epidemic? *Nat Rev Endocrinol.* 2020; 16(9):469-70.
45. Gregório MJ, Mendes de Sousa S, Teixeira D, Ferreira B, Figueira I, Taipa M, et al. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2020. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde; 2020.
46. Gregório MJ, Mendes de Sousa S, Teixeira D, Ferreira B, Figueira I, Taipa M, et al. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2021. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saude; 2021.
47. Bakaloudi DR, Jeyakumar DT, Jayawardena R, Chourdakis M. The impact of COVID-19 lockdown on snacking habits, fast-food and alcohol consumption: A systematic review of the evidence. *Clin Nutr.* 2021.
48. Gonzalez-Monroy C, Gomez-Gomez I, Olarte-Sanchez CM, Motrico E. Eating Behaviour Changes during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(21).
49. Kovacs VA, Brandes M, Suesse T, Blagus R, Whiting S, Wickramasinghe K, et al. Are we underestimating the impact of COVID-19 on children's physical activity in Europe?-a study of 24 302 children. *Eur J Public Health.* 2022; 32(3):494-96.
50. Maltoni G, Zioutas M, Deiana G, Biserni GB, Pession A, Zucchini S. Gender differences in weight gain during lockdown due to COVID-19 pandemic in adolescents with obesity. *Nutr Metab Cardiovas.* 2021; 31(7):2181-85.
51. Pietrobelli A, Pecoraro L, Ferruzzi A, Heo M, Faith M, Zoller T, et al. Effects of COVID-19 Lockdown on Lifestyle Behaviors in Children with Obesity Living in Verona, Italy: A Longitudinal Study. *Obesity.* 2020; 28(8):1382-85.
52. Badesha HS, Bagri G, Nagra A, Nijran K, Singh G, Aiyegbusi OL. Tackling childhood overweight and obesity after the COVID-19 pandemic. *Lancet Child Adolesc Health.* 2021; 5(10):687-88.
53. Restrepo BJ. Obesity Prevalence Among U.S. Adults During the COVID-19 Pandemic. *Am J Prev Med.* 2022; 63(1):102-06.
54. Lange SJ, Kompaniyets L, Freedman DS, Kraus EM, Porter R, Blanck HM, et al. Longitudinal Trends in Body Mass Index Before and During the COVID-19 Pandemic Among Persons Aged 2-19 Years - United States, 2018-2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021; 70(37):1278-83.
55. Popkin BM, Du S, Green WD, Beck MA, Algaith T, Herbst CH, et al. Individuals with obesity and COVID-19: A global perspective on the epidemiology and biological relationships. *Obes Rev.* 2020; 21(11):e13128.
56. Raeisi T, Mozaffari H, Sepehri N, Darand M, Razi B, Garousi N, et al. The negative impact of obesity on the occurrence and prognosis of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) disease: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord.* 2022; 27(3):893-911.
57. Sawadogo W, Tsegaye M, Gizaw A, Adera T. Overweight and obesity as risk factors for COVID-19-associated hospitalisations and death: systematic review and meta-analysis. *BMJ Nutr Prev Health.* 2022; 5(1):10-18.



ANEXO D – ALINHAMENTO ENTRE O PNPAS E A AGENDA 2030 DA ONU PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

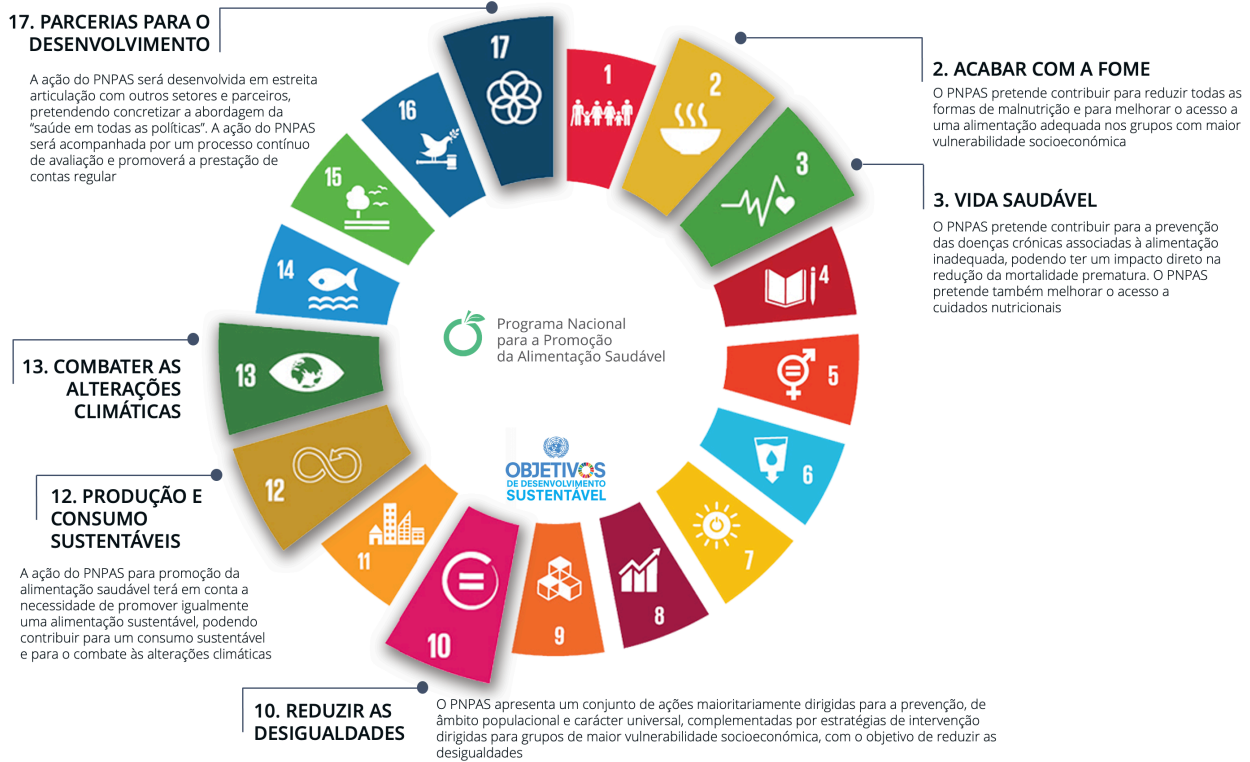


Figura 1. Alinhamento entre o PNPAS e a Agenda 2030 da ONU para o Desenvolvimento Sustentável.



ANEXO E – EVIDÊNCIA SOBRE A EFETIVIDADE, CUSTO-EFETIVIDADE E IMPACTO NA REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PREVENÇÃO E CONTROLO DA OBESIDADE

Esta revisão da literatura foi desenvolvida para apoiar a prossecução do desenvolvimento da Estratégia Nacional Alimentar e Nutricional construída pelo PNPAS. Assim, apresenta-se uma revisão da literatura sobre a efetividade de estratégias de intervenção de base populacional para a promoção da alimentação saudável e para a prevenção e controlo da obesidade.

Nota metodológica

Esta revisão da literatura teve por base o estudo conduzido pelo Instituto Sax, na Austrália ⁽¹⁾, que resume as estratégias de intervenção de base populacional efetivas na promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade. O estudo publicado pelo Instituto Sax sistematiza evidência de elevada qualidade, proveniente de revisões sistemáticas e meta-análises, bem como outras revisões relevantes de organismos internacionais e entidades públicas, publicadas entre 2016 e 2019.

A revisão da literatura teve ainda por base documentos estratégicos europeus e internacionais, nomeadamente o documento *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases* (2017) ⁽²⁾ da OMS, o estudo da OCDE *The Heavy Burden of Obesity* (2019) ⁽³⁾, bem como uma revisão conduzida pela Comissão Europeia - *Reviews of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity: objective area A2: effectiveness and efficiency of policies and interventions on diet and physical activity* (2018) ⁽⁴⁾.

Adicionalmente, complementou-se a evidência anterior utilizando a mesma expressão de pesquisa e os mesmos critérios de inclusão e exclusão do estudo australiano, e considerando revisões sistemáticas e meta-análises publicadas entre 2019 e 2022. A expressão de pesquisa utilizada foi a seguinte: conceito 1 (*intervention* OR program* OR policy OR policies*) AND conceito 2 (*healthy eating OR exercis* OR physical* active* OR obes**) AND conceito 3 (*effective**) AND conceito 4 (*systematic review**). No total, foram identificados 2903 artigos, dos quais 2814 foram excluídos após a análise do título. A análise do resumo completo foi realizada nos restantes 89 artigos. Destes, 51 foram excluídos por não se enquadrarem no tema ou por não cumprirem os critérios de inclusão. No final, foram incluídos 38 artigos nesta revisão da literatura.

A Tabela 2 descreve e resume a evidência da efetividade, custo-efetividade e impacto na redução das desigualdades sociais de estratégias de intervenção para a promoção da alimentação saudável e prevenção e controlo da obesidade. Encontra-se organizada em oito domínios: 1) Reformulação alimentar; 2) Rotulagem alimentar; 3) Restrição do marketing alimentar; 4) Políticas que influenciam os padrões alimentares através de informação e educação, incluindo a técnica do *nudging*; 5) Políticas de preços e incentivos; 6) Oferta alimentar em espaços públicos e outros locais; e 7) Cuidados de saúde e aconselhamento alimentar ao longo do ciclo de vida. Para cada um destes domínios apresenta-se um conjunto de estratégias de intervenção, para as quais se apresenta informação relativa à: sua efetividade, análise custo-efetividade, impacto na equidade (Tabela 1) e fontes da informação. Sempre que possível, a evidência relativa à efetividade foi apresentada de forma desagregada para o peso corporal e para as variáveis relacionadas com o consumo alimentar.



