

Hábitos alimentares inadequados, excesso de peso e outros fatores de risco metabólico foram os principais determinantes para a carga da doença

GBD Study, Portugal, 2021

NOTA INTRODUTÓRIA

A identificação dos fatores de risco que mais condicionam a carga da doença é determinante para a decisão em saúde pública e contribui para uma adequada priorização das ações a implementar, nomeadamente as que se enquadram no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Existem diferentes fatores que condicionam a forma como vivemos e o nosso estado de saúde. Os fatores de risco modificáveis como a alimentação inadequada, o tabagismo, o elevado consumo de bebidas alcoólicas e a inatividade física e sedentarismo, tornaram-se os que mais condicionam a carga da doença em Portugal.

Desde o ano de 2016 que Portugal, através da Direção-Geral da Saúde, integra o *Global Burden Disease Study* (GBD), um consórcio e estudo internacional, coordenado pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* da Universidade de Washington, que tem como objetivo fornecer estimativas sobre as causas da carga global da doença, bem como a carga da doença atribuída a diferentes fatores de risco (88 fatores de risco) em 204 países (1).

O *Global Burden Disease Study* (GBD) integra um conjunto alargado de dados epidemiológicos de morbilidade e mortalidade relativos às principais doenças e fatores de risco e utiliza um conjunto de ferramentas de análise estatística que permite obter estimativas comparáveis sobre a carga da doença e seus fatores de risco a nível global (1).

Neste documento descrevem-se os resultados para Portugal relativos à carga da doença atribuída a fatores de risco relacionados com a alimentação e o estado nutricional, em 2021.

NOTA METODOLÓGICA

Os dados apresentados neste documento são provenientes do *Global Burden Disease Study* (GBD) e são relativos ao ano de 2021 e a Portugal. As medidas utilizadas para medir a carga global da doença, disponíveis no GBD e utilizadas neste relatório foram as seguintes: 1) DALYs – Anos de vida perdidos por morte ou incapacidade e 2) mortalidade. O GBD apresenta a carga da doença atribuída aos diferentes fatores de risco em quatro níveis diferentes, em que o nível 1 corresponde a um maior nível de agregação dos fatores de risco, em apenas 3 grupos (metabólicos, comportamentais e ambientais) e os níveis 2, 3 e 4 apresentam os diferentes fatores de risco com maior grau de desagregação e detalhe. Neste documento, serão apresentados os fatores de risco do nível 2 e ainda os dados relativos aos fatores de risco alimentar. Relativamente aos fatores de risco alimentar, o GBD engloba 15 fatores de risco diferentes (baixo consumo de fruta, baixo consumo de hortícolas, baixo consumo de cereais integrais, baixo consumo de frutos oleaginosos e sementes, baixo consumo de leite, elevado consumo de carne vermelha, elevado consumo de carne processada, elevado consumo de bebidas açucaradas, baixa ingestão de fibra, baixa ingestão de cálcio, baixa ingestão de ácidos gordos ómega-3, baixa ingestão de ácidos gordos polinsaturados e elevada ingestão de sódio). A identificação destes 15 fatores de risco teve por base a existência de informação suficiente para estimar a sua exposição, bem como a existência de informação epidemiológica robusta que suporta uma relação de causa efeito entre a exposição ao fator de risco e *outcomes* de saúde. No anexo 1, descrevem-se os critérios de níveis de ingestão/consumo adequados que foram estabelecidos para cada um dos fatores de risco alimentar. Relativamente ao fator de risco “IMC (Índice de Massa Corporal) elevado” esclarece-se que engloba a pré-obesidade e a obesidade (IMC ≥ 25 kg/m²). Os dados apresentados neste documento são relativos a toda a população e não de forma desagregada por grupo etário, porém, para os DALYs atribuídos aos diferentes fatores de risco, apresenta-se também a informação desagregada por sexo. Para avaliar tendências ao longo do tempo, para as principais métricas em análise foi realizada uma análise entre 2000 e 2023.

RESULTADOS

Em 2021, os hábitos alimentares inadequados dos portugueses foram o quinto fator de risco (5,8% do total de DALYs) que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável, de acordo com o estudo *Global Burden of Disease* (GBD). Este fator de risco modificável contribuiu para a perda de anos de vida saudável dos portugueses, porque contribui para a carga da doença associada a doenças cardiovasculares (94.250,57 DALYs; 2,6% do total), a diabetes e doenças renais (67.717,94 DALYs; 1,9% do total), bem como a neoplasias (47.720,89 DALYs; 1,3% do total) (Figura 1). Outros fatores de risco relacionados com os hábitos alimentares, tais como glicose plasmática elevada (8,7% do total de DALYs), IMC elevado (7,4% do total de DALYs) e hipertensão arterial (7,0% do total de DALYs) estão entre os 3 fatores que mais contribuíram para a perda de anos de vida saudável em 2021 (Figura 1). Verificam-se diferenças entre o sexo feminino e masculino, para o contributo do IMC elevado e dos hábitos alimentares inadequados para o total de DALYs (IMC elevado: 8,3% do total de DALYs nas mulheres vs 6,5% nos homens; hábitos alimentares inadequados: 5,4% do total de DALYs nas mulheres vs 6,3% nos homens) (Figuras 2 e 3).

