



Promoção da alimentação saudável e sustentável

Plano local 2025-2030

Título

PLANO LOCAL DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E
SUSTENTÁVEL
2025-2030, Cascais

Coordenação Executiva

Carlos Carreiras, Presidente da Câmara Municipal de Cascais
Carla Semedo, Vereadora da Saúde, Solidariedade Social e Direitos - Câmara
Municipal de Cascais

Coordenação Técnica

Bárbara Carvalho, Diretora Municipal da Saúde e da Solidariedade Social -
Câmara Municipal de Cascais
Tânia Miguel Soeiro, Técnica Superior da Divisão de Promoção da Saúde e
Bem-Estar - Câmara Municipal de Cascais

Equipa Executora

Tânia Miguel Soeiro, Técnica Superior da Divisão de Promoção da Saúde e
Bem-Estar - Câmara Municipal de Cascais
Ana Cristina Cadete, Chefe de Divisão da Divisão de Promoção da Saúde e
Bem-Estar - Câmara Municipal de Cascais

Imagens

Banco de imagens Freepik
Banco de vetores e ícones Flaticon

Edição

2025

Índice

Siglas e Acrónimos	i
Prefácio	ii
Agradecimentos	iv
 ENQUADRAMENTO	
Desafios globais do sistema alimentar	1
Nutrição global	7
Alimentação, nutrição e sustentabilidade	16
Ambientes e contextos	17
O papel da literacia	20
Sistemas de observação de dados	23
 DADOS LOCAIS	
Onde estamos e para onde vamos	25
 PLPASS 2025-2030	
Planear, implementar e avaliar	32
Pensamento estratégico	35
Intervenção	37
Gestão de projetos de promoção da saúde	41
Indicadores de monitorização e avaliação	47
 BOAS PRÁTICAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL	
Boas Práticas	50
Alimentação Sustentável	51
Políticas públicas de promoção de uma alimentação saudável e sustentável	52
Estratégias de adesão à alimentação saudável e sustentável	54
Observatório da alimentação saudável e sustentável	56
 Bibliografia	 v

Siglas e Acrónimos

AML	Área Metropolitana de Lisboa
CMC	Câmara Municipal de Cascais
COSI	<i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>
DALYs	<i>Disability-Adjusted Life Year</i> (Anos de vida ajustados por incapacidade)
DCNT	Doenças crónicas não transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DGS	Direção-Geral da Saúde
EIPAS	Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável
EMS	Estratégia Municipal de Saúde
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
FAO	<i>Food and Agriculture Organization</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
LAN	Literacia Alimentar e Nutricional
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PLS	Plano Local de Saúde
PNPAS	Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNS	Plano Nacional de Saúde
PO APMC	Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SL3S	Serviço Local de Saúde e Solidariedade Social
UE	União Europeia
ULS	Unidades Locais de Saúde
VET	Valor energético total
YLDs	<i>Years of Healthy Life Lost Due to Disability</i> (Anos de vida saudáveis perdidos devido à incapacidade)
YLL	<i>Years of Life Lost</i> (Anos de vida perdidos por morte prematura)

Sumário

A canalização de esforços para o investimento na promoção de uma alimentação saudável e sustentável encontra-se na agenda global, considerando que a alimentação é um dos determinantes com mais impacto a nível social, na saúde e no ambiente. É reconhecida a importância de um sistema alimentar para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, sendo a alimentação um direito humano inalienável.

Numa clara transição do *global para o local*, a transcrição de diretrizes internacionais ganha uma dimensão personalizada às reais necessidades das populações. Portugal adotou essas orientações, iniciando processos de transferência de competências para os municípios, onde o domínio da saúde se enquadra.

Cascais, como sempre se tem pautado, assumiu de forma pioneira a transferência de competências na saúde, pensando na saúde, qualidade de vida e bem-estar dos seus munícipes, assim como de quem estuda e trabalha no concelho.

Nascida em 2021, a política pública SL3S – Serviço Local de Saúde e Solidariedade Social, integra e articula áreas fundamentais como a saúde, a solidariedade e os direitos sociais, através de um modelo de governança colaborativa.

Decorrente destes movimentos, elabora-se a Estratégia Municipal de Saúde de Cascais 2025-2030, onde a alimentação saudável e sustentável se destaca.

É neste enquadramento que nasce o primeiro Plano Local de Promoção da Alimentação Saudável e Sustentável de Cascais, que pretende orientar e responder aos desafios do sistema alimentar local, contribuindo para a melhoria de indicadores de saúde e dos seus determinantes.