PRINCIPAIS RESULTADOS

Da análise dos resultados (Tabela 2), é possível verificar que:

- As intervenções que apresentam um maior nível de evidência quanto à sua efetividade, no que respeita ao consumo alimentar, e quanto à análise custo-efetividade são as políticas de reformulação dos produtos alimentares, a implementação de rotulagem nutricional interpretativa na parte da frente da embalagem e a taxação das bebidas açucaradas.
- As políticas relacionadas com a implementação de restrições do marketing alimentar, apesar de serem medidas pouco dispendiosas e estarem associadas a ganhos em saúde, carecem de evidência mais robusta quanto ao seu efeito no consumo alimentar, ainda que os resultados disponíveis apontem para um efeito provavelmente positivo.
- Ao analisar as intervenções com base no seu potencial para reduzir as desigualdades sociais em saúde, verifica-se que as restrições ao nível do marketing alimentar, algumas intervenções no domínio das políticas de preços e incentivos (subsídios ou redução de preço de alimentos saudáveis; estabelecimento de limites obrigatórios para os nutrientes de risco) e intervenções relacionadas com a promoção de uma oferta alimentar mais saudável em espaços públicos e outros locais (implementação de intervenções multicomponente nas escolas, no setor da restauração e no setor da distribuição) revelam um efeito potencialmente positivo.



ANEXOS

Tabela 1. **Classificação utilizada no impacto ao nível da redução das desigualdades sociais (impacto na equidade).**

IMPACTO NA EQUIDADE	DESCRIÇÃO
Potencialmente positivo	A evidência disponível, incluindo evidência direta e indireta (revisões que incluem investigação conduzida em laboratório, estudos de modelização e/ou estudos teóricos), permitiu identificar que a intervenção tem o potencial de reduzir as desigualdades sociais na saúde.
Inconclusivo	A evidência disponível é inconclusiva devido à existência de resultados ambíguos ou inconsistentes.
Neutro	A evidência disponível indica que a intervenção pode ter um efeito semelhante em todos os estratos sociais, pelo que se considera ter um impacto neutro na redução das desigualdades sociais na saúde.
Potencialmente negativo	A evidência disponível, incluindo evidência direta e indireta (revisões que incluem investigação conduzida em laboratório, estudos de modelização e/ou estudos teóricos), permitiu identificar que a intervenção tem o potencial de aumentar as desigualdades sociais na saúde.
Não disponível/ Não aplicável	O impacto da intervenção ao nível das desigualdades sociais não foi avaliado ou não é aplicável.

Fonte: Adaptado de Sacks G. et al, 2019⁽¹⁾.

Tabela 2. **Resumo da efetividade das intervenções em matéria de política alimentar e nutricional relacionadas com a prevenção da obesidade.**

INTERVENÇÃO	EFETIVIDADE	ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE (ACE)	IMPACTO NA EQUIDADE	EVIDÊNCIA DE BASE
Reformulação alimentar				
1. Implementação de políticas de reformulação	Peso corporal Não disponível. Consumo alimentar Forte evidência de que a reformulação dos produtos alimentares está associada à diminuição da ingestão energética (kcal), e consumo sal e açúcar (4). É necessária investigação sobre até que ponto a reformulação conduz à substituição de um ingrediente menos saudável por outro (4). Evidência moderada sobre o efeito no consumo - é necessária mais evidência para explorar até que ponto ocorre substituição por outros ingredientes menos saudáveis (4).	A reformulação alimentar destinada a reduzir o valor energético pode permitir poupar até 13,2 mil milhões de dólares (USD PPP) por ano em despesas de saúde (3). Atingir uma redução de 20% do valor energético total nos alimentos ricos em açúcar, sal, energia (kcal) e gordura saturada pode resultar em ganhos significativos para a saúde, conseguindo-se evitar até 1,1 milhões de casos de doença cardiovascular, diabetes e cancro por ano (3).	Não disponível.	<i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission (4)</i> <i>'The Heavy burden of obesity', OCDE (3)</i>
1a. Reformulação dos produtos alimentares para reduzir o teor de sal e definição de metas para o sal nos alimentos e refeições	Peso corporal Não disponível. Consumo alimentar Forte evidência de que a reformulação dos produtos está associada à diminuição do consumo de sal (4).	≤ 1\$100 por DALY evitados nos países de baixo e médio rendimento (2).	Não disponível.	<i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission (4)</i> <i>'Best-buys' da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas (2)</i>
1b. Substituição de ácidos gordos trans e de ácidos gordos saturados por ácidos gordos insaturados através da reformulação	Não disponível.	Não disponível.	Não disponível.	<i>'Best-buys' da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas (2)</i>



ANEXOS

INTERVENÇÃO	EFETIVIDADE	ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE (ACE)	IMPACTO NA EQUIDADE	EVIDÊNCIA DE BASE
1c. Legislação que proíba a utilização de ácidos gordos trans, de origem industrial, no setor alimentar	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar Existe uma forte evidência de que esta regulação pode reduzir a ingestão de ácidos gordos trans e evidência limitada dos seus benefícios a longo prazo para a saúde (diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares) (4)</p>	> 1\$100 por DALY evitados nos países de baixo e médio rendimento (2).	Não disponível.	<p><i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4)</p> <p>'Best-buys' da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas (2)</p>
2. Limitação do tamanho da porção e da embalagem para reduzir a ingestão energética e o risco de excesso de peso/obesidade	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar Existe alguma evidência de que a redução do tamanho das porções pode reduzir o consumo alimentar (4). Os pratos que permitirem o controlo do tamanho das porções foram utilizados principalmente no âmbito de intervenções multicomponentes, sendo a sua eficácia incerta quando utilizados como um recurso educativo autónomo ou de forma isolada enquanto ferramenta de controlo de porções (5).</p>	Não disponível.	Não disponível.	<p><i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4)</p> <p>'Best-buys' da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas (2)</p> <p>1 <i>scoping review</i> (5)</p>
Rotulagem alimentar				
1. Implementação de rotulagem nutricional	<p>Peso corporal Evidência limitada, mas sugestiva que associa a rotulagem alimentar a alterações no IMC (4).</p> <p>Consumo alimentar Forte evidência de que a rotulagem nutricional pode conduzir a uma maior consciencialização sobre as opções saudáveis (4). Resultados contraditórios sobre o efeito no consumo alimentar - o conhecimento da informação nutricional nem sempre influencia a escolha do consumidor (4).</p>	Evidência muito limitada sobre a relação custo-efetividade da rotulagem alimentar (4).	Não disponível.	<p><i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4)</p> <p>'Best-buys' da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas (2)</p>
2. Rotulagem nutricional na parte de trás da embalagem (ex: declaração nutricional)	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar Efeito positivo^a (ingestão energética) (1). Efeito positivo^a (diminuição da ingestão de gordura total) (1). Efeito positivo^a (consumo de hortícolas) (1). Efeito positivo^a (diminuição das opções pouco saudáveis) (1).</p>	Não disponível.	Potencialmente negativo (1)	1 revisão sistemática e meta-análise de ECRs ⁱ e outros estudos (6).
3. Rotulagem nutricional interpretativa na parte da frente da embalagem (ex: semáforo nutricional e sistemas de classificação por pontuação)	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar A rotulagem na parte da frente da embalagem, em particular o semáforo nutricional, foi identificada como a forma de rotulagem mais eficaz para transmitir informação nutricional e, em alguns casos, conduzir a alteração do comportamento alimentar dos consumidores (4).</p>	Elevada relação custo-efetividade (7). Pouco dispendiosa e promove ganhos em saúde ^a (1).	Neutro (1).	<p>1 revisão Cochrane (8)</p> <p>1 revisão sistemática de revisões sistemáticas (9)</p> <p>1 revisão sistemática de ECRs (10)</p> <p>2 revisões sistemáticas de ECRs e de outros estudos (11, 12)</p>



ANEXOS

INTERVENÇÃO	EFETIVIDADE	ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE (ACE)	IMPACTO NA EQUIDADE	EVIDÊNCIA DE BASE
	Efeito positivo ⁱ (escolha de opções saudáveis) (1). Efeito provavelmente positivo (conteúdo energético adquirido no momento da compra) ^v (1).			1 artigo original de análise de custo-efetividade (13) <i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4) 1 revisão narrativa (7)
3a. Implementação de rotulagem nutricional interpretativa na parte da frente da embalagem, acompanhada de medidas de educação alimentar dirigidas a adultos e crianças	Peso corporal Não disponível. Consumo alimentar Existe alguma evidência de que a conjugação da rotulagem com o fornecimento de informação sobre o contexto pode impulsionar a escolha do consumidor (4).	Não disponível.	Não disponível.	<i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4)
3b. Implementação de rotulagem nutricional na parte da frente da embalagem para reduzir o consumo de sal	Não disponível.	≤ 1\$100 por DALY evitados nos países de baixo e médio rendimento (2).	Não disponível.	'Best-buys' da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas (2)
3c. Implementação de avisos na parte da frente da embalagem ("FOP warnings")	Não disponível.	Elevada relação custo-efetividade (7).	Não disponível.	1 revisão narrativa (7)
4. Alegações nutricionais e de saúde em produtos alimentares embalados	Peso corporal Não disponível. Consumo alimentar Efeito inconclusivo (escolhas saudáveis e consumo alimentar) ^v (1).	Não disponível.	Potencialmente negativo (1)	3 revisões sistemáticas de ECRs e de outros estudos (6, 14, 15)
5. Informação nutricional nas ementas	Peso corporal Efeito inconclusivo ^v (IMC) (1). Consumo alimentar Efeito positivo ⁱ (formulação de produto) (1). Efeito provavelmente positivo ^{iv} (escolha de opções saudáveis) (1). Efeito provavelmente positivo (conteúdo energético da <i>fast-food</i> adquirida) ^{iv} (1). Evidência de baixa qualidade relativa ao consumo alimentar (4). Ementas que contenham informação sobre o valor energético podem reduzir a ingestão energética proveniente do consumo alimentar em restaurantes. (4). A informação nutricional nas ementas dos restaurantes pode ser integrada num conjunto mais alargado de intervenções para aumentar o impacto da intervenção ao nível da promoção de um consumo alimentar mais saudável da população (4). Evidência limitada sobre a eficácia da rotulagem de ementas em contextos reais (4). A presença de informação nutricional nas ementas pode ser mais eficaz em determinados contextos e entre grupos específicos da população (4).	A rotulagem de ementas tem o potencial de economizar até 13 mil milhões de dólares (USD PPP) entre 2020 e 2050 (3). Pouco dispendiosa e promove ganhos em saúde ⁱⁱⁱ (1).	Potencialmente negativo (1)	2 revisões sistemáticas de revisões sistemáticas (9, 16) 2 revisões sistemáticas de outros estudos (17, 18) 1 meta-análise (19) 1 artigo original de análise de custo-efetividade (13) <i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4)



