REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

Programa Regional para a Promoção da Alimentação Saudável 2018-2020

plano regional de
SAÚDE AÇORES

Siglas e Acrónimos

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative
DRS	Direção Regional da Saúde
H	Homem
IAN-AF	Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
IMC	Índice de Massa Corporal
InReS	Inquérito Regional de Saúde dos Açores
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSEF	Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
M	Mulher
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHYSA	Portuguese Hypertension and Salt Study
PRPAS	Programa Regional para a Promoção da Alimentação Saudável
RAA	Região Autónoma dos Açores
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SISA	Serviço de Informação de Saúde dos Açores
SRS	Serviço Regional de Saúde
SVCRJ	Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco em Jovens
USI	Unidade de Saúde de Ilha
VET	Valor Energético Total
YRBSS	Youth Risk Behavior Surveillance System

Índice

1. Introdução 7

2. Hábitos alimentares e estado nutricional da população Açoriana 9

2.1. Ingestão nutricional 9

2.2. Consumo alimentar 11

2.3. Perfil do consumo de sal e álcool 14

2.3.1. Consumo de sal 14

2.3.2. Consumo de álcool 15

2.4. Hábitos alimentares em adolescentes: Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco em Jovens (SVCRJ) 2015-2016 19

2.5. Insegurança alimentar 21

2.6. Estado nutricional da população 22

2.6.1. Vigilância nutricional infantil - COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*) 22

2.6.2. População adulta 23

2.7. Morbilidade por patologias relacionadas com alimentação inadequada 27

2.7.1. Evolução do número de utentes com diagnóstico de obesidade ou excesso de peso nas USI 27

2.7.2. Diabetes *Mellitus* 27

2.7.3. Hipertensão arterial 28

2.7.4. Dislipidémia 30

3. Objetivos e ações programáticas 2018 – 2020 31

4. Monitorização do impacto das ações/medidas propostas 35

Índice de Figuras

Figura 1. Ingestão energética média (kcal/dia) por região (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população Portuguesa. 9

Figura 2. Ingestão de energia total, macronutrientes, álcool e fibra, para o total nacional e para a RAA (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população Portuguesa. 10

Figura 3. Contributo percentual médio de macronutrientes e álcool para o valor energético total diário (IAN-AF 2015-2016), ajustado para a variabilidade intra-individual, para o total nacional e RAA, ponderado para a distribuição da população Portuguesa. 11

Figura 4. Média do consumo habitual de grupos de alimentos, para o total nacional e RAA, ponderado para a distribuição da população Portuguesa (IAN-AF 2015-2016). 12

Figura 5. Distribuição da prevalência de inadequação de consumo fruta e produtos hortícolas (<400g/dia) por região (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população Portuguesa. 13

Figura 6. Prevalência de não consumo diário de fruta e vegetais por região (população com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos), 2015. 14

Figura 7. População geral (15-64 anos), nacional e RAA: Prevalências de consumo de alguma bebida alcoólica ao longo da vida, nos últimos 12 meses e últimos 30 dias, 2001/2007/2012. 16

Figura 8. População geral (18 anos), nacional e RAA: Prevalências de consumo de alguma bebida alcoólica ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, 2015..... 17

Figura 9. Características do consumo de álcool dos alunos do 6º ao 8ºano e do 9º ao 12º ano que participaram no SVCRJ 2015-2016, RAA. 18

Figura 10. Percentagem de alunos de acordo com a perceção do corpo e do peso, SVCRJ 2015-2016, RAA. 20

Figura 11. Percentagem de alunos do 6º e 8º ano e do 9º ao 12º ano que estão a tentar perder peso, SVCRJ 2015-2016, RAA. 20

Figura 12. Hábitos alimentares dos alunos do 6º ao 8ºano e do 9º ao 12º ano que participaram no SVCRJ 2015-2016, RAA. 21

Figura 13. Proporção da população com 20 ou mais anos com pré-obesidade ou obesidade por grupo etário, RAA, 2014. 26

Figura 14. Proporção da população com 20 ou mais anos com pré-obesidade ou obesidade por nível de escolaridade, RAA, 2014. 26

Figura 15. Evolução do número de utentes com diagnóstico obesidade ou excesso de peso nas USI, RAA, 2014-2016. 27

Índice de Quadros

Quadro 1. Estado nutricional das crianças da RAA e Portugal, de acordo com o critério da OMS (2008, 2010, 2013, 2016). 23

Quadro 2. Prevalência de excesso de peso e obesidade na RAA, de acordo com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e do Inquérito Nacional de Saúde 2014..... 24

Quadro 3. Prevalências de categorias de índice de massa corporal, por região, ponderadas para a distribuição da população Portuguesa, de acordo com os resultados do IAN-AF 2015-2016. 25

Quadro 4. Prevalências de categorias de risco muito aumentado de perímetro da cintura e perímetro da cintura-anca a em adultos, por região, ponderadas para a distribuição da população Portuguesa, de acordo com os resultados do IAN-AF 2015-2016..... 25

Quadro 5. Resultados sobre prevalência de diabetes na RAA em alguns estudos - INS 2005/2006; PREVADIAB 2009; Inquérito Regional de Saúde 2014; INS 2014; INSEF 2015. 28

Quadro 6. Prevalência de hipertensão arterial na RAA, de acordo com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e do Inquérito Nacional de Saúde 2014..... 29

1. INTRODUÇÃO

O excesso de peso e a obesidade constituem atualmente um grave problema de saúde pública a nível nacional e particularmente a nível regional considerando, nomeadamente, os dados de vários estudos em que a Região Autónoma dos Açores (RAA) tem vindo a participar/desenvolver, destacando-se, em termos de hábitos alimentares inadequados dos açorianos, o consumo mais elevado de refrigerantes e néctares[1] e os consumos mais baixos de fruta, hortícolas e água[1,2], comparativamente às médias nacionais.

A prevalência de excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) na RAA é também das mais elevadas do país, tendo-se encontrado os seguintes resultados nos diferentes estudos:

- Inquérito Regional de Saúde dos Açores 2014[3] (InReS Açores 2014):
  - RAA: 64%
- Inquérito Nacional de Saúde 2014[4] (INS 2014):
  - RAA: 56,5%
  - Nacional: 52,8%
- Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico[5] (INSEF 2015):
  - RAA: 70,4%
  - Nacional: 67,6%
- Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física[1] (IAN-AF 2015-2016):
  - RAA: 61,7%
  - Nacional: 57%

Neste contexto, o Governo Regional, consciente da necessidade de definir políticas que visem melhorar o estado nutricional e de saúde da população açoriana, entendeu como prioritárias a

[1] Lopes, C. et al. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório)*. Universidade do Porto. Disponível em https://ian-af.up.pt/resultados, consultado a 7 de junho de 2017.
[2] Cordeiro, E.; Santos, J.; Antunes, L. et al. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico: determinantes de saúde*. INSA, IP: Lisboa. Disponível em http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/3837, consultado a 19 de junho de 2017
[3] SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional da Saúde. Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf, consultado a 19 de junho de 2017.
[4] INE, I. P. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2 , consultado a 19 de junho de 2017.
[5] Marta, B. et al. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa: INSA, IP. Disponível em http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/1INSEFrelat%C3%B3rio.aspx, consultado a 15 de junho de 2017.

definição e implementação de um conjunto de ações intersectoriais, na perspetiva de concretizar o objetivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) da "saúde em todas as políticas"[6], integradas e alinhadas com o Plano Regional de Saúde 2014/2016 – Extensão 2020 bem como com os desígnios e recomendações do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável[7,8,9], e que se traduzem no presente Programa Regional para a Promoção da Alimentação Saudável 2018-2020.

Pretende-se, desta forma, modificar os hábitos alimentares inadequados dos cidadãos, capacitando-os para a tomada de decisões informadas acerca da escolha dos alimentos e práticas culinárias saudáveis, promovendo não só o combate ao excesso de peso e obesidade, mas também contribuindo para a prevenção e controlo de outras doenças relacionadas com este fator de risco como a diabetes, a hipertensão arterial ou as doenças oncológicas. No presente Programa são também contempladas medidas que visam a melhoria da qualificação e do modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar.

Para um melhor enquadramento do Programa Regional para a Promoção da Alimentação Saudável 2018-2020 procedeu-se à caracterização dos hábitos alimentares e do estado nutricional dos cidadãos açorianos, prévia à definição dos objetivos e ações programáticas para o período 2018-2020, bem como dos indicadores para a monitorização do impacto das ações/medidas propostas.

---

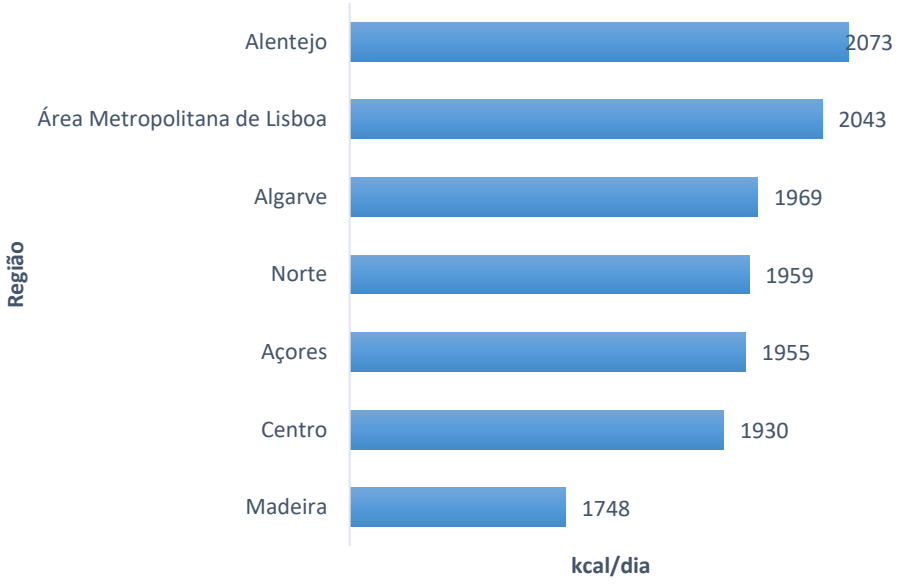
[6] WHO (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf?ua=1, consultado a 15 de junho de 2017.
[7] PNPAS (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em http://www.ordemdosnutricionistas.pt/documentos/PNPAS_DGS2017.pdf, consultado a 3 de agosto de 2017.
[8] *Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável* (2017). Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/Estratégia-integrada-para-a-Promoção-da-Alimentação-Saudável.pdf, consultado a 3 de agosto de 2017.
[9] Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2016). *Portugal – Alimentação Saudável em números – 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em http://www.ordemdosnutricionistas.pt/imagens/noticias/Portugal_-_Alimentacao_Saudavel_em_Numeros_2015.pdf, consultado a 4 de julho de 2017.