CASCAIS, RESPONDE ASSIM, AO DESAFIO GLOBAL DE CONSTRUIR UMA COMUNIDADE ONDE SE PENSA, PLANEIA E AGE EM PROL DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL, COM IMPACTOS POSITIVOS NESTA GERAÇÃO E EM GERAÇÕES FUTURAS.

O território de Cascais

O município de Cascais está localizado no Distrito de Lisboa. É administrativamente composto por quatro freguesias – Alcabideche, Carcavelos-Parede, Cascais-Estoril e São Domingos de Rana – que cobrem 97,4 km² e abrangem 214.124 habitantes.

O território de Cascais é limitado a norte pelo concelho de Sintra, a sul e oeste pelo oceano e a este pelo Concelho de Oeiras.

Relativamente ao espaços azuis e verdes, Cascais tem 17 praias, 12 parques e jardins, 35 parques infantis e um parque natural com 380 hectares.



Prefácio

Em Cascais, acreditamos que a saúde é sinónimo de bem-estar e de qualidade de vida. E sabemos que a saúde começa na alimentação. Por isso, a alimentação assume um papel central: é fonte de saúde, de identidade cultural, de sustentabilidade ambiental e de coesão social.

O direito a uma alimentação saudável e sustentável é, antes de mais, um direito humano fundamental. Mas é também uma responsabilidade coletiva. Cada escolha individual reflete-se na vida da comunidade, na preservação dos recursos naturais e no equilíbrio das gerações que hão de vir.

Vivemos mais anos do que nunca, fruto do extraordinário progresso da ciência e da medicina. Isso traz-nos uma obrigação acrescida: a de cuidar melhor de nós próprios. Só através de hábitos saudáveis poderemos garantir que esses anos adicionais sejam vividos com qualidade, autonomia e bem-estar.

Vivemos também num tempo em que a promoção de uma alimentação saudável e sustentável está na agenda global. A alimentação é hoje reconhecida como um

dos determinantes com maior impacto a nível social, na saúde e no ambiente, e um sistema alimentar robusto é condição indispensável para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Portugal acolheu estas orientações, iniciando a transferência de competências para os municípios. Cascais, fiel à sua tradição de pioneirismo, assumiu desde cedo essa responsabilidade, sempre com foco na saúde, na qualidade de vida e no bem-estar não apenas de quem aqui vive, mas também de quem aqui estuda e trabalha.

Foi neste contexto que, em 2021, nasceu a política pública SL3S – Serviço Local de Saúde e Solidariedade Social, um modelo de governança colaborativa que articula de forma inovadora saúde, solidariedade e direitos sociais. Dela decorre a Estratégia Municipal de Saúde de Cascais 2025-2030, onde a alimentação saudável e sustentável ocupa um lugar de destaque.

Prefácio (continuação)

Ao longo dos últimos anos, Cascais tem desenvolvido diversas políticas públicas neste domínio, com especial atenção às escolas. A introdução das algas no plano alimentar escolar é um exemplo concreto e pioneiro, que alia inovação nutricional, sustentabilidade ambiental e educação para hábitos de vida mais saudáveis desde cedo. Também o investimento em agricultura local e comunitária tem sido determinante. Na Quinta do Pisão, foi criada uma das maiores hortas do concelho, onde os munícipes podem recolher frescos com as suas próprias mãos, num gesto de proximidade e de valorização do contacto com a natureza. Paralelamente, a criação de hortas comunitárias tornou-se um projeto de referência: desde a inauguração da primeira, em setembro de 2009, já se estendem pelo concelho 31 hortas comunitárias, ocupando cerca de 17 hectares de terreno destinados a hortas, vinhas, pomares e trigo de barbeta. Hoje, 646 famílias beneficiam diretamente destas hortas, reforçando laços comunitários e promovendo a sustentabilidade alimentar.

É neste enquadramento que nasce o primeiro Plano Local de Promoção da Alimentação Saudável e Sustentável 2025-

2030. Mais do que um documento estratégico, trata-se de uma ferramenta de ação e transformação. Procura responder aos desafios concretos do nosso território, valorizar as boas práticas já existentes e abrir caminho a soluções inovadoras que aproximem a saúde, a educação, a solidariedade e o ambiente.

A elaboração deste Plano foi um processo colaborativo, que envolveu técnicos, parceiros institucionais e a comunidade. A todos os que contribuíram com saber, experiência e compromisso, deixo o meu profundo reconhecimento.

O futuro da alimentação em Cascais será construído por todos e para todos. Que este Plano inspire escolhas conscientes, reforce a literacia alimentar e nutricional e ajude a tornar a nossa comunidade mais saudável, mais sustentável e mais resiliente.