ANEXOS

INTERVENÇÃO	EFETIVIDADE	ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE (ACE)	IMPACTO NA EQUIDADE	EVIDÊNCIA DE BASE
6. Informações nos pontos de venda	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar Forte evidência de que a presença de informação no ponto de venda pode influenciar o comportamento de compra dos consumidores (4).</p> <p>As intervenções no ponto de venda que identificam as opções saudáveis/ menos saudáveis podem levar a um comportamento de compra mais saudável por parte do consumidor, particularmente a presença de informação nas prateleiras de exposição dos produtos ou o acesso a informação através da consulta de aplicações digitais. (20).</p>	Não disponível.	Não disponível.	<p><i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4)</p> <p>1 revisão sistemática (20)</p>
Restrição do marketing alimentar				
1. Proibições e restrições do marketing	<p>Peso corporal Evidência limitada quanto à redução do peso/IMC (4).</p> <p>Consumo alimentar Evidência moderada para redução na compra (4). No geral, existe evidência moderadamente forte para suportar uma associação entre a proibição e restrição do marketing e a redução da compra de produtos alimentares nutricionalmente inadequados (4).</p> <p>Efeito provavelmente positivo (consumo alimentar)^v (1).</p>	Pouco dispendiosa e promove ganhos em saúde ⁱⁱⁱ (1).	Potencialmente positivo (1)	<p><i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4)</p> <p>1 meta-análise (21)</p> <p>1 artigo original de análise de custo-efetividade (13)</p>
1a. Implementação de restrições ao marketing dirigido a crianças de alimentos e bebidas não-alcoólicas não saudáveis	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar Evidência moderadamente forte para suportar uma associação entre a proibição e restrição do marketing e a redução da compra de produtos alimentares nutricionalmente inadequados entre as crianças (7, 22, 26).</p> <p>A evidência sugere que as políticas de marketing alimentar podem resultar na redução da compra de alimentos não saudáveis (25).</p> <p>A evidência sobre os efeitos ao nível do consumo alimentar e da modificação de produto é muito limitada (25).</p>	<p>Elevada relação custo-efetividade a longo prazo (7). Para maximizar a eficácia das restrições ao marketing de alimentos, a OMS sugere que as políticas (22):</p> <ul style="list-style-type: none"> - tenham caráter obrigatório; - protejam as crianças de todas as idades, incluindo as crianças com mais de 12 anos; - utilizem um modelo de perfil nutricional para classificar os alimentos a serem restringidos; - sejam suficientemente abrangentes para minimizar o risco de transição do marketing para outros canais, outros espaços dentro do mesmo canal ou outros grupos etários; - restrinjam o poder do marketing alimentar. 	Não disponível.	<p><i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4)</p> <p>1 revisão narrativa (7)</p> <p><i>WHO European Regional Obesity Report 2022</i> (22)</p> <p>Recomendação da Assembleia Mundial da Saúde (23)</p> <p><i>WHO Draft guideline on policies to protect children from the harmful impact of food marketing</i> (24)</p> <p>1 revisão sistemática (25)</p>
1b. Promoções	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar As promoções em supermercados, restaurantes e cafés podem influenciar com sucesso o comportamento alimentar a curto prazo (4, 8).</p>	Não disponível.	Não disponível.	<p><i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4)</p> <p>1 revisão sistemática (8)</p>



ANEXOS

INTERVENÇÃO	EFETIVIDADE	ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE (ACE)	IMPACTO NA EQUIDADE	EVIDÊNCIA DE BASE
1c. Estratégias de "product placement"	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar O "product placement" pode ser uma estratégia eficaz para influenciar o comportamento de compra dos consumidores, particularmente quando combinada com a rotulagem no ponto de venda (4).</p> <p>A disponibilização de alimentos mais saudáveis nas prateleiras superiores nas máquinas de venda automática foi eficaz para incentivar a compra e o consumo de alimentos e bebidas mais saudáveis em ambiente universitário (27).</p>	Não disponível.	Não disponível.	<p><i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission (4)</i></p> <p>1 revisão sistemática (27)</p>
Medidas capazes de influenciar comportamentos alimentares através da divulgação de informação, estratégias de educação alimentar e de nudging				
1. Campanhas nos meios de comunicação social	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar Evidência forte de que esta intervenção contribui para o aumento da consciencialização para a nutrição, mas a evidência é limitada no que toca à mudança de comportamento (4).</p> <p>O impacto na melhoria dos comportamentos alimentares saudáveis é moderado, mas ainda assim positivo (4).</p>	Não disponível.	Não disponível.	<p><i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission (4)</i></p>
1a. Implementação de uma campanha para a mudança de comportamento nos meios de comunicação social visando reduzir a ingestão de sal	Não disponível.	≤ 1\$100 por DALY evitados nos países de baixo e médio rendimento (2).	Não disponível.	'Best-buys' da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas (2)
1b. Implementação de uma campanha nos meios de comunicação social e meios digitais para reduzir a ingestão de gordura total, de ácidos gordos saturados, de açúcar, de sal e promover o consumo de fruta e hortícolas	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar As campanhas realizadas através dos meios de comunicação social (especialmente para aumentar o consumo de fruta e hortícolas e reduzir o consumo de sal) são eficazes na melhoria da qualidade do consumo alimentar (29).</p>	Não disponível.	Não disponível.	<p>'Best-buys' da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas (2)</p> <p><i>Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative, European Commission (28)</i></p> <p>1 revisão de guarda-chuva (29)</p>
2. Estratégias de nudging	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar Podem contribuir para a escolha de opções mais saudáveis e complementar outras intervenções, tais como as políticas de alimentação e nutrição em meio escolar e os procedimentos de compras públicas na área da alimentação que considerem os princípios de uma alimentação saudável (22).</p> <p>Os efeitos a longo prazo das estratégias de nudging na promoção do consumo de fruta e hortícolas são heterogéneos (29).</p>	Não disponível.	Não disponível.	<p><i>WHO European Regional Obesity Report 2022 (22)</i></p> <p>1 revisão de guarda-chuva (29)</p>



ANEXOS

INTERVENÇÃO	EFEETIVIDADE	ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE (ACE)	IMPACTO NA EQUIDADE	EVIDÊNCIA DE BASE
3. Estratégias de nudging em contexto escolar	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar Existe evidência de que as técnicas de <i>nudge</i> podem resultar em pequenas, mas significativas, mudanças na escolha alimentar (22). Os resultados da revisão sistemática indicam que a maior parte das intervenções que utilizaram estratégias de <i>nudging</i> foi capaz de modificar o comportamento dos clientes da cafetaria (77% dos estudos reportaram efeitos significativos) (30).</p>	Não disponível porém, a eficácia das técnicas de <i>nudge</i> é variável e depende do contexto em que são aplicadas e o custo relativamente baixo (22).	Não disponível.	<p>WHO European Regional Obesity Report 2022 (22)</p> <p>1 revisão sistemática (30)</p>
4. Aulas de culinária ou de desenvolvimento de competências na confecção dos alimentos nas escolas ou na comunidade	<p>Peso corporal Sem efeito (IMC)^a (1).</p> <p>Consumo alimentar Efeito provavelmente positivo (consumo alimentar)^a (1). As aulas de culinária são eficazes imediatamente após a intervenção de promoção do consumo de fruta e hortícolas, mas os efeitos a longo prazo são ambíguos (29).</p>	Não disponível.	Potencialmente negativo (1)	<p>1 revisão sistemática de ECRs e de outros estudos (31)</p> <p>1 revisão de guarda-chuva (29)</p>
5. Programas de mudança de comportamento nas escolas: aumento da exposição a alimentos saudáveis (por exemplo, através da utilização de cartazes), atividades para promover estilos de vida saudáveis, programas de apoio entre pares, normalmente com o envolvimento de professores e encarregados de educação	<p>Peso corporal Efeito inconclusivo (IMC)^a (1, 32). Embora a maioria dos estudos revele resultados positivos, alguns não verificaram diferenças no IMC entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo (33). Em intervenções que conjugaram a promoção da atividade física com a promoção da alimentação saudável verificaram-se resultados significativos (IMC) (33).</p> <p>Consumo alimentar Efeito inconclusivo^a (consumo alimentar) (1). As intervenções educativas são eficazes na melhoria dos comportamentos alimentares (evidência moderada) (42).</p>	Não disponível.	Potencialmente negativo (1)	<p>1 revisão Cochrane (8)</p> <p>3 revisões sistemáticas de ECRs (33-35)</p> <p>6 revisões sistemáticas de ECRs e de outros estudos (36-41)</p> <p>1 revisão sistemática de revisões sistemáticas (42)</p> <p>1 revisão sistemática e meta-análise (32)</p>
6. Intervenções que promovam lanches escolares saudáveis, incluindo orientações e formação orientada para a melhoria da qualidade da oferta alimentar dos lanches escolares	<p>Peso corporal Efeito inconclusivo^a (IMC) (1). É necessária investigação mais robusta para determinar o impacto na adiposidade das crianças (43).</p> <p>Consumo alimentar Efeito inconclusivo (consumo alimentar global, lanches saudáveis) (1). É necessária investigação mais robusta para determinar o impacto no consumo alimentar das crianças (43).</p>	Não disponível.	Potencialmente negativo (1)	<p>1 revisão sistemática de ECRs e de outros estudos (41)</p> <p>1 revisão sistemática e meta-análise (43)</p>
7. Estratégias para aumentar o consumo de hortícolas através da utilização ou alteração de factores hedónicos (ex: gosto, preferências, familiaridade)	<p>Peso corporal Não disponível.</p> <p>Consumo alimentar Efeito inconclusivo^a (consumo alimentar) (1, 45).</p>	Não disponível.	Neutro (1).	2 revisões sistemáticas (44, 45)