2. HÁBITOS ALIMENTARES E ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO AÇORIANA

2.1. Ingestão nutricional

O IAN-AF 2015-2016 revelou que, para o total nacional, o consumo médio de energia é de 1912 kcal/dia. Na RAA, a ingestão energética média é de 1955 kcal/dia (Figura 1).

Figura 1. Ingestão energética média (kcal/dia) por região (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população Portuguesa.

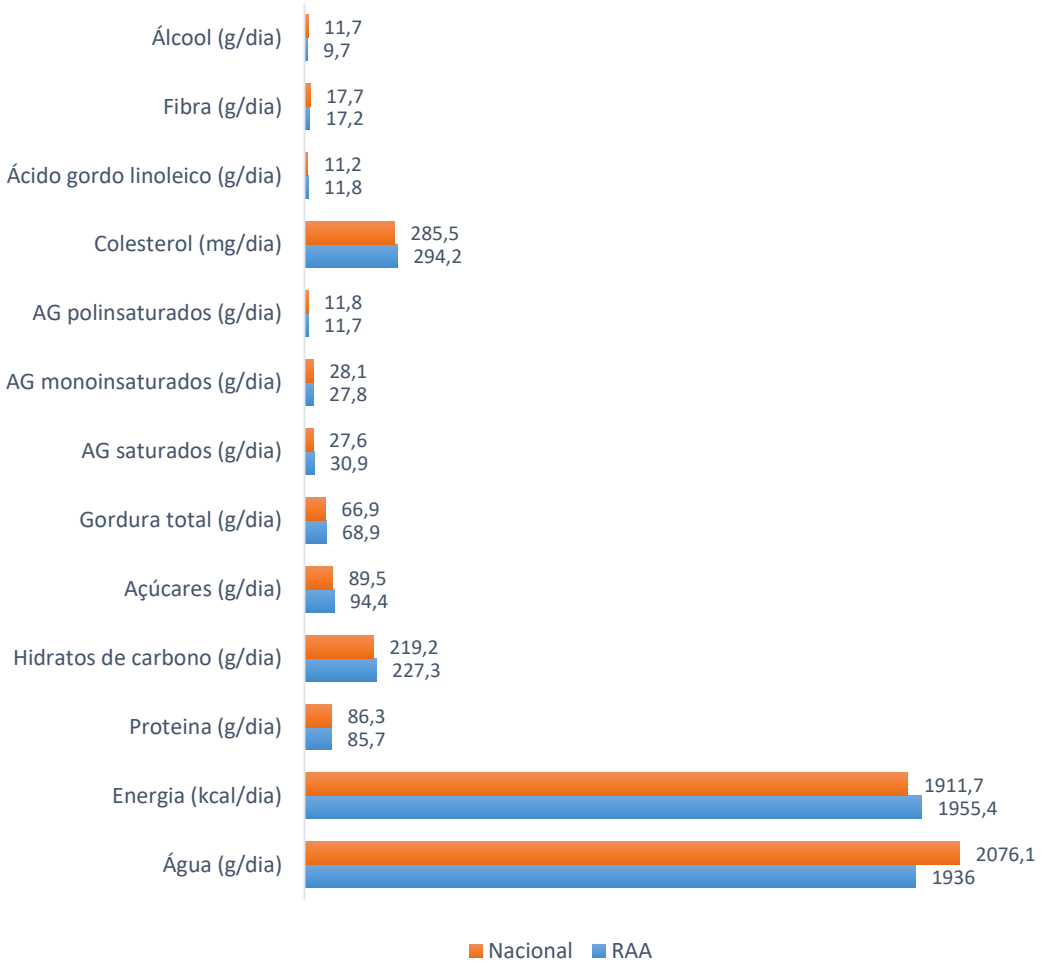


Fonte: Adaptado do relatório do IAN-AF 2015-2016[10].

Na figura 2 encontra-se representada a ingestão de energia total, macronutrientes, álcool e fibra para o total nacional e para a RAA, após ajuste para a variabilidade intra-individual, estimada pela recolha de informação para dois dias alimentares no IAN-AF 2015-2016. Constatou-se que a RAA apresenta valores de ingestão de colesterol, gordura total, ácidos gordos saturados, hidratos de carbono e açúcares superiores aos verificados a nível nacional.

[10] Lopes, C. et al. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório)*. Universidade do Porto. Disponível em https://ian-af.up.pt/resultados, consultado a 6 de julho de 2017.

Figura 2. Ingestão de energia total, macronutrientes, álcool e fibra, para o total nacional e para a RAA (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população Portuguesa.

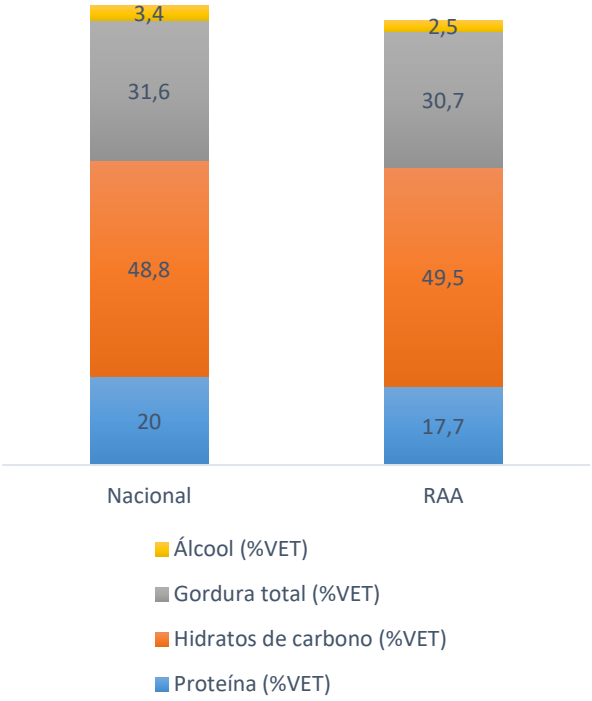


Fonte: Adaptado do relatório do IAN-AF 2015-2016[11].
AG: ácidos gordos
Para o cálculo da ingestão total de água foi contabilizada a água consumida e a que tem origem nos alimentos.

Os resultados do IAN-AF 2015-2016 revelaram ainda que, na RAA, os contributos médios para o valor energético total diário (VET) são de 17,7% de proteína, 49,5% de hidratos de carbono, 30,7% de gordura (total) e 2,5% de álcool (figura 3).

[11] Lopes, C. et al. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório)*. Universidade do Porto. Disponível em https://ian-af.up.pt/resultados, consultado a 6 de julho de 2017.

Figura 3. Contributo percentual médio de macronutrientes e álcool para o valor energético total diário (IAN-AF 2015-2016), ajustado para a variabilidade intra-individual, para o total nacional e RAA, ponderado para a distribuição da população Portuguesa.



Fonte: Adaptado do relatório do IAN-AF 2015-2016[12].

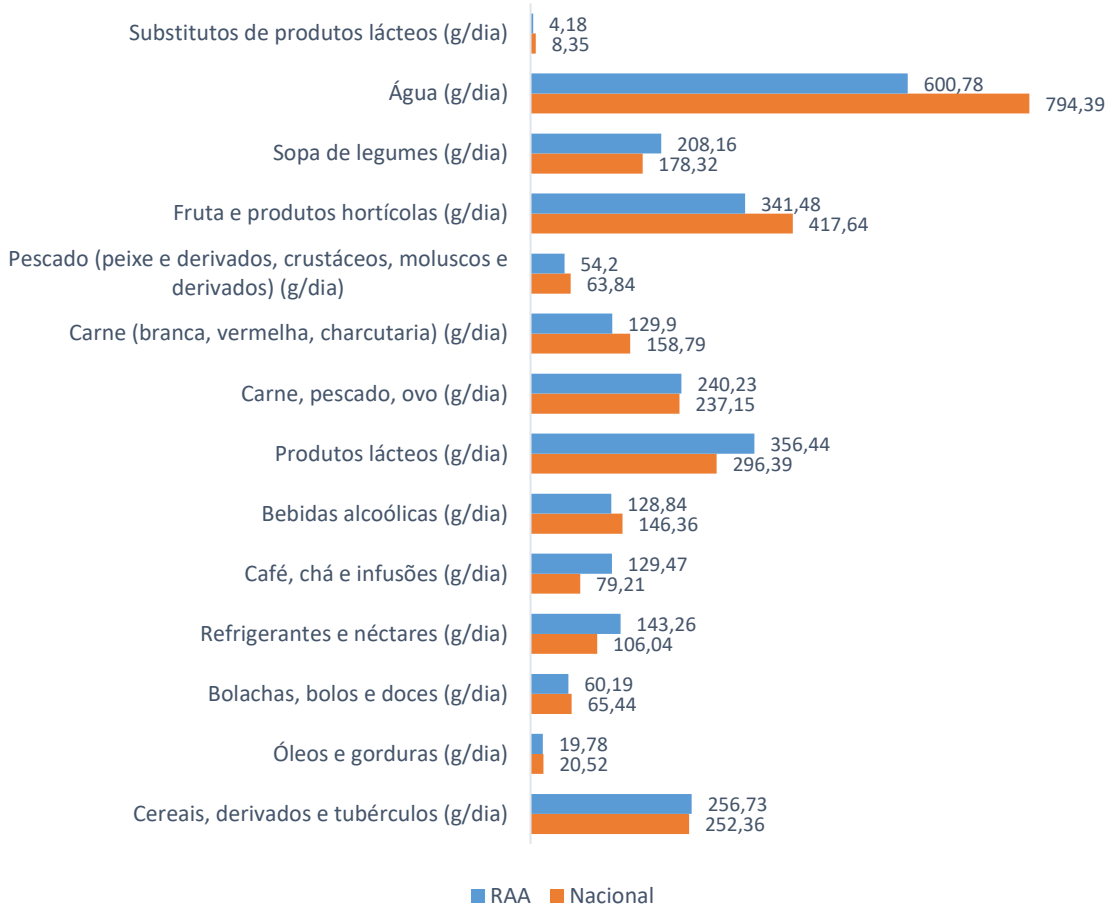
2.2. Consumo alimentar

Os resultados do IAN-AF 2015-2016 revelaram que, a nível regional, é na RAA que se verificam os consumos mais elevados de refrigerantes e néctares, sopa e produtos lácteos, e os consumos mais baixos de carne (carnes brancas, vermelhas e charcutaria), fruta e produtos hortícolas e água. A região apresentou o segundo valor mais baixo no que respeita ao consumo de pescado (peixe e derivados, crustáceos, moluscos e derivados) e de óleos e gorduras.