No que diz respeito à mortalidade, os hábitos alimentares inadequados foram o terceiro fator de risco que mais contribuiu para o total de mortes em Portugal em 2021 (8,3%) (Figura 4).

RESULTADOS

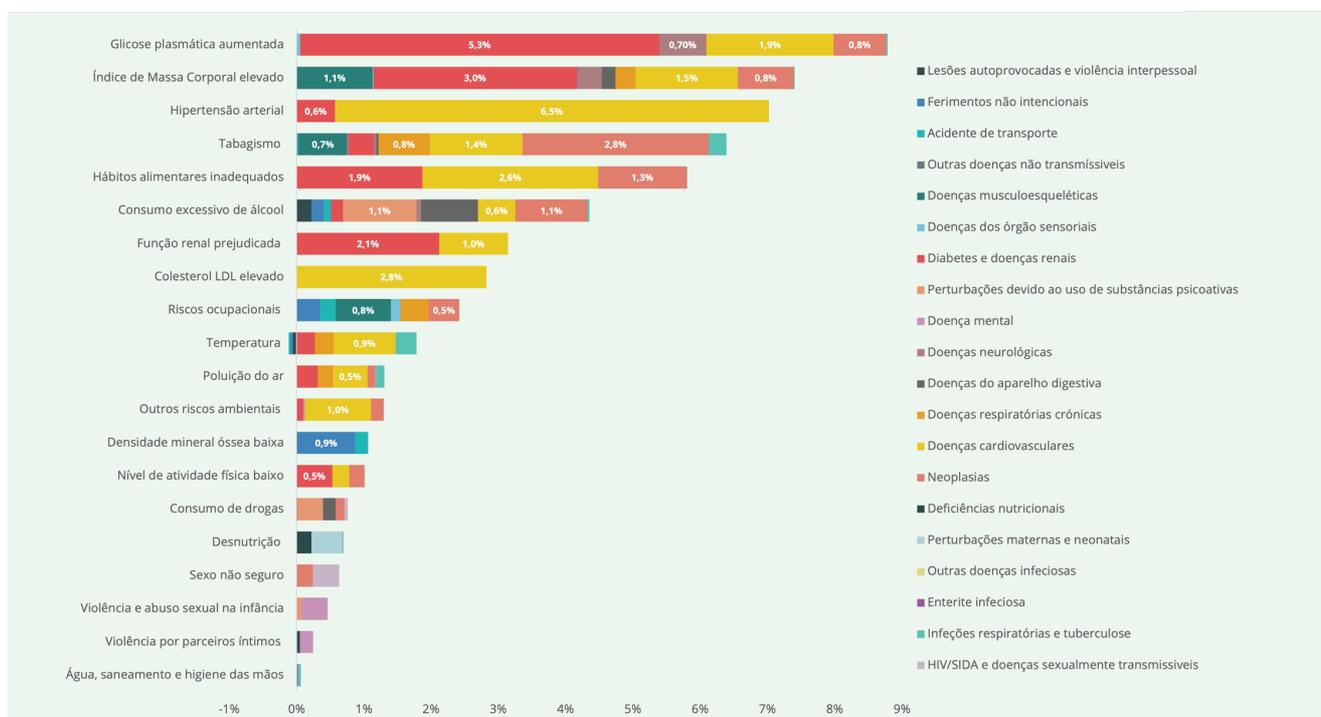


Figura 1. Percentagem do total de DALYs por fator de risco e doença associada, 2021.

Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

A hipertensão arterial (13,3% do total de mortes), a glicose plasmática elevada (11,4% do total de mortes) e o IMC elevado (7,5% do total de mortes) são os outros fatores de risco que complementam o top 4 dos fatores de risco tiveram mais peso na mortalidade em 2021 (Figura 4).

Comparativamente a 2000, ou seja, nestas duas últimas décadas em Portugal, o excesso de peso (inclui pré-obesidade e obesidade) ultrapassou o tabaco como um dos fatores de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudável e para a mortalidade (IMC elevado contribuiu para 7,4% do total de DALYS e 7,5% do total de mortes em 2021 vs 5,8% e 6,5% em 2000). Por outro lado, para os hábitos alimentares inadequados verificou-se uma diminuição do seu contributo para os DALYS e para a mortalidade (hábitos alimentares inadequados contribuíram para 5,8% do total de DALYS e 8,3% do total de mortes em 2021 vs 6,2% e 10,0% em 2000) (*Global Burden of Disease Study 2021* (GBD 2021)).

Relativamente aos hábitos alimentares, o baixo consumo de cereais integrais (62.238,56 DALYS; 1,72% do total), o elevado consumo de carne vermelha (44.060,02 DALYS; 1,21% do total), e o elevado consumo de carne processada (32.130,30 DALYS; 0,90% do total), destacam-se como os 3 principais fatores que contribuem para a perda de anos de vida saudável. Estes três fatores são responsáveis por cerca de 138.428,88 DALYS (Figura 5). Os fatores de risco alimentar que mais contribuem para o total de mortes por doenças cardiovasculares, diabetes, doenças renais e neoplasias são semelhantes aos verificados para a perda de anos de vida saudável, estando o baixo consumo de cereais integrais, o elevado consumo de carne vermelha, baixo consumo de fruta, e elevada ingestão de sódio e elevado consumo de carne processada entre os 5 primeiros fatores de risco alimentar (Figura 6).