ANEXOS

INTERVENÇÃO	EFETIVIDADE	ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE (ACE)	IMPACTO NA EQUIDADE	EVIDÊNCIA DE BASE
<p>8. Ações que promovem a utilização adequada de tecnologias digitais (mHealth, eHealth), incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aplicações para smartphones - serviços de mensagens (ex: SMS) - videojogos - Tele-saúde 	<p>Peso corporal Efeito inconclusivo (IMC)^v (1, 46). A eficácia das aplicações de eHealth na implementação de intervenções de saúde para adultos/idosos é sustentada pela melhoria dos indicadores clínicos e antropométricos (47).</p> <p>Consumo alimentar Efeito inconclusivo (consumo alimentar saudável)^v (1). A intervenção baseada na integração tecnológica favoreceu mudanças na compra de alimentos saudáveis e aumentou o consumo de alimentos saudáveis (55). As intervenções mHealth e eHealth são eficazes no aumento do consumo de fruta e hortícolas (29, 58). Não houve evidência forte a favor da eficácia das aplicações móveis na melhoria dos comportamentos de saúde, incluindo os comportamentos alimentares (56). As intervenções baseadas na Internet melhoraram globalmente, de forma significativa, os comportamentos de risco (tabagismo, alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool e inatividade física), na população e a longo prazo (59). A gamificação pode ser eficaz na mudança de comportamento alimentar nos adolescentes a curto prazo (57).</p>	<p>O estudo de Cobiac et al. (48) incluiu a avaliação económica de 23 intervenções que visaram aumentar o consumo de fruta e hortícolas, seis das quais utilizaram uma componente de tele-saúde ou uma intervenção de eHealth (49). Apenas cinco das 23 intervenções apresentaram um limiar de custo-efetividade inferior a A\$50,000 por DALY e mesmo a intervenção mais eficaz pôde evitar apenas 5% da carga da doença atribuída a um consumo insuficiente de fruta e hortícolas (49).</p>	<p>Não disponível.</p>	<p>2 revisões sistemáticas de ECRs (50, 51) 3 revisões sistemáticas de ECRs e de outros estudos (52-54) 5 revisões sistemáticas (46, 49, 55-57) 1 revisão sistemática (58) 2 revisões sistemáticas e meta-análises (47, 59) 1 revisão de guarda-chuva (29)</p>

Políticas de preços e incentivos

<p>1. Taxação</p>	<p>Peso corporal Evidência fraca sobre o impacto na perda de peso (4).</p> <p>Consumo alimentar Evidência moderadamente forte sobre o efeito no consumo alimentar (4). Nota: ausência de estudos em contexto real nesta área.</p>	<p>Não disponível.</p>	<p>Não disponível.</p>	<p><i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4)</p>
<p>1a. Taxação de bebidas açucaradas</p>	<p>Peso corporal Efeito provavelmente positivo (IMC)^v (1). A implementação de uma taxa elevada sobre as bebidas açucaradas pode ser eficaz na redução a prevalência do excesso de peso/obesidade, especialmente se o imposto for específico para o volume de bebidas (60).</p> <p>Consumo alimentar Efeito positivo (ingestão energética)^v (1). A implementação de uma taxa elevada sobre as bebidas açucaradas pode ser eficaz na redução da compra e do consumo de bebidas açucaradas, especialmente se o imposto for específico para o volume de bebidas (60).</p>	<p>> 1\$100 por DALY evitados nos países de baixo e médio rendimento (2). Elevada relação custo-efetividade (7, 8). Pouco dispendiosa e promove ganhos em saúdeⁱⁱⁱ (1).</p>	<p>Neutro (1).</p>	<p>1 revisão sistemática de revisões sistemáticas (9) 2 revisões sistemáticas de outros estudos (61, 62) 1 artigo original de análise de custo-efetividade (13) <i>'Best-buys'</i> da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas (2) 1 revisão narrativa (7) 2 revisões sistemáticas (8, 60)</p>



ANEXOS

INTERVENÇÃO	EFETIVIDADE	ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE (ACE)	IMPACTO NA EQUIDADE	EVIDÊNCIA DE BASE
2. Subsídios / reduções de preços de alimentos saudáveis (por exemplo, fruta e hortícolas)	Peso corporal Efeito provavelmente positivo (estado nutricional e indicadores de saúde) ⁽¹⁾ . Consumo alimentar Subsídios para alimentos nutricionalmente equilibrados - evidência forte sobre o efeito no consumo alimentar (4, 63). Os subsídios para alimentos saudáveis e os incentivos fiscais aumentam o consumo de alimentos mais saudáveis (4, 29, 63). Os subsídios para alimentos saudáveis tendem a ser eficazes na modificação do comportamento alimentar (4, 63). Efeito provavelmente positivo (consumo de fruta e hortícolas, compra e consumo de alimentos saudáveis) ⁽¹⁾ .	Não disponível.	Potencialmente positivo (1)	<i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4) <i>'Best-buys'</i> da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas (2) 2 revisões sistemáticas (8, 63) 1 revisão sistemática de revisões sistemáticas (9) 1 revisão sistemática de ECRs e de outros estudos (64) 1 revisão de guarda-chuva (29)
3. Aplicação de impostos específicos sobre os produtos alimentares nutricionalmente inadequados (por exemplo, snacks doces e salgados, alimentos não saudáveis prontos a consumir)	Peso corporal Não disponível. Consumo alimentar Efeito provavelmente positivo (consumo alimentar) ⁽¹⁾ (1, 29).	Não disponível.	Neutro (1).	1 revisão sistemática de revisões sistemáticas (9) 1 revisão de guarda-chuva (29)
4. Estabelecimento de limites obrigatórios para os nutrientes de risco (ex: sal, ácidos gordos saturados e ácidos gordos trans, açúcares adicionados) em produtos de categorias alimentares específicas	Peso corporal Não disponível. Consumo alimentar Efeito positivo (ingestão de ácidos gordos <i>trans</i>) ⁽¹⁾ (1). Efeito positivo (redução do consumo de sal) ⁽¹⁾ (1).	Não disponível.	Potencialmente positivo (1)	2 revisões sistemáticas de ECRs e de outros estudos (65, 66)
Oferta alimentar em espaços públicos e outros locais				
1. Criação de um ambiente de apoio em instituições públicas tais como hospitais, escolas, locais de trabalho e lares de idosos, para permitir a oferta de opções com baixo teor de sódio	Não disponível.	≤ 1\$100 por DALY evitados nos países de baixo e médio rendimento (2).	Não disponível.	<i>'Best-buys'</i> da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas (2)
2. Melhoria do ambiente alimentar em meio escolar e outros estabelecimentos	Peso corporal Evidência limitada relativamente a alterações efetivas no IMC (4). As intervenções que combinam a promoção de uma alimentação saudável e a atividade física podem reduzir o risco de obesidade (IMC) em crianças pequenas dos 0 aos 5 anos de idade (67). Há evidência mais fraca resultante de um único estudo de que as intervenções alimentares podem ser benéficas (67). As intervenções realizadas em casa e as que envolveram pais/famílias foram eficazes na prevenção da obesidade infantil (IMC) (68). As mudanças no ambiente alimentar escolar poderão melhorar o IMC das crianças (69)	Não disponível.	Não disponível.	<i>Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity, European Commission</i> (4) 4 revisões sistemáticas (68, 70-72) 1 revisão Cochrane (67) 1 revisão sistemática e meta-análise (69)



ANEXOS

INTERVENÇÃO

EFETIVIDADE

ANÁLISE CUSTO- EFETIVIDADE (ACE)