A figura 4 apresenta a média do consumo habitual de grupos de alimentos para o total nacional e RAA.

[12] Lopes, C. et al. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório)*. Universidade do Porto. Disponível em https://ian-af.up.pt/resultados, consultado a 6 de julho de 2017.

Figura 4. Média do consumo habitual de grupos de alimentos, para o total nacional e RAA, ponderado para a distribuição da população Portuguesa (IAN-AF 2015-2016).



Fonte: Adaptado do relatório do IAN-AF 2015-2016[13].

Os resultados do InReS Açores 2014[14] revelaram, em relação aos hábitos alimentares da população residente nos Açores, com idades compreendidas entre 20 e 74 anos, que:

- a maioria (60,2%) faz 3 a 4 refeições diárias, 27,9% faz 5 a 6 e 11,2% 1 a 2 refeições;
- cerca de 17% ingere menos do que 0,5l de água/chás/infusões;
- aproximadamente 15% consome doces/bolos/chocolates diariamente ou 4 a 6 vezes por semana diariamente;
- as gorduras animais fazem parte da alimentação diária de 43% da população;

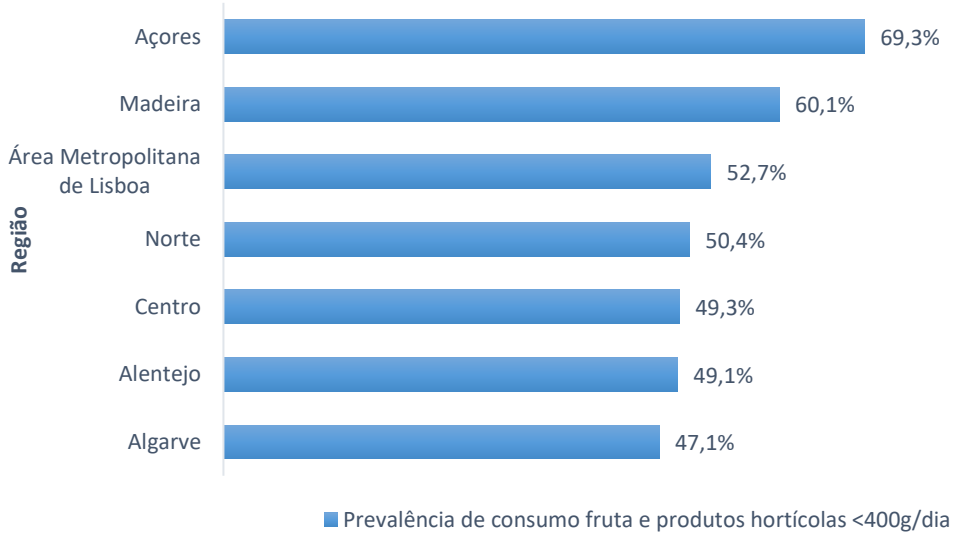
[13] Lopes, C. et al. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório)*. Universidade do Porto. Disponível em https://ian-af.up.pt/resultados, consultado a 6 de julho de 2017.

[14] SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional da Saúde. Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf, consultado a 6 de julho de 2017.

- o azeite é a gordura de eleição de 70% da população para a confeção dos alimentos;
- 9% dos açorianos consome diariamente ou 4 a 6 vezes por semana, alimentos fritos, e a ingestão de fritos, 2 a 3 vezes por semana, foi mencionada por 35% da população;
- mais de 75% da população afirma raramente ou nunca consumir alimentos pré confecionados;
- a ingestão diária de legumes (em salada ou cozinhados) foi mencionada por 35,7% dos residentes, enquanto 9% reporta raramente ou nunca os consumir;
- 39,3% da população consome sopa de legumes diariamente;
- mais de 63% da população ingere fruta diariamente, 64,4% 1 a 2 peças e 32,7% 3 a 5 peças.

Segundo as recomendações da OMS, o consumo de fruta e produtos hortícolas deveria situar-se nas 400g/dia (equivalente aproximadamente a 5 porções diárias). A nível nacional, o consumo médio diário é de 418g/dia e a nível regional é de 342g/dia, constituindo, como já referido anteriormente, a região do país onde o consumo é mais baixo. De acordo com os resultados do IAN-AF 2015-2016, em termos de prevalência de inadequação de consumo de fruta e produtos hortícolas, a RAA destaca-se pela prevalência mais elevada de inadequação, com 69,3% (Figura 5).

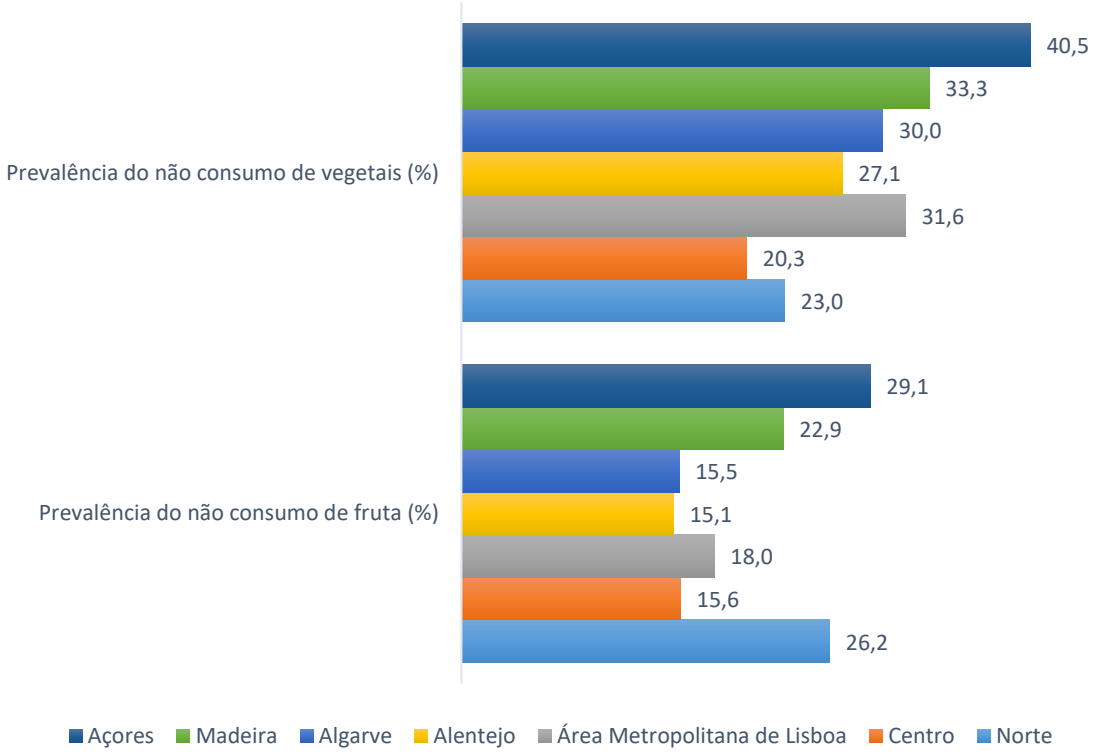
Figura 5. Distribuição da prevalência de inadequação de consumo fruta e produtos hortícolas (<400g/dia) por região (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população Portuguesa.



Fonte: Adaptado do relatório do IAN-AF 2015-2016[15].

Os resultados do IAN – AF 2015-2016 vão ao encontro dos dados obtidos no INSEF 2015[16], constatando-se, neste estudo que, a nível regional, a RAA apresenta a maior prevalência de não consumo diário de fruta e vegetais (Figura 6).

Figura 6. Prevalência de não consumo diário de fruta e vegetais por região (população com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos), 2015.



Fonte: Adaptado dos resultados do INSEF 2015[17].

2.3. Perfil do consumo de sal e álcool

2.3.1. Consumo de sal

A adoção de estilos de vida saudáveis constitui o núcleo da prevenção e tratamento da hipertensão, de entre os quais se destaca a restrição do consumo de sal[18]. Atualmente, as

[15] Lopes, C. et al. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório)*. Universidade do Porto. Disponível em https://ian-af.up.pt/resultados, consultado a 6 de julho de 2017.

[16] Cordeiro, E.; Santos, J.; Antunes, L. et al. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico: determinantes de saúde*. INSA, IP: Lisboa. Disponível em http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/3837, consultado a 19 de junho de 2017.

[17] Cordeiro, E.; Santos, J.; Antunes, L. et al. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico: determinantes de saúde*. INSA, IP: Lisboa. Disponível em http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/3837, consultado a 19 de junho de 2017

[18] Caldeira, D:; Vaz-Carneiro, A. & Costa, J. (2013). Qual é o Impacto da Redução da Ingestão de Sal na Pressão Arterial? Análise da Revisão Sistemática Cochrane "Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. He FJ, Li J, Macgregor GA. Cochrane

recomendações da OMS para o consumo diário de sal são de 5g para um adulto e menos de 2g para as crianças[19,20,21]. Em 2012, o estudo PHYSA (*Portuguese Hypertension and Salt Study*) [22] estimou um consumo médio diário de sal *per capita* de 10,7 g para a população de Portugal continental e de 11,0 g para doentes hipertensos.

A nível nacional, atendendo aos resultados do IAN – AF 2015-2016, a ingestão média de sódio é de 2848 mg/dia (equivalente a 7,3 g de sal), superior no sexo masculino (3221 vs. 2510 mg/dia). A ingestão de sódio acima do nível máximo tolerado foi reportada por 65,5% das mulheres e 85,9% dos homens. Constatou-se ainda que os alimentos que mais contribuem para o aporte de sódio são o pão e tostas (18%), a charcutaria (8%) e a sopa (7%).