RESULTADOS

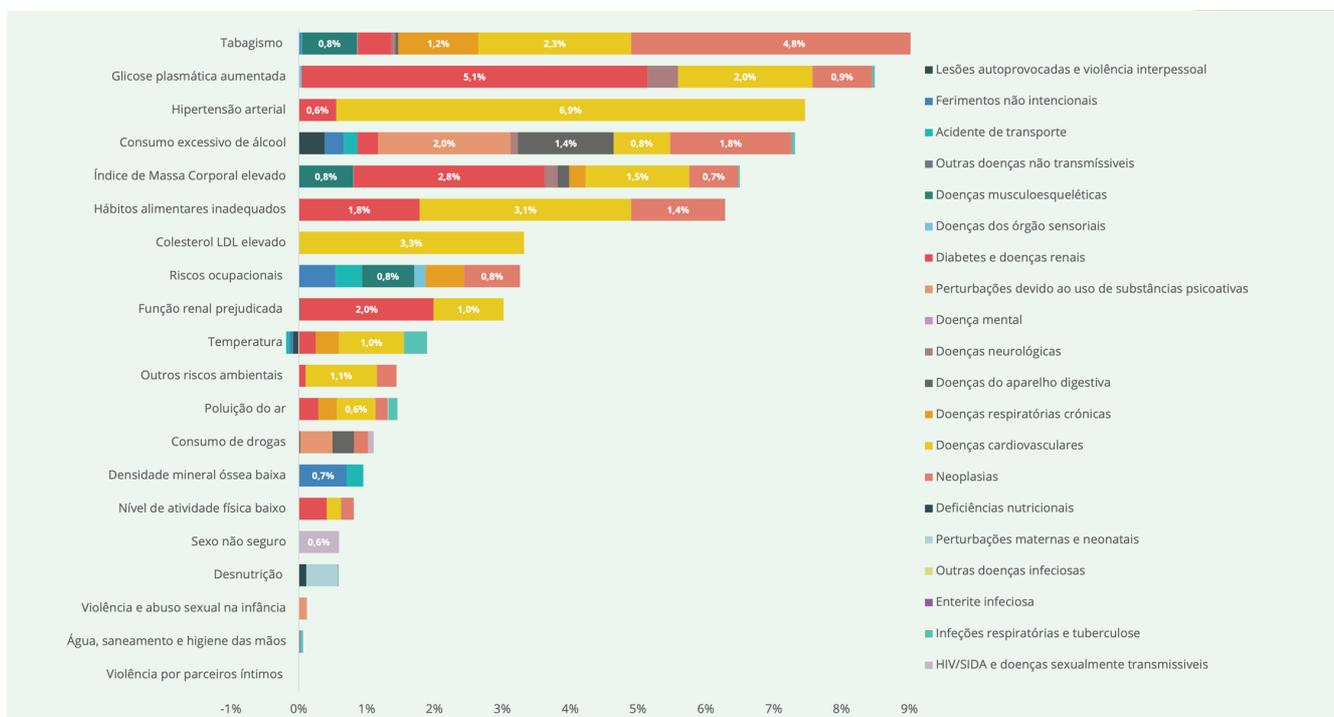


Figura 2. Percentagem do total de DALYs por fator de risco e doença associada, sexo masculino, 2021.

Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

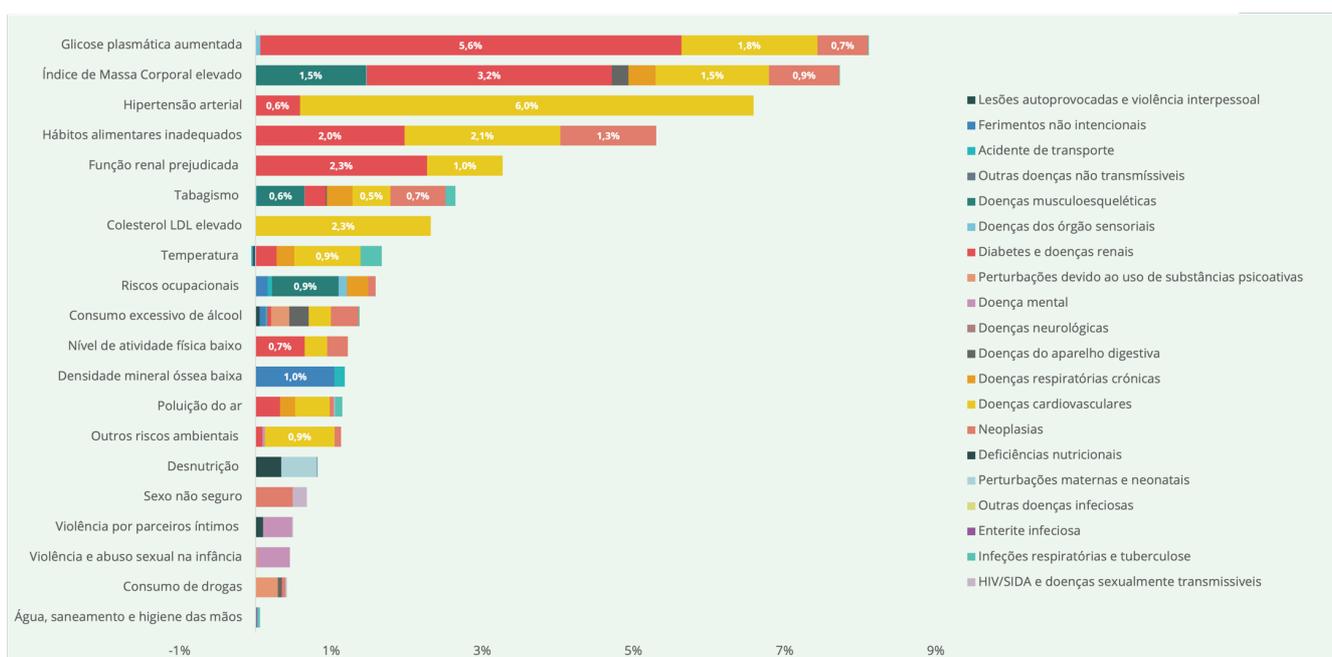


Figura 3. Percentagem do total de DALYs por fator de risco e doença associada, sexo feminino, 2021.

Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

RESULTADOS

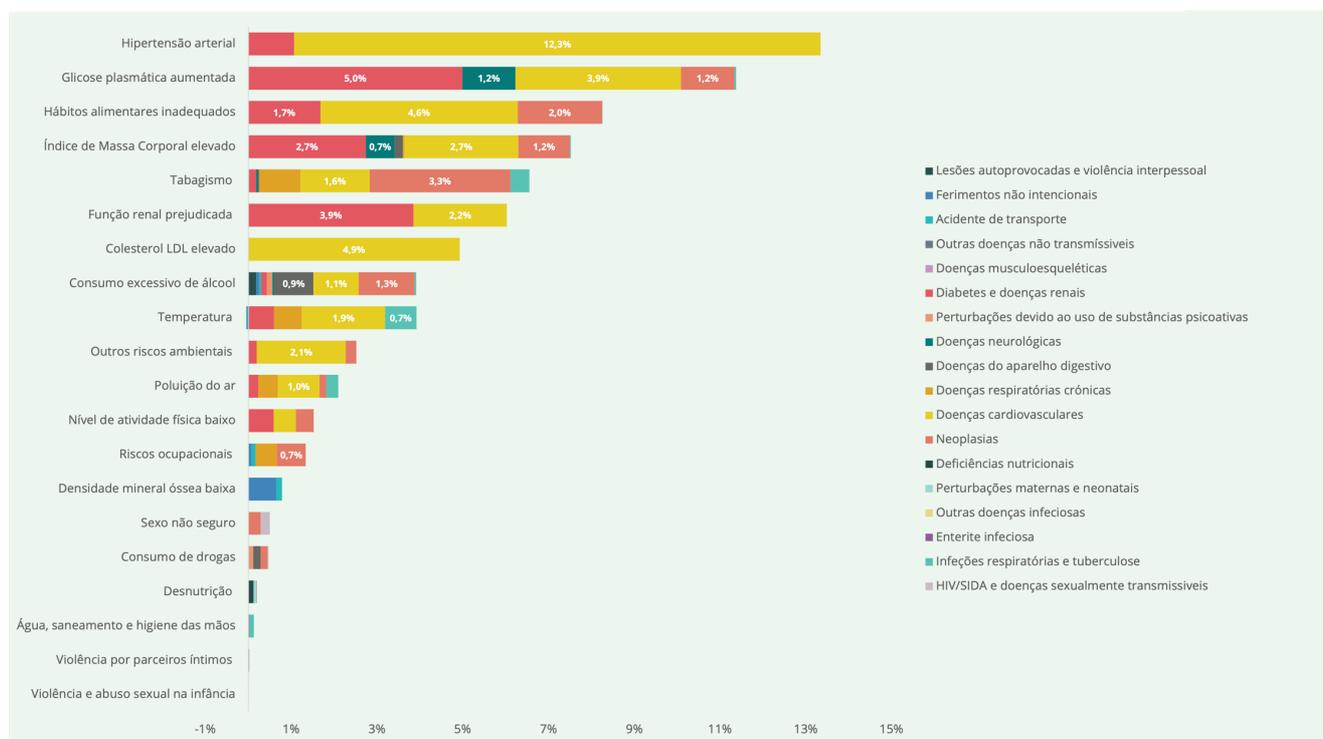


Figura 4. Percentagem do total de mortes por fator de risco e doença associada, 2021.

Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

Top 5 dos fatores de risco que mais contribuem para a mortalidade

Portugal, 2021

Hipertensão arterial

13%

Hiperglicemia

11%

Alimentação inadequada

8%

Excesso de peso

8%

Tabagismo

7%

RESULTADOS

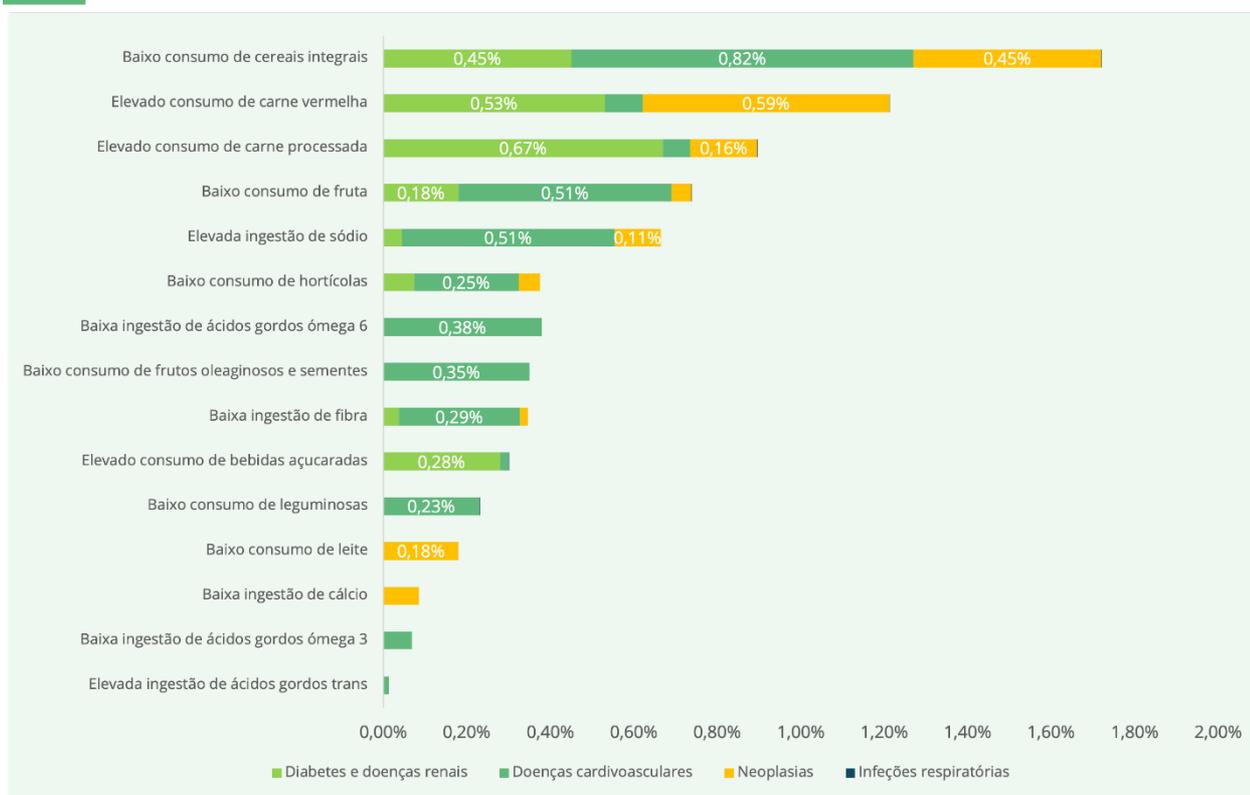


Figura 5. Percentagem do total de DALYs por fator de risco alimentar e doença associada, 2021.

Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

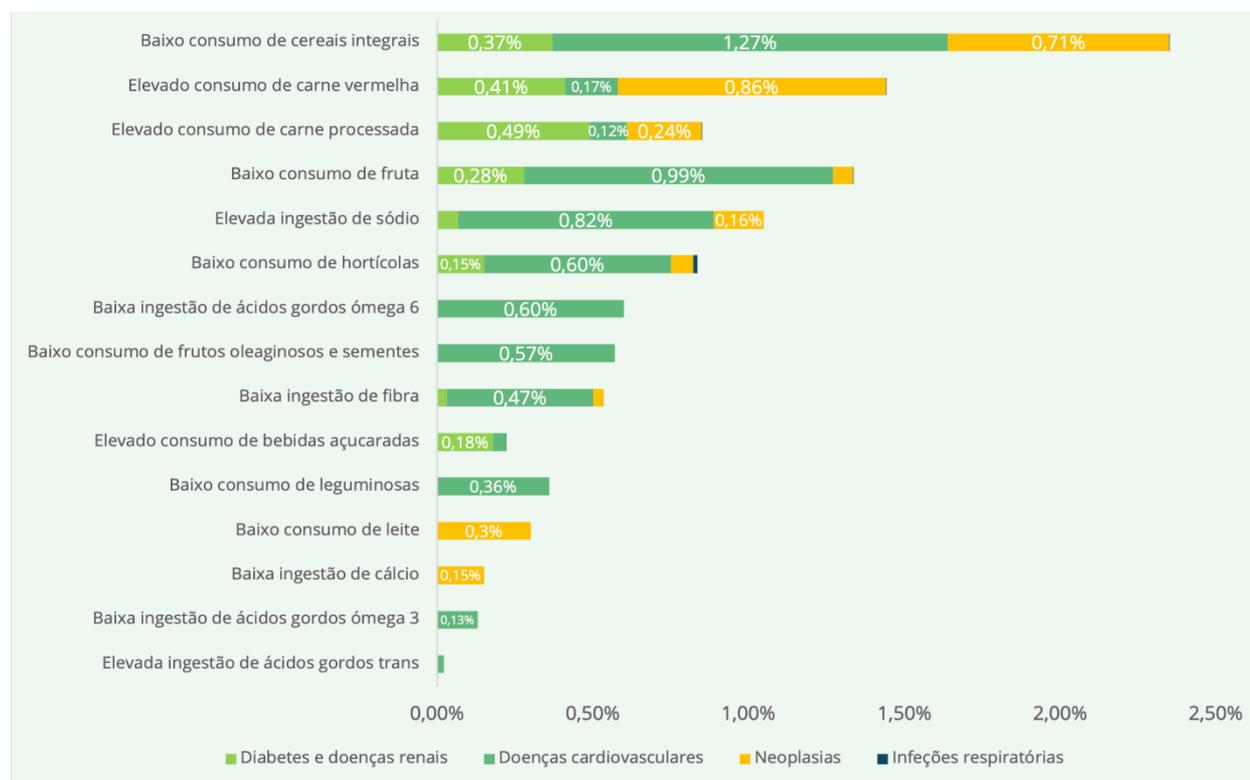


Figura 6. Percentagem do total de mortes por fator de risco alimentar e doença associada, 2021.

Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

RESULTADOS

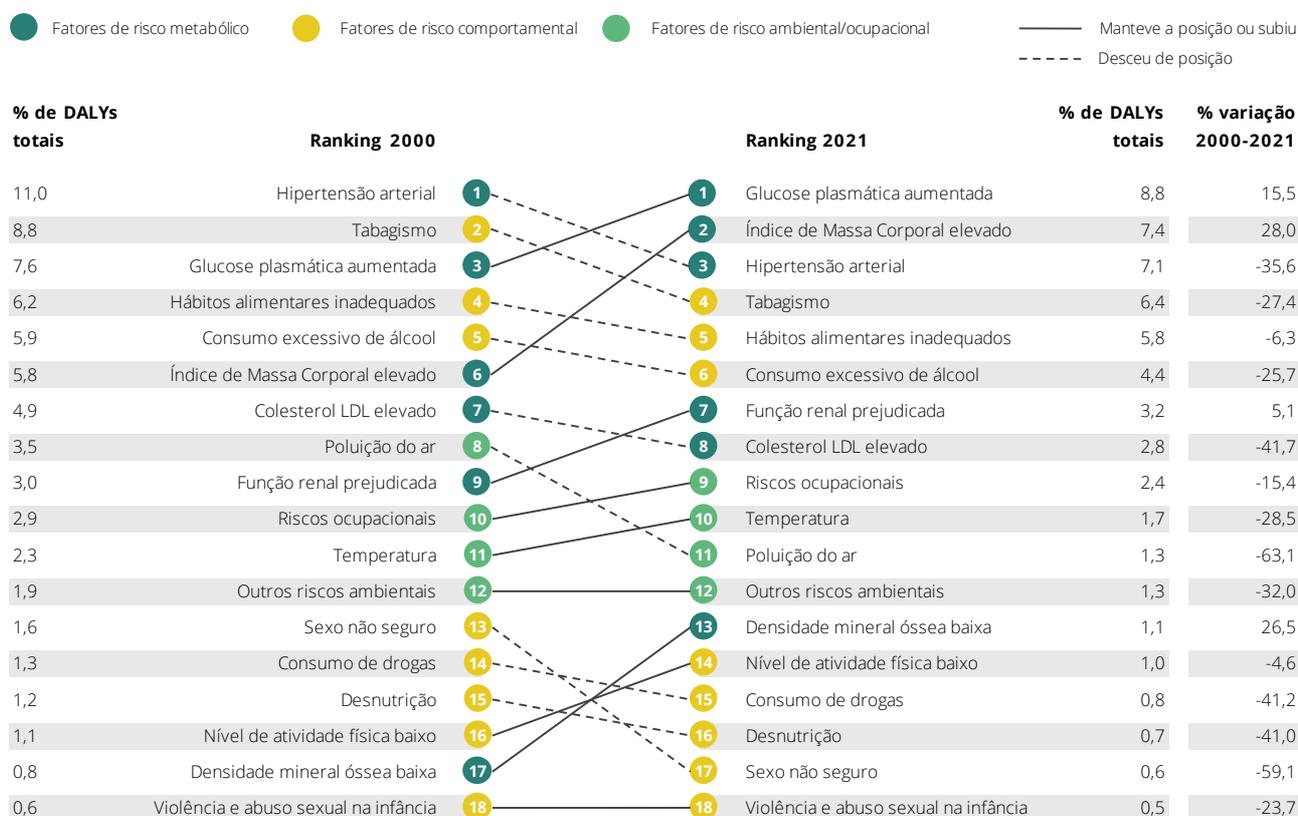


Figura 7. Principais fatores de risco atribuíveis aos DALYs, entre 2000 e 2021.

Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

Fator de risco com maior tendência de crescimento

Portugal, 2000-2021

Excesso de peso

Entre 2000 e 2021



+28% do total de DALYs
+14% do total de mortes

Nos últimos 20 anos (entre 2000 e 2021), o IMC elevado foi o fator de risco que mais ganhou peso para o total de DALYs, tendo verificado um aumento de 28,0% dos DALYs atribuídos ao IMC elevado. Já para os hábitos alimentares inadequados, no mesmo período em análise, verificou-se uma diminuição de 6,3% na influência deste fator de risco para o total de DALYs (Figura 7). Apesar desta tendência para um menor contributo dos hábitos alimentares inadequados para a carga da doença, em 2021 este fator de risco mantém-se no top 5 dos fatores de risco que mais contribuem para a perda de anos de vida saudável e é o terceiro fator de risco que mais contribuiu para o total de mortes no mesmo ano.