IMPACTO NA EQUIDADE

EVIDÊNCIA DE BASE

INTERVENÇÃO	EFETIVIDADE	ANÁLISE CUSTO- EFETIVIDADE (ACE)	IMPACTO NA EQUIDADE	EVIDÊNCIA DE BASE
	<p>Consumo alimentar</p> <p>Forte evidência de que intensificar estratégias para a mudança de um determinado aspeto da alimentação, por exemplo sobre a melhoria da disponibilidade de fruta e hortícolas, pode levar a um aumento do consumo dos produtos em questão (4). No entanto, as intervenções para aumentar a disponibilidade de fruta e hortícolas podem ter menos sucesso no aumento do consumo de hortícolas (em relação ao consumo de fruta) (4). A redução do acesso a alimentos ricos em gordura, açúcar ou sal e/ou a promoção do consumo de alimentos alternativos “mais saudáveis”, por exemplo através da alteração da oferta alimentar das máquinas de venda automática, foi também identificada como uma estratégia eficaz para melhorar a ingestão nutricional dos alunos (4).</p> <p>As intervenções que modificam o ambiente escolar ou fornecem diferentes refeições ou lanches podem ser eficazes na melhoria dos padrões alimentares das crianças (ex: maior consumo de fruta e hortícolas), tanto a curto como a longo prazo (70). No entanto, é necessária mais investigação para avaliar a eficácia real das estratégias com abordagem multidisciplinar em contexto real (70).</p> <p>Foram poucos os estudos de elevada qualidade, com resultados objetivamente quantificáveis, que demonstraram de forma clara quais as estratégias que podem influenciar o consumo de água entre crianças pequenas dos 0 aos 5 anos de idade (71).</p> <p>Existe evidência limitada de que as intervenções destinadas exclusivamente a aumentar o consumo de água reduzem o consumo de bebidas açucaradas (72).</p> <p>As alterações no ambiente alimentar escolar podem melhorar o comportamento alimentar das crianças (69).</p>			
<p>3. Políticas para promoção de um ambiente alimentar saudável em contexto escolar (intervenção multicomponente) incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Orientações para refeitórios escolares;- Fornecimento direto de alimentos/bebidas saudáveis (por exemplo, programas de pequeno-almoço escolar);- Implementação de bebedouros;- Restrições ao marketing de alimentos inadequados nas escolas.	<p>Peso corporal</p> <p>Efeito inconclusivo (IMC)^a (1).</p> <p>A meta-análise sugeriu que as intervenções alimentares melhoraram o IMC, embora se tratem de resultados limitados devido à heterogeneidade e qualidade dos estudos incluídos (73).</p> <p>As intervenções realizadas em meio escolar (incluindo intervenções multicomponentes) influenciaram positivamente o estado nutricional (IMC) (74).</p> <p>Na América Latina, foram identificadas três intervenções multicomponentes eficazes (IMC) que combinaram atividades ambientais, educativas e de envolvimento dos pais (75).</p> <p>As intervenções alimentares conduzidas em meio escolar apresentam efeitos modestos na melhoria ou na manutenção do peso corporal (76).</p>	<p>Não disponível.</p>	<p>Potencialmente positivo (1)</p>	<p>2 revisões Cochrane (8, 77)</p> <p>2 revisões sistemáticas de revisões sistemáticas (42, 78)</p> <p>1 revisão sistemática de ECRs (79)</p> <p>5 revisões sistemáticas de ECRs e de outros estudos (36, 80-84)</p> <p>3 revisões sistemáticas (75, 76, 85)</p> <p>1 revisão sistemática e meta-análise (86)</p> <p>1 revisão sistemática e meta-análise de ECRs (73)</p>



ANEXOS

INTERVENÇÃO	EFETIVIDADE	ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE (ACE)	IMPACTO NA EQUIDADE	EVIDÊNCIA DE BASE
	<p>Consumo alimentar</p> <p>Efeito provavelmente positivo (consumo alimentar em meio escolar)^{iv} (1).</p> <p>Efeito inconclusivo (ingestão energética total diária)^v (1).</p> <p>Evidência limitada para a efetividade das intervenções multicomponentes na melhoria dos comportamentos alimentares (42).</p> <p>As intervenções multicomponentes conduzem provavelmente a um ligeiro aumento no consumo de fruta e hortícolas em crianças com 5 ou menos anos de idade (evidência de qualidade moderada) (77).</p> <p>As intervenções implementadas em meio escolar (incluindo intervenções multicomponentes) influenciaram o comportamento alimentar (consumo de fruta e hortícolas), mas o desenho da intervenção afetou a magnitude do efeito (74).</p> <p>No geral, as intervenções centradas na alimentação, adotando uma abordagem ambiental, parecem ser mais eficazes (74).</p> <p>As intervenções mais abrangentes (“<i>Comprehensive School Health</i>”) e centradas nas modificações das políticas de alimentação escolar demonstraram efeitos positivos significativos no consumo de fruta (86).</p> <p>As intervenções alimentares nas escolas têm efeitos favoráveis na melhoria dos hábitos alimentares (76).</p>			
<p>4. Intervenções multicomponentes em serviços de restauração e de alimentação (ex: refeitórios escolares, restaurantes, cafés e pontos de venda de refeições <i>take-away</i>) para promover escolhas mais saudáveis, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação de escolhas mais saudáveis e informação nutricional interpretativa no ponto de venda; - Maior destaque e apelo ao consumo de opções mais saudáveis; - Eliminação de produtos nutricionalmente inadequados e restrição do marketing associado; - Estratégias de preços que favorecem a escolha de produtos saudáveis e desincentivam a escolha de opções menos saudáveis; - Medidas que promovam a presença, por defeito, de opções alimentares saudáveis nos menus infantis. 	<p>Peso corporal</p> <p>Efeito provavelmente positivo^{iv} (1).</p> <p>Consumo alimentar</p> <p>Efeito positivo (comportamento alimentar)ⁱⁱ (1).</p> <p>As intervenções com abordagens comportamentais foram eficazes na modificação dos comportamentos das crianças (85). As abordagens mais promissoras envolveram a utilização de incentivos, a alteração das refeições por defeito e dos acompanhamentos do prato, bem como a modificação do ambiente físico (85).</p> <p>O fornecimento de informação de forma isolada (tamanho da porção recomendada na rotulagem na frente da embalagem, valor energético e outros componentes nutricionais da declaração nutricional) foi a abordagem menos eficaz (85).</p> <p>As intervenções conduzidas em restaurantes e refeitórios melhoraram o consumo de alimentos saudáveis, reduziram a ingestão de gordura e aumentaram a disponibilidade de ementas saudáveis, principalmente nas escolas (90).</p> <p>Existe evidência de que intervenções na cafetaria no local de trabalho e outras intervenções de apoio multicomponentes resultaram num maior consumo de fruta e hortícolas, melhor consumo alimentar, melhores resultados de saúde e maior venda de alimentos saudáveis (91).</p>	<p>Não disponível.</p>	<p>Potencialmente positivo (1)</p>	<p>1 revisão Cochrane (8)</p> <p>2 revisões sistemáticas de revisões sistemáticas (9, 16)</p> <p>4 revisões sistemáticas de ECRs e de outros estudos (18, 87-89)</p> <p>1 revisão sistemática e meta-análise (90)</p> <p>1 revisão sistemática (91)</p>



ANEXOS

INTERVENÇÃO	EFETIVIDADE	ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE (ACE)	IMPACTO NA EQUIDADE	EVIDÊNCIA DE BASE
5. Intervenções multicomponente em serviços no setor da distribuição (por exemplo, supermercados) para melhorar a informação nutricional e aumentar a acessibilidade e o destaque de opções mais saudáveis, incluindo a rotulagem nas prateleiras	Peso corporal Não disponível. Consumo alimentar Efeito provavelmente positivo (compra de alimentos mais saudáveis) ^v (1).	Pouco dispendiosa e promove ganhos em saúde ⁱⁱⁱ (1).	Potencialmente positivo (1)	1 revisão Cochrane (8) 1 revisão sistemática de revisões sistemáticas (9) 2 revisões sistemáticas de ECRs e de outros estudos (92, 93) 1 artigo original de análise de custo-efetividade (13)
6. Intervenções nutricionais baseadas no armazenamento, incluindo estratégias de preços de alimentos, combinadas com a promoção da saúde comunitária em localizações muito remotas:	Peso corporal Efeito provavelmente positivo (IMC) ^v (1). Consumo alimentar Efeito provavelmente positivo (consumo alimentar) ^v (1).	Não disponível.	Potencialmente positivo (1)	1 revisão sistemática de ECRs e de outros estudos (64)
7. Abertura de novas lojas de supermercados em zonas insuficientemente abastecidas	Peso corporal Efeito inconclusivo (IMC) ^v (1). Consumo alimentar Efeito inconclusivo (consumo alimentar) ^v (1).	Não disponível.	Inconclusivo (1).	2 revisões sistemáticas de ECRs e de outros estudos (94, 95)

Cuidados de saúde e aconselhamento alimentar ao longo do ciclo de vida

1. Implementação de políticas e práticas de promoção do aleitamento materno nos Cuidados de Saúde Primários	Peso corporal Efeito provavelmente positivo (prevenção da obesidade no início da vida) ^v (1). Consumo alimentar Não disponível.	Não disponível.	Não disponível.	1 revisão sistemática de ECRs e de outros estudos (96)
2. Aconselhamento para uma alimentação saudável e acompanhamento nutricional no período pré-concepcional e pré-natal	Peso corporal Efeito inconclusivo (IMC) ^v (1). Consumo alimentar Efeito provavelmente positivo (consumo de fruta e hortícolas; duração do aleitamento materno) ^v (1). Efeitos positivos no comportamento alimentar (aumento significativo do consumo de fruta e hortícolas) (98). Os estudos eficazes incluíram mHealth, aconselhamento, uma atividade de grupo ou uma combinação destes, sendo que os estudos mais eficazes incluíram intervenções realizadas por nutricionistas (98).	Não disponível.	Potencialmente positivo (1)	2 revisões sistemáticas de ECRs (96, 97) 1 revisão sistemática (98)

i. ECRs, ensaios clínicos randomizados.

ii. A evidência disponível demonstra um claro efeito positivo (favorável), baseado em resultados consistentes que indicam melhorias no resultado (outcome) avaliado (classificação da evidência adaptada de Sacks G. et al, 2019).

iii. A intervenção resulta em ganhos na saúde e é menos dispendiosa em comparação com a prática atual (Sacks G. et al, 2019).

iv. A evidência disponível indica que é provável existir um efeito positivo (favorável) no resultado (outcome) avaliado dos estudos analisados não sejam consistentes e/ou a intervenção não tenha sido bem avaliada (classificação da evidência adaptada de Sacks G. et al, 2019).

v. A evidência disponível é inconclusiva. Com base na evidência avaliada, não foi possível determinar uma tendência clara do efeito devido a resultados inconsistentes (classificação da evidência adaptada de Sacks G. et al, 2019).

vi. A evidência disponível indica que é provável que não exista qualquer efeito sobre o resultado (outcome) avaliado (classificação da evidência adaptada de Sacks G. et al, 2019).