A Lei nº 75/2009, de 12 de agosto, veio estabelecer que o teor máximo permitido para o conteúdo de sal no pão, após confecionado, é de 1,4 g por 100 g de pão. A este respeito, os resultados do InReS Açores 2014 revelaram que, relativamente à quantidade de sal presente no pão, 10,3% da população com idades compreendidas entre 20 e 74 anos considera que o pão que ingere tem pouco sal, 78% afirma que o pão tem sal suficiente e 5,4% julga que a quantidade de sal no pão que consome é excessiva.

2.3.2. Consumo de álcool

De acordo com o Relatório Anual de 2015 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), as prevalências do consumo de bebidas alcoólicas (pelo menos uma experiência de consumo na vida), para a população açoriana (15 – 64 anos), mantiveram-se de 2001 para 2007, tendo em 2012 baixado para valores inferiores aos de 2001 (Figura 7).

Database Syst Rev. 2013 Apr 30;4:CD004937. *Acta Med Port, 26(5)*, 490-492. Disponível em: http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/4943/3764, consultado a 20 de junho de 2017..

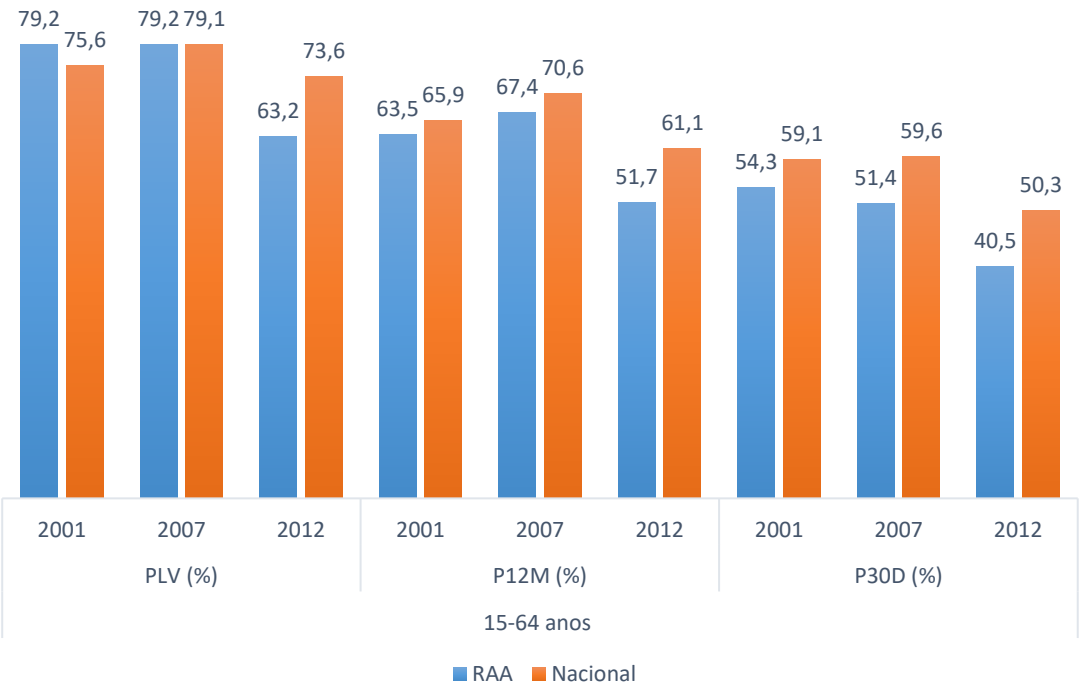
[19] WHO (2016). *Fact sheet: Salt reduction*. Disponível em http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs393/en/, consultado a 20 de junho de 2017.

[20] WHO (2012). *Guideline: Sodium intake for adults and children*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake_printversion.pdf, consultado a 21 de junho de 2017.

[21] WHO (2013). *Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region*. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region.pdf, consultado a 21 de junho de 2017.

[22] Portuguese HYpertension and SAlt (PHYSA) Study (2012). *Resultados apresentados em março de 2013 no 7º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global, Vilamoura*. Disponível em: http://www.sphta.org.pt/pdf/PHYSA_study_Slides_SPH-v2.pdf, consultado a 20 de junho de 2017.

Figura 7. População geral (15-64 anos), nacional e RAA: Prevalências de consumo de alguma bebida alcoólica ao longo da vida, nos últimos 12 meses e últimos 30 dias, 2001/2007/2012.



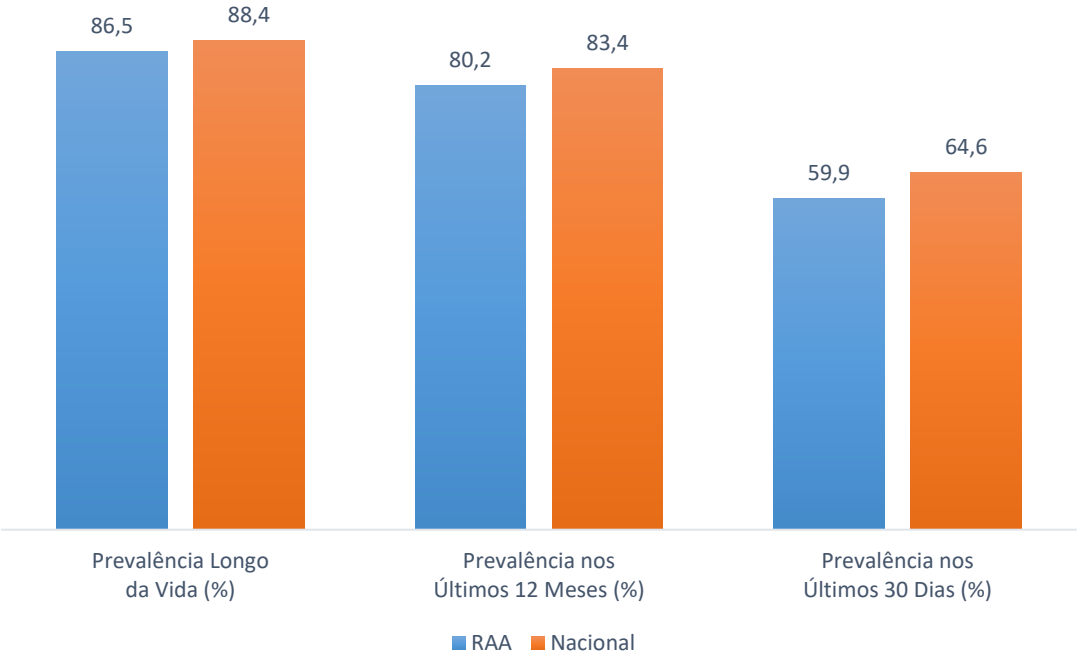
PVL – Pelo menos uma experiência de consumo na vida; P12 M – nos últimos 12 meses; P30 D – nos últimos 30 dias.

Fonte: SICAD, Relatório anual de 2015, "Situação do País em Matéria de Álcool"[23]

Em 2015 foi realizado o estudo "Comportamentos Aditivos aos 18 anos: Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional", cujos resultados revelaram que as prevalências de consumo ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias encontradas para a RAA, foram inferiores às respetivas médias nacionais (Figura 8).

[23] SICAD/DEI (2016). *Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Álcool*. SICAD. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/115/Relatório%20Anual%20Álcool%20%202015.pdf , consultado a 22 de junho de 2017.

Figura 8. População geral (18 anos)[24], nacional e RAA: Prevalências de consumo de alguma bebida alcoólica ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, 2015.



Fonte: SICAD[24]

Desde o ano letivo de 2013/2014 que a RAA tem aplicado um instrumento de monitorização no âmbito da Saúde Escolar designado Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco em Jovens (SVCRJ), que, além de servir de ferramenta para o planeamento das ações nas áreas mais prioritárias, por escola, permite uma avaliação da intervenção das equipas de saúde escolar, traduzindo-se em ganhos em saúde. Este sistema resultou da adaptação do *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS), criado em 1991 pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e já foi aplicado em mais de 2,6 milhões de alunos. O SVCRJ monitoriza seis categorias de comportamentos de risco relacionados com a saúde nos jovens: 1) comportamentos que contribuem para as lesões acidentais e violência; 2) o uso de tabaco; 3) o consumo de álcool e de outras drogas; 4) comportamentos sexuais que contribuem para a gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis; 5) comportamentos alimentares não saudáveis e 6) a inatividade física.

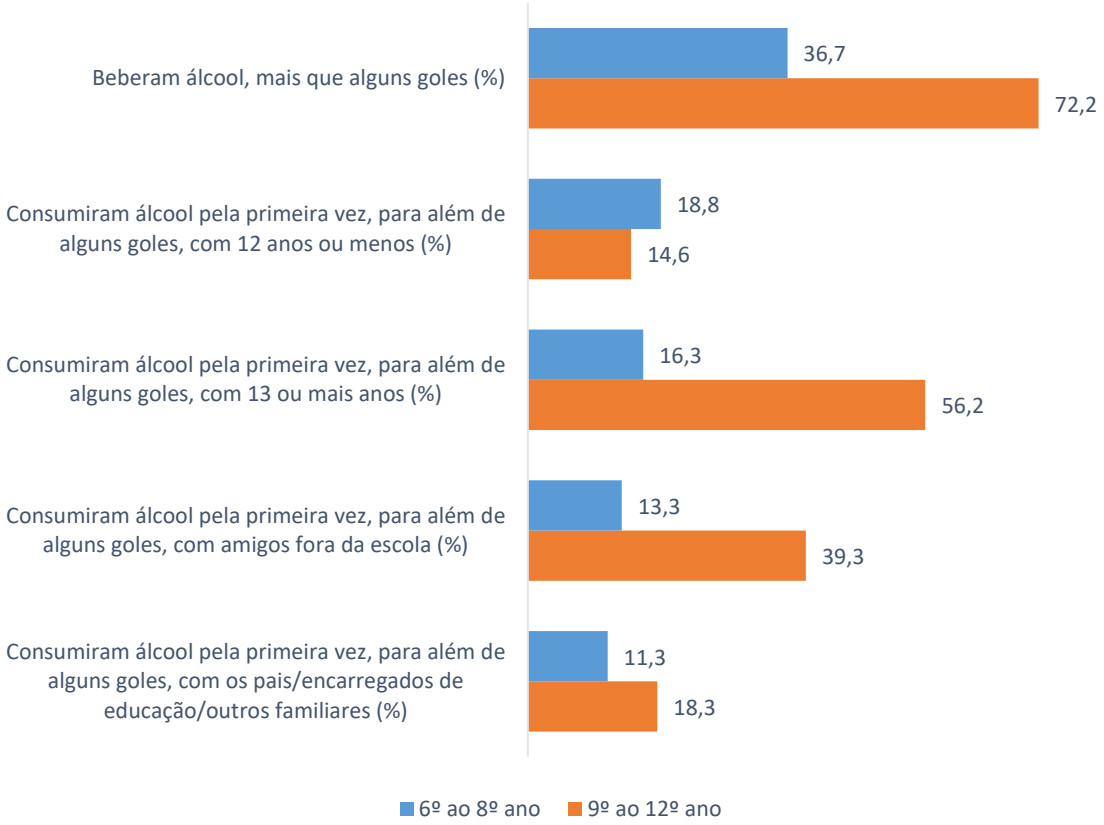
[24] Carapinha, L. & Calado, V. (2016). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional (2015)*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/172/DDN_2015_Relatorio_final_pt.pdf, consultado a 22 de junho de 2017.