RESULTADOS

Para os fatores de risco alimentar, os dados do *Global Burden Disease* mostram que o elevado consumo de bebidas açucaradas (+37,13%), o elevado consumo de carne vermelha (+22,53%), o elevado consumo de carne processada (+21,59%) e o baixo consumo de hortícolas (+21,51%), foram os fatores de risco onde se verificou um maior aumento nos DALYs entre 2000 e 2021. Por oposição, a elevada ingestão de ácidos gordos *trans* foi o fator risco alimentar onde se verificou um maior decréscimo (-84,00%) na contribuição para os DALYs, entre 2000 e 2021 (Figura 8).

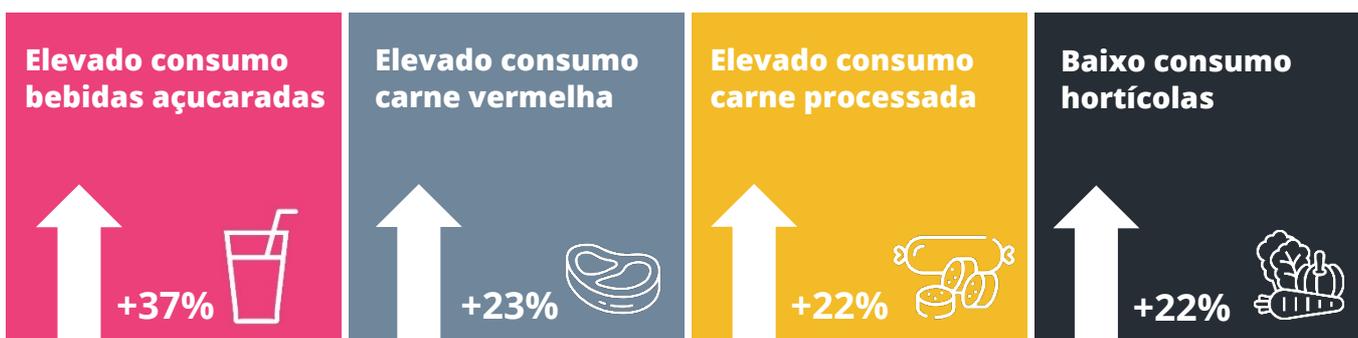


Figura 8. Principais fatores de risco alimentar atribuíveis aos DALYs, entre 2000 e 2021.

Fonte: GBD 2021, IHME (Dados exportados em maio 2024).

Fatores de risco alimentar com maior tendência de crescimento para o total de DALYs

Portugal, 2000-2021



CONCLUSÕES

Em Portugal, os hábitos alimentares inadequados constituem-se como um dos principais determinantes dos anos de vida saudável perdidos. Segundo estes dados deste relatório, os hábitos alimentares inadequados, foram o terceiro fator de risco que mais contribuiu para o total de mortes em Portugal em 2021 (8,3%).

Se adicionarmos o impacto da alimentação inadequada com outros determinantes que indiretamente podem ser causados pelo modo como comemos, como a glicose plasmática elevada, o IMC elevado e a hipertensão arterial, então a alimentação inadequada, passa a ser, significativamente, a principal responsável pelo aparecimento de doença (como as doenças cardiovasculares, diabetes, doenças renais e neoplasias) e pela perda de qualidade de vida dos portugueses em 2021.

Os fatores de risco alimentar que mais contribuem para o total de mortes, estão relacionados com o excesso de consumo de três categorias de alimentos – a carne vermelha, a carne processada e a elevada ingestão de sal e com o insuficiente consumo de cereais integrais, fruta e hortícolas. Todos estes fatores são modificáveis, não obrigam ao aumento significativo de custo para o cidadão e a ser atingidos poderiam ter um impacto positivo adicional a nível ambiental.

Ao observarmos a evolução dos determinantes da doença e dos anos de vida saudável perdidos pelos portugueses na última década, verificou-se que o excesso de peso é um determinante que ganha maior preponderância e ocupa agora a segunda posição nesta lista. Na área alimentar, o elevado consumo de bebidas açucaradas, o consumo elevado de carne vermelha e de carne processada e o baixo consumo de hortícolas ganham força durante as duas últimas décadas, aumentando a proporção da sua influência na saúde dos portugueses.

Estes dados, reforçam a relevância das medidas de saúde pública que a Direção-Geral da Saúde tem vindo apoiar tecnicamente ao longo dos últimos anos, nomeadamente o imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas e as restrições à publicidade destas bebidas dirigida a menores de 16 anos, bem como a limitação da sua disponibilidade em espaços públicos com as escolas e as instituições do Serviço Nacional de Saúde. Os dados do GBD de 2021 apoiam também a importância das medidas que promovem uma redução da frequência da presença de carne vermelha e processada nas cantinas escolares e na alimentação hospitalar, que a Direção-Geral da Saúde e Direção-Geral da Educação têm vindo a promover.