ANEXOS

Foram ainda identificadas intervenções adicionais, que são recomendadas em documentos estratégicos da OMS e da Comissão Europeia, mas para as quais não foi possível identificar evidência robusta sobre a sua efetividade e a sua relação custo-efetividade (tabela 3).

Tabela 3. Outras medidas ou boas práticas recomendadas para a promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade.

INTERVENÇÃO

ROTULAGEM ALIMENTAR

1. Implementação de políticas que assegurem a adequada rotulagem dos alimentos destinados a lactentes e crianças pequenas (22).

RESTRIÇÃO DO MARKETING ALIMENTAR

1. Monitorização da exposição das crianças ao marketing digital de alimentos e bebidas (22).
2. Implementação de políticas relacionadas com a modificação dos ambientes alimentares digitais (comércio de alimentos online e aplicações de entrega de refeições) (22).
3. Estabelecimento de cooperação entre os Estados-Membros para reduzir o impacto do marketing transfronteiriço de alimentos não saudáveis (26).
4. Desenvolvimento de legislação para regular o marketing de alimentos destinados a lactentes e crianças pequenas, em conformidade com as recomendações da OMS (26).
5. Implementação de restrições ao marketing inadequado de produtos alimentares que competem com o leite materno, de acordo com o Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno (22).

POLÍTICAS DE PREÇOS E INCENTIVOS

1. Aplicação de impostos, de forma abrangente, a produtos alimentares que apresentam um perfil nutricional inadequado (22).

POLÍTICAS DE PREÇOS E INCENTIVOS

1. Promoção de ambientes alimentares saudáveis em escolas, instituições de acolhimento para crianças, eventos e espaços desportivos para crianças, assegurando que apenas são disponibilizados alimentos saudáveis (22, 26, 28).
2. Disponibilização de refeições gratuitas em locais públicos, nomeadamente escolas, creches, instalações desportivas para crianças, dirigidas em particular aos primeiros anos de escolaridade e a famílias com baixo rendimento (22).
3. Implementação de políticas de compras públicas de alimentos ou de serviços de alimentação, garantindo que todos os alimentos servidos ou vendidos em locais públicos contribuam para a promoção de uma alimentação saudável (22).
4. Definição de orientações de planeamento urbano (zoneamento/desertos alimentares, mobilidade suave, licenças de marketing, bebedouros/ fontes de água ...) (28).
5. Implementação de legislação sobre a localização geográfica e as condições de funcionamento dos pontos de venda de alimentos, de modo a melhorar o ambiente alimentar (22).
6. Limitação da existência de pontos de venda de alimentos não saudáveis nas proximidades dos estabelecimentos de ensino, de modo a reforçar os esforços conduzidos dentro das escolas para a promoção de uma alimentação saudável (22).
7. Implementação de medidas que promovam a saúde nos locais de trabalho, nomeadamente através da garantia de uma oferta alimentar adequada e da disponibilização de bebedouros (28).

CUIDADOS DE SAÚDE E ACONSELHAMENTO ALIMENTAR AO LONGO DO CICLO DE VIDA

1. Integração de estratégias de promoção da saúde e de prevenção da doença no sistema de saúde (28).
2. Implementação da Iniciativa “Hospitais Amigos dos Bebés” para apoiar as mães a amamentar os seus bebés e fornecer formação de suporte à amamentação para profissionais de saúde (22).
3. Promoção e apoio à amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida (22).

OUTRAS INTERVENÇÕES

1. Desenvolvimento e implementação de modelos de perfil nutricional que permitam identificar alimentos e bebidas não saudáveis (26, 28).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sacks G, Looi E, Cameron A, Backholer K, Strugnell C, Tran M, et al. Population-level strategies to support healthy weight: an Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute for Queensland Health. 2019.
2. World Health Organization. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization; 2017.
3. OECD. The Heavy Burden of Obesity. 2019.
4. European Commission - Directorate-General for Health and Food Safety. Reviews of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity: objective area A2 : effectiveness and efficiency of policies and interventions on diet and physical activity. Publications Office; 2018.
5. Jia SS, Liu Q, Allman-Farinelli M, Partridge SR, Pratten A, Yates L, et al. The Use of Portion Control Plates to Promote Healthy Eating and Diet-Related Outcomes: A Scoping Review. *Nutrients*. 2022; 14(4)
6. Shangguan S, Afshin A, Shulkin M, Ma W, Marsden D, Smith J, et al. A Meta-Analysis of Food Labeling Effects on Consumer Diet Behaviors and Industry Practices. *Am J Prev Med*. 2019; 56(2):300-14.
7. Lobstein T, Neveux M, Landon J. Costs, equity and acceptability of three policies to prevent obesity: A narrative review to support policy development. *Obes Sci Pract*. 2020; 6(5):562-83.
8. von Philipsborn P, Stratil JM, Burns J, Busert LK, Pfadenhauer LM, Polus S, et al. Environmental interventions to reduce the consumption of sugar-sweetened beverages and their effects on health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 6(6):Cd012292.
9. Roberts S, Pilard L, Chen J, Hirst J, Rutter H, Greenhalgh T. Efficacy of population-wide diabetes and obesity prevention programs: An overview of systematic reviews on proximal, intermediate, and distal outcomes and a meta-analysis of impact on BMI. *Obes Rev*. 2019; 20(7):947-63.
10. Allan J, Querstret D, Banas K, de Bruin M. Environmental interventions for altering eating behaviours of employees in the workplace: a systematic review. *Obes Rev*. 2017; 18(2):214-26.
11. Cecchini M, Warin L. Impact of food labelling systems on food choices and eating behaviours: a systematic review and meta-analysis of randomized studies. *Obes Rev*. 2016; 17(3):201-10.
12. Sacco J, Lillico HG, Chen E, Hobin E. The influence of menu labelling on food choices among children and adolescents: a systematic review of the literature. *Perspect Public Health*. 2017; 137(3):173-81.
13. Ananthapavan J, Sacks G, Brown V, Moodie M, Nguyen P, Veerman L, et al. Priority-setting for obesity prevention - The Assessing Cost-Effectiveness of obesity prevention policies in Australia (ACE-Obesity Policy) study. *PLoS One*. 2020; 15(6):e0234804.
14. Kaur A, Scarborough P, Rayner M. A systematic review, and meta-analyses, of the impact of health-related claims on dietary choices. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017; 14(1):93.
15. Oostenbach LH, Slits E, Robinson E, Sacks G. Systematic review of the impact of nutrition claims related to fat, sugar and energy content on food choices and energy intake. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):1296.
16. Wright B, Bragge P. Interventions to promote healthy eating choices when dining out: A systematic review of reviews. *Br J Health Psychol*. 2018; 23(2):278-95.
17. Sarink D, Peeters A, Freak-Poli R, Beauchamp A, Woods J, Ball K, et al. The impact of menu energy labelling across socioeconomic groups: A systematic review. *Appetite*. 2016; 99:59-75.
18. Hillier-Brown FC, Summerbell CD, Moore HJ, Routen A, Lake AA, Adams J, et al. The impact of interventions to promote healthier ready-to-eat meals (to eat in, to take away or to be delivered) sold by specific food outlets open to the general public: a systematic review. *Obes Rev*. 2017; 18(2):227-46.
19. Zlatevska N, Neumann N, Dubelaar C. Mandatory Calorie Disclosure: A Comprehensive Analysis of Its Effect on



- Consumers and Retailers. *Journal of Retailing*. 2018; 94:89-101.
20. Chan J, McMahon E, Brimblecombe J. Point-of-sale nutrition information interventions in food retail stores to promote healthier food purchase and intake: A systematic review. *Obes Rev*. 2021; 22(10):e13311.
 21. Brown V, Ananthapavan J, Veerman L, Sacks G, Lal A, Peeters A, et al. The Potential Cost-Effectiveness and Equity Impacts of Restricting Television Advertising of Unhealthy Food and Beverages to Australian Children. *Nutrients*. 2018; 10(5)
 22. World Health Organization - Regional Office for Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2022.
 23. World Health Assembly. Marketing of food and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010. [atualizado em: 2010]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3088>.
 24. World Health Organization. Draft guideline on policies to protect children from the harmful impact of food marketing (in public consultation). 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/Online-public-consultation-on-draft-guideline-on-policies-to-protect-children-from-the-harmful-impact-of-food-marketing>.
 25. Boyland E, McGale L, Maden M, Hounsoume J, Boland A, Jones A. Systematic review of the effect of policies to restrict the marketing of foods and non-alcoholic beverages to which children are exposed. *Obes Rev*. 2022; 23(8):e13447.
 26. European Commission - Directorate-General for Health and Food Safety. Review of scientific evidence and policies on nutrition and physical activity : a comprehensive review of the scientific evidence about the source of calories consumed and types and frequency of physical activity among Europeans. Publications Office of the European Union; 2019.
 27. Whatnall MC, Patterson AJ, Hutchesson MJ. Effectiveness of Nutrition Interventions in Vending Machines to Encourage the Purchase and Consumption of Healthier Food and Drinks in the University Setting: A Systematic Review. *Nutrients*. 2020; 12(3)
 28. European Commission. Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative. Luxembourg; 2022.
 29. Wolfenden L, Barnes C, Lane C, McCrabb S, Brown HM, Gerritsen S, et al. Consolidating evidence on the effectiveness of interventions promoting fruit and vegetable consumption: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2021; 18(1):11.
 30. Cesareo M, Sorgente A, Labra M, Palestini P, Sarcinelli B, Rossetti M, et al. The effectiveness of nudging interventions to promote healthy eating choices: A systematic review and an intervention among Italian university students. *Appetite*. 2022; 168:105662.
 31. Hasan B, Thompson WG, Almasri J, Wang Z, Lakis S, Prokop LJ, et al. The effect of culinary interventions (cooking classes) on dietary intake and behavioral change: a systematic review and evidence map. *BMC Nutrition*. 2019; 5(1):29.
 32. Saavedra Dias R, Barros AN, Silva AJ, Leitão JC, Narciso J, Costa AM, et al. The effect of school intervention programs on the body mass index of adolescents: a systematic review with meta-analysis. *Health Educ Res*. 2020; 35(5):396-406.
 33. Angawi K, Gaissi A. Systematic Review of Setting-Based Interventions for Preventing Childhood Obesity. *Biomed Res Int*. 2021; 2021:4477534.
 34. Downing KL, Hnatiuk JA, Hinkley T, Salmon J, Hesketh KD. Interventions to reduce sedentary behaviour in 0-5-year-olds: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Sports Med*. 2018; 52(5):314-21.
 35. Finch M, Jones J, Yoong S, Wiggers J, Wolfenden L. Effectiveness of centre-based childcare interventions in increasing child physical activity: a systematic review and meta-analysis for policymakers and practitioners. *Obes Rev*. 2016; 17(5):412-28.
 36. Ward DS, Welker E, Choate A, Henderson KE, Lott M, Tovar A, et al. Strength of obesity prevention interventions in early care and education settings: A systematic review. *Prev Med*. 2017; 95 Suppl:S37-s52.