Existem duas versões do questionário: a primeira versão aplica-se a alunos do 6.º ao 8.º ano e a segunda versão a alunos do 9.º ao 12.º ano.

Dos 19 407 alunos elegíveis para a realização do questionário do ano letivo 2015/2016, foram obtidos 13 528 questionários, que representam 69,71 % do total da amostra.

De acordo com os resultados do SVCRJ 2015-2016, mais de 1/3 dos alunos do 6º ao 8ºano que participaram no estudo já beberam álcool e este valor aumenta para mais de 70% quando inquiridos os alunos do 9º ao 12º ano. A percentagem de alunos que consumiu álcool pela primeira vez, para além de alguns goles, com 12 ou menos anos, foi superior nos níveis de escolaridade mais baixos (18,8% entre os alunos do 6º ao 8º ano vs 14,6% nos alunos do 9º ao 12º ano). Os resultados revelaram igualmente que a primeira experiência de consumo de álcool ocorre mais frequentemente com amigos fora da escola do que com os pais/encarregados de educação/outros familiares, quer entre os alunos do 6º ao 8º ano, quer entre os alunos do 9º ao 12º ano (Figura 9).

Figura 9. Características do consumo de álcool dos alunos do 6º ao 8ºano e do 9º ao 12º ano que participaram no SVCRJ 2015-2016, RAA.



Fonte: SVCRJ 2015-2016

Ainda de acordo com os resultados do SVCRJ 2015-2016, 16,1% dos alunos do 9º ao 12º ano consumiram álcool nos 30 dias anteriores à aplicação do inquérito, comprando-o num restaurante, bar ou discoteca.

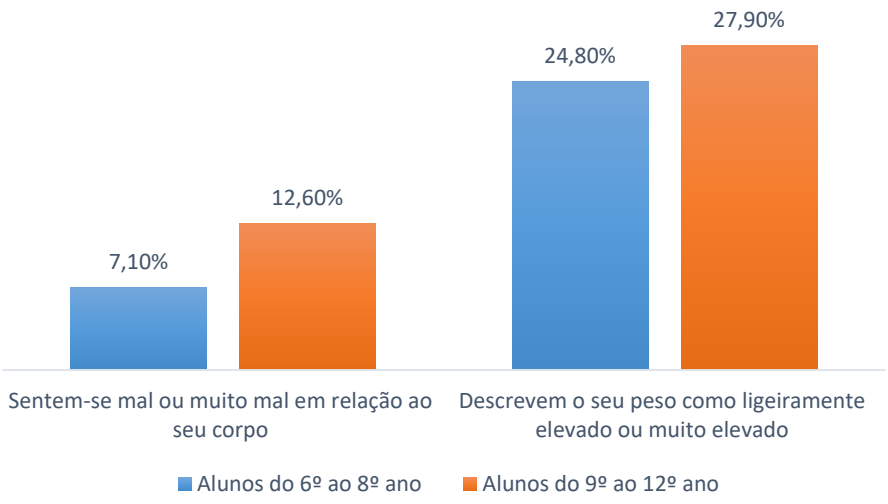
Os resultados do InReS Açores 2014 revelaram, relativamente à população residente na RAA, com idades compreendidas entre os 20 e 74 anos, que:

i. Nos 12 meses anteriores à entrevista, aproximadamente 15% dos residentes bebeu diariamente, pelo menos uma bebida alcoólica. A proporção de homens que bebeu diariamente (24,6%) é superior à das mulheres (6,4%). As bebidas de eleição daqueles que beberam diariamente foram o vinho (50,7%) e a cerveja (40,4%);
ii. Cerca de 11% das pessoas que consomem álcool, declaram que ingerem 5 ou 6 copos de bebidas alcoólicas, numa única ocasião 3 ou mais dias por mês;
iii. Cerca de 30% das pessoas que consomem bebidas alcoólicas considera que bebe mais ao fim-de-semana, em comparação com os dias de semana, enquanto 18,4% declara só ingerir bebidas alcoólicas ao fim-de-semana.

2.4. Hábitos alimentares em adolescentes: Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco em Jovens (SVCRJ) 2015-2016

No que respeita à perceção que os alunos açorianos que participaram no SVCRJ têm do seu corpo e do seu peso, constata-se que, conforme os anos de escolaridade avançam, aumenta a percentagem de jovens com pior perceção do seu corpo. Constata-se ainda que os alunos do 9º ao 12º ano descrevem mais frequentemente o seu peso como ligeiramente elevado ou muito elevado do que os alunos do 6º ao 8º ano (Figura 10).

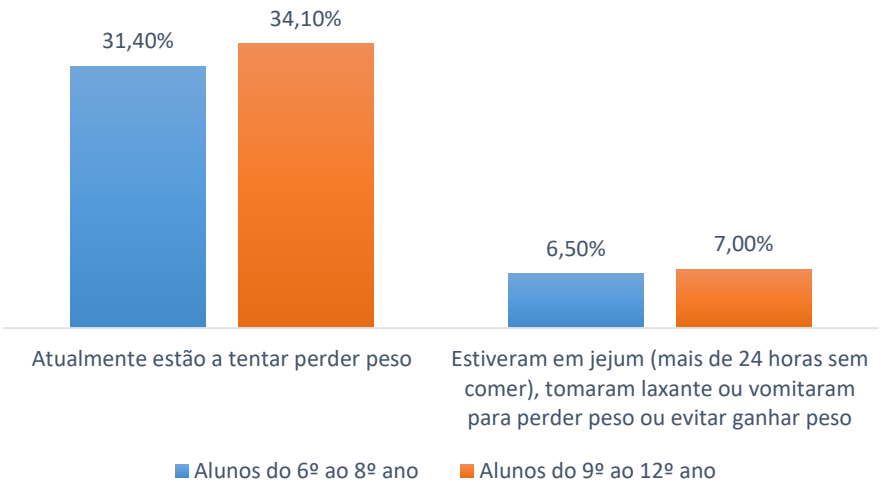
Figura 10. Percentagem de alunos de acordo com a perceção do corpo e do peso, SVCRJ 2015-2016, RAA.



Fonte: SVCRJ 2015-2016

A percentagem de alunos do 9º ao 12º ano que referiu estar a tentar perder peso foi superior à encontrada para os alunos do 6º ao 8º ano, sendo também os alunos dos níveis mais elevados de escolaridade os que referiram mais frequentemente ter estado em jejum (mais de 24 horas sem comer), terem tomado laxante ou terem vomitado para perder peso ou evitar ganhar peso (Figura 11).

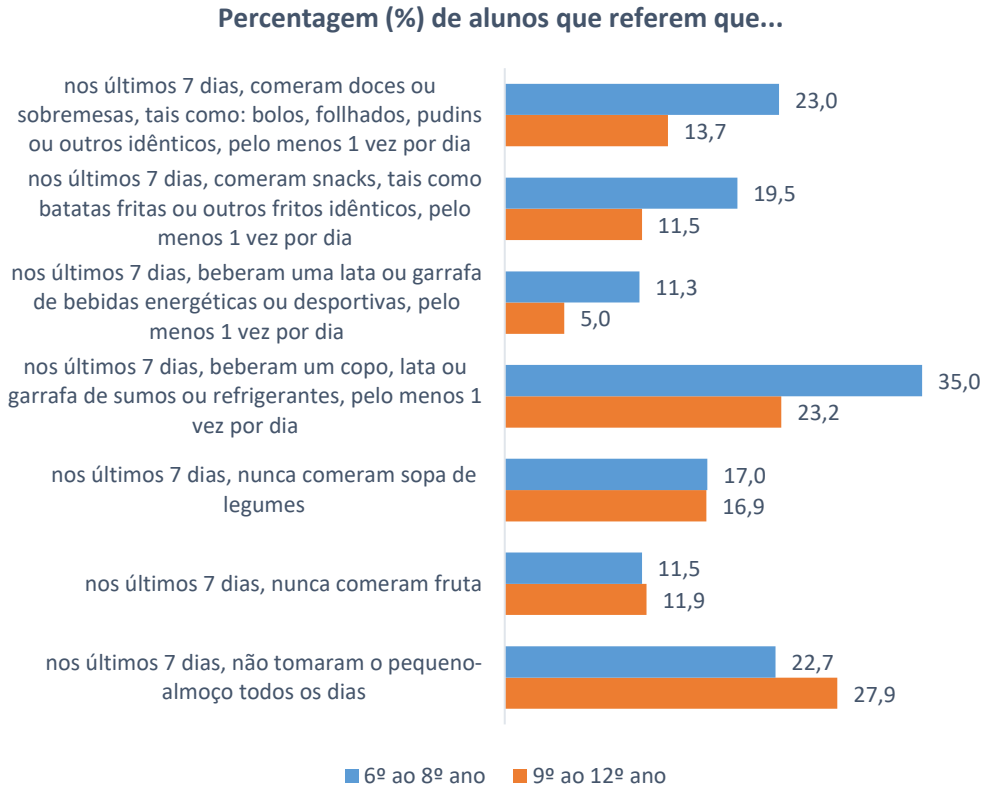
Figura 11. Percentagem de alunos do 6º e 8º ano e do 9º ao 12º ano que estão a tentar perder peso, SVCRJ 2015-2016, RAA.