Carlos Carreiras
Presidente da Câmara Municipal de Cascais

Agradecimentos

O presente Plano Local representa um processo colaborativo, que pretendeu incluir várias perspetivas relacionadas com o sistema alimentar. Neste sentido, expressam-se os maiores agradecimentos a todos aqueles que participaram nos vários momentos de conceptualização, planeamento e concretização do PLPASS 2025-2030.

Adicionalmente, agradece-se, também, a todos os que incorporarem as orientações do PLPASS 2025-2030 nos seus projetos de intervenção comunitária. Só assim Cascais será um concelho mais resiliente e onde as desigualdades decorrentes da alimentação se atenuam.

ENQUADRAMENTO



DESAFIOS GLOBAIS DO SISTEMA ALIMENTAR

A importância da alimentação saudável ao longo do ciclo de vida

Uma **alimentação desadequada** é, a par do tabagismo, do consumo de álcool e da inatividade física, **um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis** (DCNT), como as doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes.

Estima-se que as DCNT sejam responsáveis por 41 milhões de mortes anualmente, correspondendo a 74% do número total de óbitos a nível global, sendo que as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que 15 milhões de mortes prematuras ocorrerão anualmente até 2030, se nada for feito para o evitar. Sabe-se, também, que 17 milhões dessas mortes ocorrem precocemente antes dos 70 anos de idade, sendo que 86% destas ocorrem em países de renda baixa e média.

As doenças cardiovasculares (DCV) permanecem como a maior causa de morte, responsáveis por 17.9 milhões de mortes, seguidas do cancro (9.3 milhões), das doenças respiratórias crónicas (4.1 milhões) e da diabetes (2 milhões, incluindo mortes por doença renal causada pela diabetes). Na Europa, as DCNT conduziram a uma perda de 3.4 milhões de anos de vida potencialmente produtivos e a uma perda

de 115 bilhões de euros anuais.

O **número elevado de DCNT**, tanto globalmente como em Portugal, acarreta **custos muito elevados para os sistemas de saúde**, impactando negativamente o desenvolvimento económico.

Adicionalmente, o aumento da população idosa levanta desafios aos sistemas de saúde e poderá colocar em causa o objetivo de cobertura de saúde universal, agravando as desigualdades para com esta população, principalmente das que já se encontram em fragilidade socioeconómica e com condições de saúde crónicas.

Em Portugal, os custos diretos com o tratamento do excesso de peso e das doenças a ele associadas equivalem a 10% do total da despesa em saúde e os custos indiretos representam 3.3% do Produto Interno Bruto.

Apesar de uma diminuição face a 2019, os **hábitos alimentares inadequados dos portugueses** foram, em 2021, o **quinto fator de risco que mais determinou a perda de anos de vida saudável**, contribuindo para 5.8% dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) e o terceiro que mais contribuiu para a mortalidade (8.3%).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística relativos ao ano de 2020, as DCV foram a principal causa de morte, responsáveis por quase 35 mil mortes, correspondendo a 28% do total de óbitos registados. No mesmo ano, as mortes por cancro corresponderam a 22.9% do total de óbitos, o que equivale a mais de 28 mil pessoas e as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por cerca de 11 mil mortes, o correspondente a 9.1% da mortalidade total. Em relação à diabetes, o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2023) indica que a prevalência da doença continua a aumentar, afetando 14.1% da população entre 20 e os 79 anos e que 28.6% apresenta hiperglicemia intermédia, tolerância diminuída à glucose ou ambas.

Causa	2011	2021
Enfarte	1	1
COVID-19	-	2
Doença cardíaca isquémica	2	3
Doença de Alzheimer	4	4
Infeção respiratória inferior	3	5
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	5	6
Doença renal crónica	9	7
Cancro do pulmão	7	8
Cancro colorretal	6	9
Diabetes	8	1

Doenças comunicáveis, materno, neonatal e nutricionais

Doenças crónicas não transmissíveis

Figura 1 – Dez principais causas de mortalidade por 100k em 2021, para todas as idades. Adaptado de Institute for Health Metrics and Evaluation, Portugal.