A maior redução verificada ocorreu com a ingestão de ácidos gordos *trans* (-84,03% para o total de DALYs, entre 2000 e 2021), o que demonstra o sucesso das medidas de saúde pública que estabelecerem limites máximos para o teor de ácidos gordos *trans* nos alimentos (acordo para a reformulação dos produtos alimentares (redução do teor de ácidos gordos *trans* nos produtos de pasteleria e nas gorduras industriais) e Regulamento n.º 2019/649 da Comissão Europeia, de 24 de abril, que estabeleceu o limite máximo de ácidos gordos *trans* nos alimentos para um valor que não deve exceder 2 g de ácidos gordos *trans* por 100 g de gordura).

CONCLUSÕES

O IMC elevado, que inclui a pré-obesidade e a obesidade, foi o fator de risco para o qual se verificou uma maior tendência de crescimento no contributo para a carga da doença em Portugal entre 2000 e 2021. Estes dados podem dever-se ao envelhecimento populacional, mas também ao aumento da prevalência de pré-obesidade e de obesidade que se tem verificado em Portugal ao longo das últimas décadas. Reforçam assim a necessidade de intensificar os esforços para a implementação de medidas na área da prevenção e tratamento da obesidade, nomeadamente através da implementação do Modelo Integrado de Cuidados para a Prevenção e Tratamento da Obesidade, determinado pelo Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro e através da implementação de outras medidas que visem tornar os ambientes alimentares menos obesogénicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden Disease Study 2021; 2024.
2. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2019; 393; 1958-72. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)

ANEXO 1

Tabela 1. Critérios de níveis de ingestão/consumo adequados para fatores de risco alimentar.

Definição de exposição	Nível adequado de ingestão/consumo (e intervalo adequado de ingestão/consumo)	
Baixo consumo de fruta	Consumo médio diário de fruta (fresca, congelada, cozinhada, enlatada ou desidratada, excluindo sumos de fruta e frutas salgadas ou em pickle)	250 g (200-300) por dia
Baixo consumo de hortícolas	Consumo médio diário de hortícolas (frescos, congelados, cozinhados, enlatados ou desidratados, excluindo leguminosas e hortícolas salgadas ou em pickle, sumos, frutos oleaginosos, sementes, tubérculos e amiláceos como as batatas e o milho)	360 g (290-430) por dia
Baixo consumo de leguminosas	Consumo médio diário de leguminosas (frescas, congeladas, cozinhadas, enlatadas ou secas)	60 g (50-70) por dia
Baixo consumo de cereais integrais	Consumo médio de cereais integrais (mantendo as proporções naturais de farelo, gérmen e endosperma) em cereais de pequeno-almoço, pão e outros produtos de panificação, arroz, massa, tortillas, e outras fontes.	125 g (100-150) por dia
Baixo consumo de frutos oleaginosos e sementes	Consumo médio diário de alimentos com frutos oleaginosos e sementes	21 g (16-25) por dia
Baixo consumo de leite	Consumo médio diário de leite, incluindo magro, meio-gordo e gordo, e excluindo bebida de soja e outras alternativas vegetais	435 g (350-520) por dia
Elevado consumo de carne vermelha	Consumo médio diário de carne vermelha (vaca, porco, borrego e cabrito, mas excluindo aves, peixe, ovos e todas as carnes processadas)	23 g (18-27) por dia
Elevado consumo de carne processada	Consumo médio diário de carnes transformadas através de processos como a salmoura, secagem, fermentação ou defumação ou outros processos que visem aumentar o seu tempo de conservação e/ou intensificar o sabor	2 g (0-4) por dia
Elevado consumo de bebidas açucaradas	Consumo médio diário de bebidas com ≥ 50 kcal por porção de 226,8g. Incluindo bebidas gasificadas, refrigerantes, bebidas energéticas, sumo de fruta, mas excluindo os sumos 100% fruta e os sumos de vegetais	3 g (0-5) por dia
Baixa ingestão de fibra	Consumo médio diário de fibra de todas as fontes, incluindo fruta, hortícolas, cereais e leguminosas	24 g (19-28) por dia
Baixa ingestão de cálcio	Consumo médio diário de cálcio de todas as fontes, incluindo leite, iogurte e queijo	1,25 g (1,00-1,50) por dia
Baixa ingestão de ácidos gordos ómega-3	Consumo médio diário de ácido eicosapentaenoico e ácido docosahexaenoico	250 mg (200-300) por dia
Baixa ingestão de ácidos gordos polinsaturados	Consumo médio diário de ácidos gordos ómega-6 de todas as fontes, maioritariamente óleos vegetais, incluindo óleo de soja, óleo de milho e outros	11% (9-13) do valor energético diário
Elevada ingestão de ácidos gordos trans	Consumo médio diário de ácidos gordos trans de todas as fontes, maioritariamente óleos vegetais parcialmente hidrogenados e produtos de origem animal (provenientes de animais ruminantes)	0,5% (0,0-1,0) do valor energético diário
Elevada ingestão de sódio	Excreção urinária de sódio de 24h, medida em g por dia	3 g (1-5) por dia*

* Por forma a refletir a incerteza na evidência atual relativa à ingestão de sódio, considerou-se o intervalo 1-5g por dia como o intervalo de incerteza para a ingestão diária adequada, no qual menos de 2,3 g por dia é a ingestão de sódio associada aos níveis mais baixos de pressão arterial em estudos aleatorizados controlados e 4-5 g é o nível de ingestão de sódio associado ao menor risco de doenças cardiovasculares em estudos observacionais.

Fonte: GBD, IHME.