Fonte: SVCRJ 2015-2016

Os resultados do SVCRJ 2015-2016 revelaram que a toma diária do pequeno-almoço é mais frequente entre os alunos do 6º ao 8 ano do que entre os alunos do 9º ao 12º ano (Figura 12). No entanto, são os alunos dos níveis de escolaridade mais baixos que mencionam com maior frequência a ingestão diária de doces/sobremesas, snacks, bebidas energéticas/desportivas e refrigerantes. A percentagem de alunos que referiu não consumir sopa de legumes pelo menos uma vez por semana é semelhante nos intervalos de escolaridade estudados, com 17% entre os alunos do 6º ao 8º ano e 16,9% entre os alunos do 9º ao 12º ano. O não consumo de fruta pelo menos uma vez na semana anterior à aplicação do questionário, foi mencionado por 11,5% dos alunos do 6º ao 8º ano e por 11,9% dos alunos do 9º ao 12º ano que participaram no SVCRJ.

Figura 12. Hábitos alimentares dos alunos do 6º ao 8ºano e do 9º ao 12º ano que participaram no SVCRJ 2015-2016, RAA.



Fonte: SVCRJ 2015-2016

2.5. Insegurança alimentar

A redução das desigualdades no acesso a alimentos de boa qualidade nutricional e da prevalência das doenças influenciadas pelo consumo alimentar são importantes pressupostos

para a construção de políticas de saúde, que pressupõem o respeito pelos princípios da equidade e universalidade no acesso a uma alimentação saudável[25, 26, 27].

O IAN-AF 2015-2016 revelou que 13,4% das famílias da RAA experimentou insegurança alimentar, ou seja, teve dificuldade, durante este período, em fornecer alimentos suficientes a toda a família, devido à falta de recursos financeiros, valor superior à média nacional (10,1%).

2.6. Estado nutricional da população

2.6.1. Vigilância nutricional infantil - COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*)

A RAA tem vindo a participar no COSI (*European Childhood Obesity Surveillance Initiative*), sistema europeu de vigilância nutricional infantil da OMS que abrange crianças entre os 6 e os 8 anos e que permite monitorizar a obesidade infantil a cada 2/3 anos. Foram já realizadas as edições de 2008, 2010, 2013 e 2016, constatando-se uma diminuição das prevalências de excesso de peso e obesidade infantil nas primeiras três edições e um aumento na edição de 2016 (Quadro 1).

[25] World Health Organization (2015). *European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf, consultado a 4 de julho de 2017.

[26] World Health Organization (2013). *Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. Regional Office for Europe. Copenhagen: World Health Organization. Disponível em http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013, consultado a 4 de julho de 2017.

[27] Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2016). *Portugal – Alimentação Saudável em números – 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em http://www.ordemdosnutricionistas.pt/imagens/noticias/Portugal_-_Alimentacao_Saudavel_em_Numeros_2015.pdf, consultado a 4 de julho de 2017.

Quadro 1. Estado nutricional das crianças da RAA e Portugal, de acordo com o critério da OMS (2008, 2010, 2013, 2016).

	Estado Nutricional das Crianças dos 6-8 anos de acordo com o critério da OMS, em 2008[28], 2010[29], 2013[30] e 2016[31]											
	Obesidade				Excesso de peso[32]				Baixo peso			
Região	2008	2010	2013	2016	2008	2010	2013	2016	2008	2010	2013	2016
Açores	22,7%	11,4%	10,0%	17%	46,6%	40,5%	24,0%	31%	1,1%	-	4,0%	1,3%
Portugal	15,3%	14,6%	13,9%	11,7%	37,9%	35,6%	31,6%	30,7%	1%	0,7%	2,7%	0,9%

Fonte: Adaptado dos resultados dos estudos COSI Portugal (*Childhood Obesity Surveillance Initiative* - COSI Portugal) 2008, 2010, 2013 e 2016.

2.6.2. População adulta

A nível da população adulta (homens e mulheres com mais de 18 anos) constata-se, na RAA, entre 2005/2006 e 2014, uma tendência para a estabilização da prevalência de excesso de peso (34,9% em 2005/2006 e 34,4% em 2014) e um agravamento da prevalência de obesidade (18% em 2005/2006 para 22,1% em 2014), atendendo aos resultados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/2006 e do INS 2014 (Quadro 2). De salientar, no que respeita aos resultados de acordo com o sexo, o aumento da prevalência de excesso de peso (de 36,1% em 2005/2006 para 39% em 2014) e obesidade (de 14% em 2005/2006 para 17,4% em 2014) nos homens, bem como o aumento da prevalência de obesidade nas mulheres (de 21,9% em 2005/2006 para 26,5% em 2014), tornando as mulheres residentes na RAA as que registavam a maior proporção de população com obesidade, a nível nacional. No entanto, a prevalência de excesso de peso diminuiu de 33,7% (2005/2006) para 30% (2014), entre as mulheres açorianas.

[28] *COSI Portugal 2008*. Disponível em http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/CosiPortugal2008.aspx.
[29] *COSI Portugal 2010*. Disponível em http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1109.
[30] *COSI Portugal 2013*. Disponível em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-portugal-2013.aspx.
[31] *COSI Portugal 2016*. Disponível em http://repositorio.insa.pt//handle/10400.18/4857.
[32] Pré-obesidade e obesidade

Quadro 2. Prevalência de excesso de peso e obesidade na RAA, de acordo com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e do Inquérito Nacional de Saúde 2014.

	INS 2005/2006[33]		INS 2014[34]	
Sexo	**Excesso de peso (Grau I e Grau II[35]) %**	**Obesidade[36] %**	**Excesso de peso (Grau I e Grau II) %**	**Obesidade %**
HM	34,9	18	34,4	22,1
H	36,1	14	39	17,4
M	33,7	21,9	30	26,5
Fonte: Adaptado do 4º INS 2005/2006 e do 5º INS 2014				

Os resultados do InReS 2014[37] revelaram que 36,5% dos cidadãos residentes na RAA, com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos, era pré-obeso e 27,5% era obeso. Verificou-se igualmente que a prevalência de obesidade nas mulheres, 29,3%, era superior à encontrada para os homens, 25,4%.

Em 2015, o Inquérito de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015[38]), apontou a RAA como a região do país com maior prevalência de obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m²), com 32,5% população residente com idades entre os 25 e os 74 anos de idade a apresentar esta alteração de saúde. A prevalência de excesso de peso (IMC ≥ 25 Kg/m² e < 30 kg/m²) foi de 37,9% e, no que respeita à obesidade abdominal (razão entre os perímetros da cintura e da anca; categorizado em risco muito aumentado de acordo com os pontos de corte preconizados pela OMS para a população adulta: ≥0.85 nas mulheres e ≥0.90 nos homens), constatou-se que 64,5% da população residente na RAA, com idade entre os 25 e os 74 anos, encontrava-se em risco de vir a desenvolver complicações cardiometabólicas, apresentando uma razão entre os perímetros da cintura e da anca aumentada.

No âmbito do IAN-AF 2015-2016, apurou-se, para a RAA, uma prevalência de obesidade de 30,5% e de pré-obesidade de 31,2% (Quadro 3). Os resultados deste estudo, à semelhança dos

[33] INE/INSA (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. INE: Lisboa. Disponível em http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx, consultado a 6 de julho de 2017.
[34] INE, I. P. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. INE: Lisboa. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2, consultado a 6 de abril de 2017.
[35] Grau I:IMC ≥ 25 Kg/m² e < 27 kg/m²; Grau II: IMC ≥ 27 Kg/m² e < 30 kg/m²
[36] IMC ≥ 30 Kg/m²
[37] SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional da Saúde. Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf, consultado a 6 de julho de 2017.
[38] Marta, B. et al. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. INSA, IP: Lisboa. Disponível em http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/1INSEFrelat%C3%B3rio.aspx, consultado a 6 de julho de 2017.

encontrados no INSEF 2015, apontam a RAA como a região do país com a maior prevalência de obesidade.

Quadro 3. Prevalências de categorias de índice de massa corporal, por região, ponderadas para a distribuição da população Portuguesa, de acordo com os resultados do IAN-AF 2015-2016.

	IAN-AF 2015-2016[39]		
Região	**Obesidade %**	**Pré-Obesidade %**	**Eutrofia/magreza %**
RAA	30,5	31,2	38,4
RAM	22,0	35,9	41,8
Portugal	22,3	34,8	43,0

Fonte: Adaptado do relatório do IAN-AF 2015-2016.
Nota: O índice de massa corporal foi categorizado com base nos pontos de corte preconizados pela Organização Mundial de Saúde para adultos e crianças.

No IAN-AF 2015-2016 foi ainda avaliada a obesidade abdominal na população adulta (18 - 84 anos), através dos indicadores perímetro da cintura e perímetro da cintura-anca, de acordo com os pontos de corte preconizados pela OMS para risco muito aumentado (perímetro da cintura: >88 cm nas mulheres e >102 cm nos homens; perímetro da cintura-anca: ≥0.85 nas mulheres e ≥0.90 nos homens). No Quadro 4 apresentam-se os resultados obtidos para a RAA.

Quadro 4. Prevalências de categorias de risco muito aumentado de perímetro da cintura e perímetro da cintura-anca a em adultos, por região, ponderadas para a distribuição da população Portuguesa, de acordo com os resultados do IAN-AF 2015-2016.

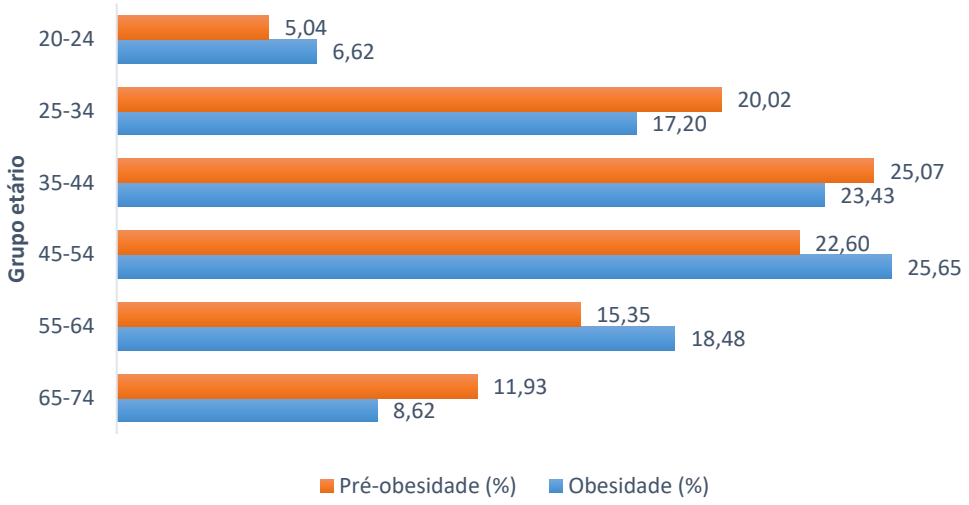
	IAN-AF 2015-2016[40]	
Região	**Perímetro da cintura: risco muito aumentado %**	**Perímetro da cintura-anca: risco muito aumentado %**
RAA	45,8	58,6
RAM	32,2	48,6
Portugal	34,2	50,5

Fonte: Adaptado do relatório do IAN-AF 2015-2016.