37. Calvert S, Dempsey RC, Povey R. Delivering in-school interventions to improve dietary behaviours amongst 11- to 16-year-olds: A systematic review. *Obes Rev.* 2019; 20(4):543-53.
38. Hnatiuk JA, Brown HE, Downing KL, Hinkley T, Salmon J, Hesketh KD. Interventions to increase physical activity in children 0-5 years old: a systematic review, meta-analysis and realist synthesis. *Obes Rev.* 2019; 20(1):75-87.
39. Kornet-van der Aa DA, Altenburg TM, van Randerdaad-van der Zee CH, Chinapaw MJ. The effectiveness and promising strategies of obesity prevention and treatment programmes among adolescents from disadvantaged backgrounds: a systematic review. *Obes Rev.* 2017; 18(5):581-93.
40. Owen MB, Curry WB, Kerner C, Newson L, Fairclough SJ. The effectiveness of school-based physical activity interventions for adolescent girls: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2017; 105:237-49.
41. Sisson SB, Krampe M, Anundson K, Castle S. Obesity prevention and obesogenic behavior interventions in child care: A systematic review. *Prev Med.* 2016; 87:57-69.
42. Capper TE, Brennan SF, Woodside JV, McKinley MM. What makes interventions aimed at improving dietary behaviours successful in the secondary school environment? A systematic review of systematic reviews. *Public Health Nutr.* 2022:1-50.
43. Nathan N, Janssen L, Sutherland R, Hodder RK, Evans CEL, Booth D, et al. The effectiveness of lunchbox interventions on improving the foods and beverages packed and consumed by children at centre-based care or school: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019; 16(1):38.
44. Appleton KM, Hemingway A, Saulais L, Dinnella C, Monteleone E, Depezay L, et al. Increasing vegetable intakes: rationale and systematic review of published interventions. *Eur J Nutr.* 2016; 55(3):869-96.
45. Sawada K, Wada K, Shahrook S, Ota E, Takemi Y, Mori R. Social marketing including financial incentive programs at worksite cafeterias for preventing obesity: a systematic review. *Syst Rev.* 2019; 8(1):66.
46. Yau KW, Tang TS, Görges M, Pinkney S, Kim AD, Kalia A, et al. Effectiveness of Mobile Apps in Promoting Healthy Behavior Changes and Preventing Obesity in Children: Systematic Review. *JMIR Pediatr Parent.* 2022; 5(1):e34967.
47. Robert C, Erdt M, Lee J, Cao Y, Naharudin NB, Theng YL. Effectiveness of eHealth Nutritional Interventions for Middle-Aged and Older Adults: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2021; 23(5):e15649.
48. Cobiac LJ, Vos T, Veerman JL. Cost-effectiveness of interventions to promote fruit and vegetable consumption. *PLoS One.* 2010; 5(11):e14148.
49. Brown V, Tran H, Downing KL, Hesketh KD, Moodie M. A systematic review of economic evaluations of web-based or telephone-delivered interventions for preventing overweight and obesity and/or improving obesity-related behaviors. *Obes Rev.* 2021; 22(7):e13227.
50. McCarroll R, Eyles H, Ni Mhurchu C. Effectiveness of mobile health (mHealth) interventions for promoting healthy eating in adults: A systematic review. *Prev Med.* 2017; 105:156-68.
51. Direito A, Carraça E, Rawstorn J, Whittaker R, Maddison R. mHealth Technologies to Influence Physical Activity and Sedentary Behaviors: Behavior Change Techniques, Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Behav Med.* 2017; 51(2):226-39.
52. Cotie LM, Prince SA, Elliott CG, Ziss MC, McDonnell LA, Mullen KA, et al. The effectiveness of eHealth interventions on physical activity and measures of obesity among working-age women: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2018; 19(10):1340-58.
53. Klassen KM, Douglass CH, Brennan L, Truby H, Lim MSC. Social media use for nutrition outcomes in young adults: a mixed-methods systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018; 15(1):70.
54. Buckingham SA, Williams AJ, Morrissey K, Price L, Harrison J. Mobile health interventions to promote physical activity and reduce sedentary behaviour in the workplace: A systematic review. *Digit Health.* 2019; 5:2055207619839883.



55. Lim SY, Lee KW, Seow WL, Mohamed NA, Devaraj NK, Amin-Nordin S. Effectiveness of Integrated Technology Apps for Supporting Healthy Food Purchasing and Consumption: A Systematic Review. *Foods*. 2021; 10(8)
56. Milne-Ives M, Lam C, De Cock C, Van Velthoven MH, Meinert E. Mobile Apps for Health Behavior Change in Physical Activity, Diet, Drug and Alcohol Use, and Mental Health: Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020; 8(3):e17046.
57. Yoshida-Montezuma Y, Ahmed M, Ezezika O. Does gamification improve fruit and vegetable intake in adolescents? a systematic review. *Nutr Health*. 2020; 26(4):347-66.
58. Mandracchia F, Llauradó E, Tarro L, Del Bas JM, Valls RM, Pedret A, et al. Potential Use of Mobile Phone Applications for Self-Monitoring and Increasing Daily Fruit and Vegetable Consumption: A Systematized Review. *Nutrients*. 2019; 11(3)
59. Tzelepis F, Mitchell A, Wilson L, Byrnes E, Haschek A, Leigh L, et al. The Long-Term Effectiveness of Internet-Based Interventions on Multiple Health Risk Behaviors: Systematic Review and Robust Variance Estimation Meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2021; 23(12):e23513.
60. Itria A, Borges SS, Rinaldi AEM, Nucci LB, Enes CC. Taxing sugar-sweetened beverages as a policy to reduce overweight and obesity in countries of different income classifications: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2021; 24(16):5550-60.
61. Backholer K, Sarink D, Beauchamp A, Keating C, Loh V, Ball K, et al. The impact of a tax on sugar-sweetened beverages according to socio-economic position: a systematic review of the evidence. *Public Health Nutr*. 2016; 19(17):3070-84.
62. Teng AM, Jones AC, Mizdrak A, Signal L, Genç M, Wilson N. Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2019; 20(9):1187-204.
63. An R. Effectiveness of subsidies in promoting healthy food purchases and consumption: a review of field experiments. *Public Health Nutr*. 2013; 16(7):1215-28.
64. Gwynn J, Sim K, Searle T, Senior A, Lee A, Brimblecombe J. Effect of nutrition interventions on diet-related and health outcomes of Aboriginal and Torres Strait Islander Australians: a systematic review. *BMJ Open*. 2019; 9(4):e025291.
65. Downs SM, Bloem MZ, Zheng M, Catterall E, Thomas B, Veerman L, et al. The Impact of Policies to Reduce trans Fat Consumption: A Systematic Review of the Evidence. *Curr Dev Nutr*. 2017; 1(12)
66. Hyseni L, Elliot-Green A, Lloyd-Williams F, Kyridemos C, O'Flaherty M, McGill R, et al. Systematic review of dietary salt reduction policies: Evidence for an effectiveness hierarchy? *PLoS One*. 2017; 12(5):e0177535.
67. Brown T, Moore TH, Hooper L, Gao Y, Zayegh A, Ijaz S, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 7(7):Cd001871.
68. Flynn AC, Suleiman F, Windsor-Aubrey H, Wolfe I, O'Keefe M, Poston L, et al. Preventing and treating childhood overweight and obesity in children up to 5 years old: A systematic review by intervention setting. *Matern Child Nutr*. 2022; 18(3):e13354.
69. Pineda E, Bascunan J, Sassi F. Improving the school food environment for the prevention of childhood obesity: What works and what doesn't. *Obes Rev*. 2021; 22(2):e13176.
70. Andueza N, Navas-Carretero S, Cuervo M. Effectiveness of Nutritional Strategies on Improving the Quality of Diet of Children from 6 to 12 Years Old: A Systematic Review. *Nutrients*. 2022; 14(2)
71. Craddock AL, Poole MK, Agnew KE, Flax C, Plank K, Capdarest-Arest N, et al. A systematic review of strategies to increase drinking-water access and consumption among 0- to 5-year-olds. *Obes Rev*. 2019; 20(9):1262-86.
72. Dibay Moghadam S, Krieger JW, Loudon DKN. A systematic review of the effectiveness of promoting water intake to reduce sugar-sweetened beverage consumption. *Obes Sci Pract*. 2020; 6(3):229-46.
73. Long Q, Zhang T, Chen F, Wang W, Chen X, Ma M. Effectiveness of dietary interventions on weight outcomes in