Os resultados do InReS Açores 2014 evidenciavam que a pré-obesidade e a obesidade afetavam principalmente a população entre 35 e os 54 anos (Figura 13).

[39] Lopes, C. et al. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório)*. Universidade do Porto. Disponível em https://ian-af.up.pt/resultados, consultado a 6 de julho de 2017.
[40] Lopes, C. et al. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF 2015-2016 (Relatório)*. Universidade do Porto. Disponível em https://ian-af.up.pt/resultados, consultado a 6 de julho de 2017.

Figura 13. Proporção da população com 20 ou mais anos com pré-obesidade ou obesidade por grupo etário, RAA, 2014.



Fonte: InReS Açores 2014[41]

Considerando os cidadãos residentes na RAA, com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos, com pré-obesidade/obesidade, e de acordo os resultados do InReS Açores 2014, constatou-se que 53,13% não possuía qualquer grau de ensino ou era detentor do 1º ou 2º ciclos, 31,87% possuía o 3º ciclo ou o ensino secundário e 9,82% era detentor de licenciatura (Figura 14).

Figura 14. Proporção da população com 20 ou mais anos com pré-obesidade ou obesidade por nível de escolaridade, RAA, 2014.

Fonte: InReS Açores 2014[42]

[41] SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional da Saúde. Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf, consultado a 6 de julho de 2017.

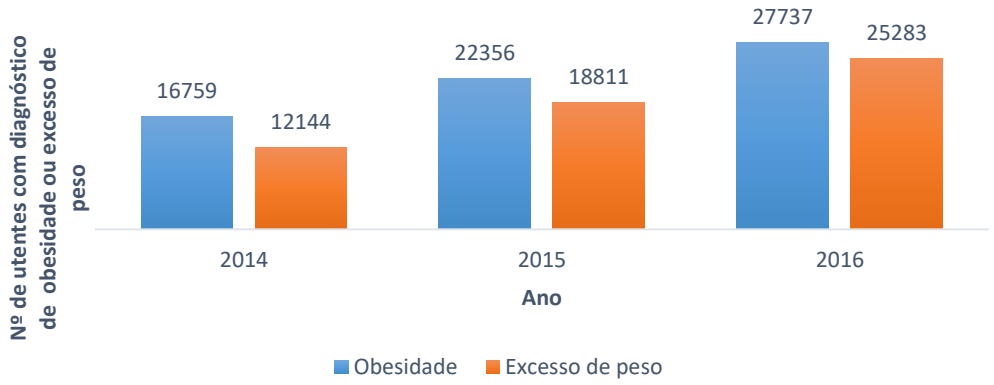
[42] SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional da Saúde. Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf, consultado a 6 de julho de 2017.

2.7. Morbilidade por patologias relacionadas com alimentação inadequada

2.7.1. Evolução do número de utentes com diagnóstico de obesidade ou excesso de peso nas USI

De acordo com dados do Sistema de Informação de Saúde dos Açores (SISA), o número de utentes inscritos nas USI com diagnóstico de obesidade ou excesso de peso tem vindo a aumentar nos últimos anos (Figura 15).

Figura 15. Evolução do número de utentes com diagnóstico obesidade ou excesso de peso nas USI, RAA, 2014-2016.



Fonte: SISA

2.7.2. Diabetes *Mellitus*

No que respeita à diabetes, constata-se que, ao longo dos últimos anos têm vindo a decorrer vários estudos que, embora com diferenças metodológicas entre si, permitem inferir uma tendência crescente na prevalência desta patologia na RAA. O quadro 5 resume os resultados de alguns desses estudos.

Quadro 5. Resultados sobre prevalência de diabetes na RAA em alguns estudos - INS 2005/2006; PREVADIAB 2009; Inquérito Regional de Saúde 2014; INS 2014; INSEF 2015.

Zona Geográfica	INS 2005/2006[43] Prevalência autorreportada; estimativas para o número total de residentes	PREVADIAB 2009[44] Prevalência estimada através da medição do nível de glucose no sangue ou prova de tolerância à glucose para o grupo populacional dos 20 aos 79 anos	Inquérito Regional de Saúde 2014[45] Prevalência autorreportada; estimativas para o número total de residentes com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos	INS 2014[46] Prevalência autorreportada; estimativas para o nº total de indivíduos com 15 ou mais anos	INSEF 2015[47] Prevalência estimada através da avaliação do nível de HbA1c no sangue, medicação ou autorreporte, para a população com idades entre os 25-74 anos
RAA	6,7%	14,3 % (9,2% diagnosticada e 5,1% não diagnosticada)	9,9%	9,4%	10,1%
Portugal	6,5%	11,7% (6,6% diagnosticada e 5,1% não diagnosticada)	-	9,3%	9,8%

De acordo com os resultados do InReS Açores 2014, a obesidade atinge 22% dos diabéticos e a pré-obesidade cerca de 34%.

2.7.3. Hipertensão arterial

De acordo com os resultados do INS 2014, e comparando-os com os dados apurados no INS 2005/2006, a prevalência de hipertensão arterial na RAA sofreu um agravamento de 16,3% para 21,9% no período em apreço (Quadro 6). No entanto, à semelhança do verificado em 2005/2006, a prevalência desta patologia, na RAA, mantém-se inferior à verificada para o todo nacional (2005/2006 – 23,4%; 2014 - 25,3%).

Constata-se ainda que a prevalência da hipertensão arterial é maior nas mulheres do que nos homens em ambos os estudos e que, entre 2005/2006 e 2014, foi no sexo feminino que ocorreu o maior aumento na prevalência da doença, de 20,5% em 2005/2006, para 27,3% em 2014.

[43] INE, I. P. & INSA, I. P. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. INE: Lisboa. Disponível em http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Planos%20e%20Relat%C3%B3rios/INS_05_06.pdf, consultado a 10 de julho de 2017.
[44] Gardete-Correia, L. et al (2010). *Estudo da prevalência da Diabetes em Portugal: PREVADIAB*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Disponível em http://www.spd.pt/index.php/notcias-topmenu-19/223-estudo-da-prevalncia-da-diabetes-em-portugal; consultado a 10 de julho de 2017.
[45] SReS & INSA, I.P. (2015*). Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional da Saúde. Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf, consultado a 10 de julho de 2017.
[46] INE, I. P. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. INE: Lisboa. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2 , consultado a 10 de julho de 2017.
[47] Marta, B. et al. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. INSA, IP: Lisboa. Disponível em http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/1INSEFrelat%C3%B3rio.aspx, consultado a 10 de julho de 2017.

Quadro 6. Prevalência de hipertensão arterial na RAA, de acordo com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e do Inquérito Nacional de Saúde 2014.

	Prevalência (%) de Hipertensão Arterial na RAA	
Sexo	**INS 2005/2006[48]**	**INS 2014[49]**
HM	16,3	21,9
H	12	16,2
M	20,5	27,3

Notas:
INS 2005/2006 - População residente que tem ou já teve tensão arterial alta
INS 2014 - População residente com 15 ou mais anos que referiu hipertensão arterial nos 12 meses anteriores à entrevista

De acordo com os resultados do InReS Açores 2014[50], a tensão arterial alta é a patologia crónica mais frequente, tendo sido mencionada por 28,3% dos residentes na RAA com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos. Apurou-se também que a prevalência desta patologia é superior nas mulheres (30,7%) comparativamente aos homens (25,3%). Considerando os escalões etários, constata-se que mais de 30% das pessoas com idades entre os 45 e os 59 anos referem sofrer desta patologia, enquanto 50 a 60% das pessoas com idades superiores a 60 anos apontam o mesmo problema de saúde. Mais de 30% das pessoas com tensão arterial alta é pré-obesa e 28% sofre de obesidade.

O INSEF[51] revelou que, em 2015, a prevalência de hipertensão arterial[52] na RAA, entre os indivíduos com idade entre os 25 e os 74 anos, era de 33,6%, valor inferior ao encontrado para o todo nacional, 36,0%.

[48] INE/INSA (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. INE: Lisboa. Disponível em http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx, consultado 10 de julho de 2017.
[49] INE, I. P. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. INE: Lisboa. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2 , consultado a 10 de julho de 2017.
[50] SReS & INSA, I.P. (2015). *Inquérito Regional de Saúde dos Açores – 2014. Resumo dos resultados*. Direção Regional da Saúde. Disponível em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7F84674B-B647-4AA4-A0D2-419806BBB8B2/920591/ResultadospreliminaresInReS1.pdf, consultado a 10 de julho de 2017.
[51] Marta, B. et al. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. INSA, IP: Lisboa. Disponível em http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/1INSEFrelat%C3%B3rio.aspx, consultado 10 de julho de 2017.
[52] Medição da TAS≥140 ou TAD≥90 ou reporte de medicação para diminuir a TA.

2.7.4. Dislipidémia

Considerando os resultados do INSEF 2015[53], a prevalência de Colesterol Total para a RAA (indivíduos com idade entre os 25 e os 74 anos) é de 69,7%, superior à média nacional, 63,3%.

[53] Marta, B. et al. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. INSA, IP: Lisboa. Disponível em http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/1INSEFrelat%C3%B3rio.aspx, consultado a 10 de julho de 2017.

3. OBJETIVOS E AÇÕES PROGRAMÁTICAS 2018 – 2020

Objetivo 1: Modificar a oferta alimentar de determinados alimentos, em particular os que apresentam elevado teor de açúcar, sal e gordura e promover o consumo de água, nos serviços e organismos da administração pública regional, através de articulação intersectorial.

Ações/Medidas:

- Adaptação à RAA do Despacho n.º 7516-A/2016, de 2 de junho, que determina o tipo de produtos alimentares que não podem ser contemplados nas máquinas de venda automática dos serviços dependentes do Ministério da Saúde, a todos os serviços e organismos da administração pública regional e não só aos serviços dependentes da Secretaria Regional da Saúde.
- Colocação nas máquinas de venda automática de cartazes que comparem a composição nutricional dos alimentos menos saudáveis com outras opções equivalentes mais saudáveis.
- Recomendação da existência de dispensadores de água gratuitos ou distribuição de "água da rede pública" nos serviços e organismos da administração pública regional.
- Determinação de que nos eventos públicos organizados pelos serviços e organismos da administração pública regional exista obrigatoriamente a oferta de água, fruta e ou produtos hortícolas, de preferência respeitando critérios de disponibilidade sazonal e de produção local.

Objetivo 2: Identificar e promover ações transversais e intersectoriais que incentivem a disponibilidade e o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional e a diminuição do consumo de alimentos ricos em açúcar, sal e gordura.

Ações/Medidas:

- Criação de um Grupo de Trabalho Intersectorial para a acompanhamento da implementação do Programa Regional para a Promoção da Alimentação Saudável 2018-2020.
- Estabelecimento de orientações para a oferta alimentar, em parceria com a Secretaria Regional da Solidariedade Social, no âmbito do Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas.
- Implementação da orientação sobre substituição de sal não iodado por sal iodado, em todos os serviços da administração pública regional que tenham serviço de cantina/refeitório/bar, além dos que dependem da Secretaria Regional da Saúde (Circular Normativa da DRS n.º 18, de 30/07/2014).

- Recomendação da retirada de saleiros das mesas em estabelecimentos de restauração coletiva, propondo que os saleiros sejam dispensados apenas por solicitação explícita do cliente.
- Articulação com a Câmara de Comércio dos Açores, na criação do "Selo Saudável" e do "Selo Sal Iodado" para os restaurantes da RAA.
- Adoção de medidas que visem limitar as comunicações comerciais e a publicidade a produtos alimentares com excesso de sal, açúcar, gordura, em eventos em que participem menores, designadamente atividades desportivas, culturais, recreativas ou outras.
- Disponibilização, em parceria com as entidades do setor agroalimentar regional, de informação sobre alimentação saudável nos pontos de venda.
- Inclusão de iniciativas de promoção da alimentação saudável nos programas de saúde pública, atividade física e de envelhecimento ativo dos municípios.
- Aumento do número de beneficiários dos regimes de distribuição de fruta e produtos hortícolas e do regime de distribuição de leite nas escolas e desenvolvimento de medidas de acompanhamento da distribuição destes alimentos.
- Articulação com a Secretaria Regional da Educação e Cultura no sentido de promover hábitos alimentares saudáveis através da melhoria da oferta alimentar nos bares e refeitórios das escolas da RAA.
- Promoção do gosto e preferência por alimentos saudáveis em crianças, designadamente por profissionais de saúde e docentes, envolvendo os utentes/encarregados de educação.

Objetivo 3: Promover a literacia e a autonomia dos cidadãos para escolhas alimentares saudáveis.

Ações/Medidas:

- Implementação de uma campanha pública de informação aos cidadãos sobre alimentação saudável, incluindo informação relativa à rotulagem nutricional, e sobre a importância da atividade física no combate ao excesso de peso/obesidade (spots televisivos e radiofónicos; difusão de informação através das redes sociais institucionais).
- Promoção da utilização dos meios digitais nas instituições públicas (ex.: salas de espera, balcões de atendimento) para a disseminação de informação sobre alimentação saudável.
- Incentivo ao envolvimento das autarquias em iniciativas para o fornecimento de informação sobre alimentação saudável através dos seus próprios meios.
- Inserção de mensagens simples e curtas sobre alimentação saudável nas mensagens de correio eletrónico dos organismos da administração pública regional.

- Construção de uma plataforma de divulgação e monitorização das ações desenvolvidas no âmbito do Programa Regional para a Promoção da Alimentação Saudável, onde constem informação e materiais educativos sobre alimentação saudável.
- Promoção da literacia alimentar junto a grávidas e aos pais, incentivando e esclarecendo sobre a importância da alimentação saudável para o desenvolvimento da criança, nomeadamente nos primeiros 3 anos de vida.
- Promoção do aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses e com alimentos complementares até aos 2 anos.
- Promoção do aleitamento materno, através da generalização dos "cantinhos de amamentação" nos serviços de saúde, bem como através do incentivo à criação destes espaços nos serviços públicos regionais em geral.
- Sensibilização dos cidadãos para a necessidade de reduzir o consumo de sal, fomentando a utilização de alternativas (p. ex. ervas aromáticas ou salicórnia).
- Implementação do projeto Nutriciência[54] na RAA.
- Promoção de opções alimentares mais saudáveis através da realização de "Workshops de Cozinha Saudável" dirigidos à população em geral.
- Definição, para cada ano letivo, de uma temática principal a trabalhar pelas equipas de saúde escolar nas escolas da RAA, direcionando mais a intervenção, designadamente no que respeita à importância do pequeno-almoço (ano letivo 2018/2019) e à ingestão diária de fruta e de sopa de legumes (ano letivo 2019/2020).
- Colaboração com a Ordem dos Farmacêuticos no projeto "Geração Saudável".
- Colaboração com o Núcleo Regional Açores da Liga Portuguesa Contra o Cancro na implementação dos projetos "Os Super Saudáveis" e "A Liga Aconselha".

Objetivo 4: Capacitar os profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar.

Ações/Medidas:

- Formação dos profissionais dos serviços de ação social na área da alimentação saudável, em particular dos que contatam com populações com baixos níveis de rendimento e literacia e que são responsáveis pela gestão de programas de distribuição de alimentos.

[54] O Nutriciência: Jogar, Cozinhar e Aprender é um projeto de investigação desenvolvido pela Universidade do Porto (Faculdade de Letras, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação e Faculdade de Engenharia), e a sua implementação visa o aumento da sensibilidade e da literacia nutricionais das famílias açorianas, destinando-se a crianças do ensino pré-escolar (dos 3 aos 5 anos) das IPSS, bem como às respetivas famílias e educadores. Consiste numa intervenção online, que assenta numa plataforma interativa digital na qual se pretende mais especificamente promover o aumento do consumo de hortofrutícolas, a diminuição da ingestão de sal e de açúcar. Pretende-se que o projeto culmine com a produção de um programa de culinária a emitir na RTP Açores. Mais informação sobre o projeto em: https://nutriciencia.pt/.

- Formação dos trabalhadores dos municípios/freguesias e IPSS, integrados nos serviços de alimentação/refeitórios, sobre alimentação saudável, manipulação dos alimentos e confeção de refeições, bem como sobre estratégias de combate ao desperdício alimentar.
- Formação dos profissionais da área da restauração sobre alimentação saudável e sobre os riscos do consumo excessivo de sal, açúcar e gorduras.

Objetivo 5: Melhorar os métodos de intervenção e articulação dos profissionais e serviços de saúde no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação de cidadãos com excesso de peso/obesidade.

Ações/Medidas:

- Monitorização da implementação do Processo Assistencial Integrado (PAI) da Pré-obesidade no Adulto nos serviços do SRS.
- Definição de planos locais de ação pelas Unidades de Saúde de Ilha, com vista à redução das prevalências de excesso de peso e obesidade infantil, que contemplem a promoção da alimentação saudável e a prática atividade física.
- Redefinição e harmonização dos critérios de acesso e referenciação dos cidadãos açorianos a consultas de Nutrição das USI e Hospitais, EPER.
- Disponibilização de Manuais de Boas Práticas e orientações técnicas, para apoio à atividade assistencial dos prestadores de cuidados de saúde.

Objetivo 6: Garantir o acesso a informação de qualidade sobre hábitos alimentares, seus determinantes e consequências.

Ações/Medidas:

- Adequar os sistemas de informação na área da saúde para que seja possível a recolha, de forma regular e sistematizada, deste tipo de informação.
- Incentivar os profissionais de saúde a melhorar o registo nas plataformas informáticas existentes nos serviços, no sentido de obter informação fidedigna sobre o estado nutricional e acompanhamento dos utentes.
- Caracterizar a produção hospitalar relacionada com o estado nutricional segundo o diagnóstico principal, nomeadamente o relativo a “peso a mais e obesidade”.

4. MONITORIZAÇÃO DO IMPACTO DAS AÇÕES/MEDIDAS PROPOSTAS

Indicador 1.: Aumentar o número de pessoas que consomem fruta e hortícolas diariamente em 5%, até 2020

- Valor base (Fonte: InReS 2014):
  - 63,4% para o consumo diário de fruta;
  - 35,7% para o consumo diário de legumes (salada/cozinhados)
- Método de avaliação: bienal, através da aplicação do InReS

Indicador 2.: Aumentar o número de pessoas que ingerem diariamente entre 1 a 1,5l de água em 5%, até 2020

- Valor base (Fonte: InReS 2014):
  - 26,5%
- Método de avaliação: bienal, através da aplicação do InReS

Indicador 3.: Aumentar o número de pessoas que faz 5 a 6 refeições por dia em 5%, até 2020.

- Valor base (Fonte: InReS 2014):
  - 27,9%
- Método de avaliação: bienal, através da aplicação do InReS

Indicador 4.: Controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2020.

- Valor base (Fonte: COSI, 2013):
  - 10% de obesidade em crianças em idade escolar (7 anos);
  - 14% de excesso de peso em crianças em idade escolar (7 anos)
- Método de avaliação: de acordo com a calendarização das edições COSI

Indicador 5.: Diminuir o número de crianças que não tomam o pequeno-almoço todos os dias em 5%, até 2020.

- Valor base (Fonte: SVCRJ 2015-2016):
    - 22,7%
- Método de avaliação: através do SVCRJ (monitorização anual)

Indicador 6.: Diminuir o número de crianças que não comem fruta todos os dias em 5%, até 2020.

- Valor base (Fonte: SVCRJ 2015-2016):
    - 11,5%
- Método de avaliação: através do SVCRJ (monitorização anual)

Indicador 7.: Diminuir o número de crianças que não comem sopa de legumes todos os dias em 5%, até 2020.

- Valor base (Fonte: SVCRJ 2015-2016):
    - 17%
- Método de avaliação: através do SVCRJ (monitorização anual)

Indicador 8.: Aumentar a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 14 anos com registo de IMC em 10%, até 2020

- Valor base (Fonte: SISA, 2016):
    - 38,6%
- Método de avaliação: anual