- childhood: a systematic review meta-analysis of randomized controlled trials. *Transl Pediatr.* 2021; 10(4):701-14.
74. Chaudhary A, Sudzina F, Mikkelsen BE. Promoting Healthy Eating among Young People-A Review of the Evidence of the Impact of School-Based Interventions. *Nutrients.* 2020; 12(9)
 75. Chavez RC, Nam EW. School-based obesity prevention interventions in Latin America: A systematic review. *Rev Saude Publica.* 2020; 54:110.
 76. Wethington HR, Finnie RKC, Buchanan LR, Okasako-Schmucker DL, Mercer SL, Merlo C, et al. Healthier Food and Beverage Interventions in Schools: Four Community Guide Systematic Reviews. *Am J Prev Med.* 2020; 59(1):e15-e26.
 77. Hodder RK, O'Brien KM, Stacey FG, Tzelepis F, Wyse RJ, Bartlem KM, et al. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 2019(11)
 78. Cauchi D, Glonti K, Petticrew M, Knai C. Environmental components of childhood obesity prevention interventions: an overview of systematic reviews. *Obes Rev.* 2016; 17(11):1116-30.
 79. Black AP, D'Onise K, McDermott R, Vally H, O'Dea K. How effective are family-based and institutional nutrition interventions in improving children's diet and health? A systematic review. *BMC Public Health.* 2017; 17(1):818.
 80. Bramante CT, Thornton RLJ, Bennett WL, Zhang A, Wilson RF, Bass EB, et al. Systematic Review of Natural Experiments for Childhood Obesity Prevention and Control. *Am J Prev Med.* 2019; 56(1):147-58.
 81. Colley P, Myer B, Seabrook J, Gilliland J. The Impact of Canadian School Food Programs on Children's Nutrition and Health: A Systematic Review. *Can J Diet Pract Res.* 2019; 80(2):79-86.
 82. Micha R, Karageorgou D, Bakogianni I, Trichia E, Whitsel LP, Story M, et al. Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2018; 13(3):e0194555.
 83. Panter J, Tanggaard Andersen P, Aro AR, Samara A. Obesity Prevention: A Systematic Review of Setting-Based Interventions from Nordic Countries and the Netherlands. *J Obes.* 2018; 2018:7093260.
 84. Adom T, De Villiers A, Puoane T, Kengne AP. School-Based Interventions Targeting Nutrition and Physical Activity, and Body Weight Status of African Children: A Systematic Review. *Nutrients.* 2019; 12(1)
 85. Chambers T, Segal A, Sassi F. Interventions using behavioural insights to influence children's diet-related outcomes: A systematic review. *Obes Rev.* 2021; 22(2):e13152.
 86. Dabravolskaj J, Montemurro G, Ekwaru JP, Wu XY, Storey K, Campbell S, et al. Effectiveness of school-based health promotion interventions prioritized by stakeholders from health and education sectors: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med Rep.* 2020; 19:101138.
 87. Arno A, Thomas S. The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2016; 16(1):676.
 88. Broers VJV, De Breucker C, Van den Broucke S, Luminet O. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of nudging to increase fruit and vegetable choice. *Eur J Public Health.* 2017; 27(5):912-20.
 89. Gordon K, Dynan L, Siegel R. Healthier Choices in School Cafeterias: A Systematic Review of Cafeteria Interventions. *J Pediatr.* 2018; 203:273-79.e2.
 90. Mandracchia F, Tarro L, Llauradó E, Valls RM, Solà R. Interventions to Promote Healthy Meals in Full-Service Restaurants and Canteens: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 2021; 13(4)
 91. Naicker A, Shrestha A, Joshi C, Willett W, Spiegelman D. Workplace cafeteria and other multicomponent interventions to promote healthy eating among adults: A systematic review. *Prev Med Rep.* 2021; 22:101333.
 92. Adam A, Jensen JD. What is the effectiveness of obesity related interventions at retail grocery stores and supermarkets? -a systematic review. *BMC Public Health.* 2016; 16(1):1247.
 93. Cameron A, Charlton E, Ngan W, Sacks G. A Systematic Review of the Effectiveness of Supermarket-Based Interventions



ANEXOS

- tions Involving Product, Promotion, or Place on the Healthiness of Consumer Purchases. *Current Nutrition Reports*. 2016; 5
94. Abeykoon AH, Engler-Stringer R, Muhajarine N. Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2017; 20(12):2236-48.
 95. Olstad DL, Ancilotto R, Teychenne M, Minaker LM, Taber DR, Raine KD, et al. Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*. 2017; 18(7):791-807.
 96. Blake-Lamb TL, Locks LM, Perkins ME, Woo Baidal JA, Cheng ER, Taveras EM. Interventions for Childhood Obesity in the First 1,000 Days A Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2016; 50(6):780-89.
 97. Redsell SA, Edmonds B, Swift JA, Siriwardena AN, Weng S, Nathan D, et al. Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood. *Matern Child Nutr*. 2016; 12(1):24-38.
 98. Beulen YH, Super S, de Vries JHM, Koelen MA, Feskens EJM, Wagemakers A. Dietary Interventions for Healthy Pregnant Women: A Systematic Review of Tools to Promote a Healthy Antenatal Dietary Intake. *Nutrients*. 2020; 12(7)



ANEXO F – MODELO CONCEPTUAL DO PNPAS 2022-2030

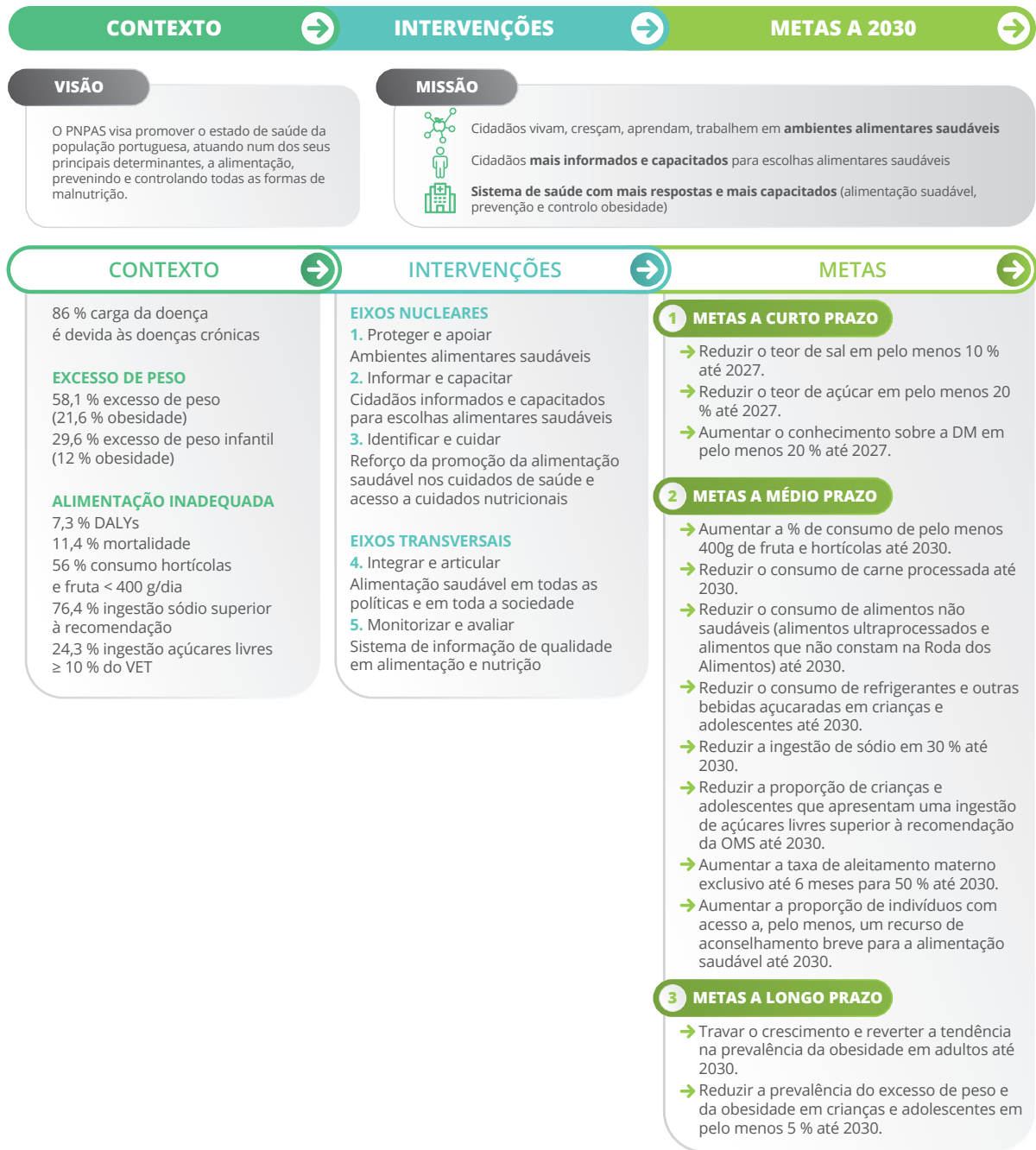


Figura 1. Modelo conceptual do PNPAS 2022-2030.

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500 | Fax: +351 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