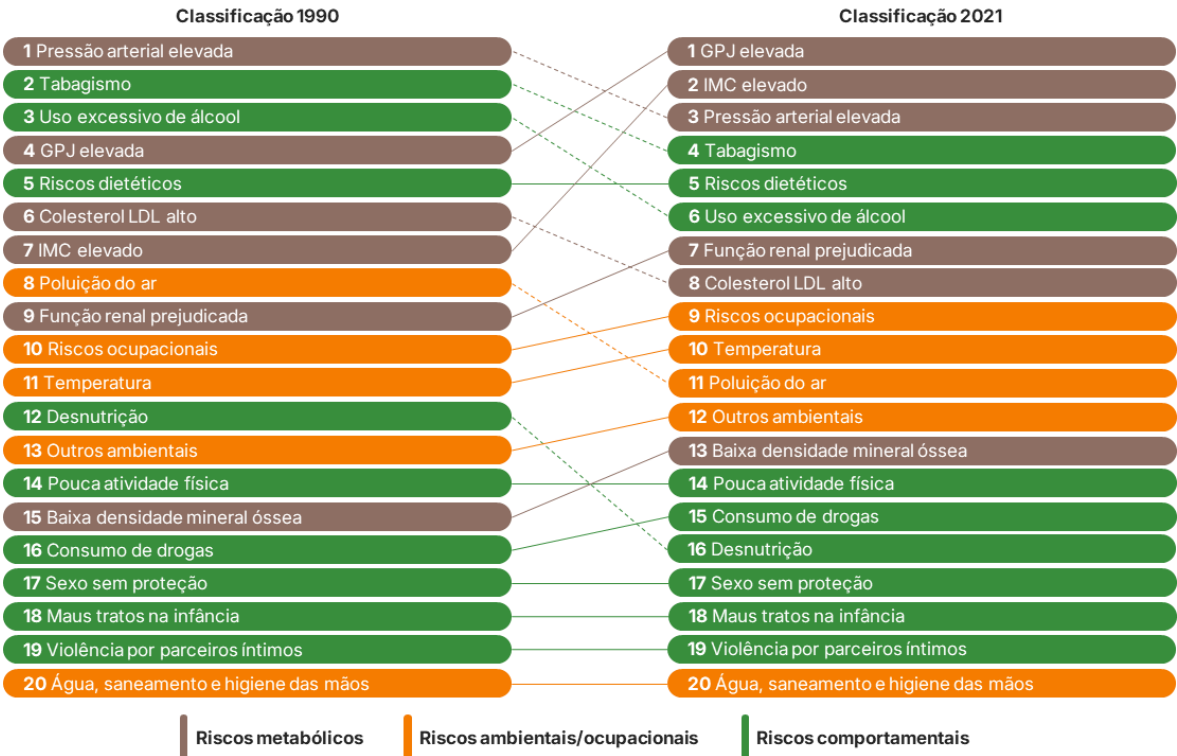


Figura 2 – Classificações de causas/riscos, para ambos os sexos, todas as idades, percentagem do total de DALYs, Portugal, comparação 1990 – 2021. Adaptado de Institute for Health Metrics and Evaluation.

A par do cenário mundial e europeu, Portugal enfrenta alterações demográficas devido ao envelhecimento da população associado a uma baixa taxa de natalidade, acompanhadas de desafios económicos, sociais, culturais, políticos e de saúde. Em Cascais também se encontram cada vez mais idosos do que jovens, principalmente na freguesia de Alcabideche (índice de envelhecimento 164,2 em 2022).

O **custo-benefício de uma vida mais longa**, mas atualmente com **maior carga de doença**, levanta questões prioritárias de como **promover um envelhecimento saudável**, para além de prevenir DCNT. A malnutrição em todas as suas formas continua a representar um desafio de saúde pública, aliado à complexidade e evolução do sistema alimentar, que tem conduzido à exposição e ingestão de dietas nutricionalmente desequilibradas e/ou inseguras em todos os países.



Objetivo 3.4

Até 2030, reduzir 1/3 a mortalidade prematura por DCNT através da prevenção e tratamento e promoção da saúde mental e bem-estar.

Apesar da diminuição do número de pessoas com fome, tem-se verificado um **aumento na desnutrição**. Esta situação é particularmente relevante na infância, pelo impacto no desenvolvimento físico e cognitivo e pelo risco de desenvolvimento de obesidade e de DCNT. A deficiência de vitaminas e minerais como, por exemplo,

em ferro, ácido fólico e/ou vitamina B12 nas mulheres grávidas, compromete a saúde da mãe e do bebé. Por último, mas não menos importante, o **aumento da prevalência do excesso de peso** (pré-obesidade e obesidade) tem obrigado a **esforços internacionais concertados**, por forma a **combater esta pandemia**.

Não sendo uma problemática exclusiva dos países de renda baixa, países de renda alta, como os da Europa ocidental, onde Portugal está incluído, apresentaram 1.4 milhões de DALYs por baixo peso à nascença e 3877974 anos vividos com incapacidade (YLDs) por mulheres em idade fértil com anemia (2021). De reforçar que um baixo peso à nascença é um fator de risco de mortalidade e de morbilidade, como a obesidade. Outro indicador que não será atingido em 2030 por estes países será o do aleitamento materno exclusivo (até aos seis meses de idade), contribuindo para uma maior exposição a doenças infecciosas e a deficiências nutricionais.

Cumulativamente, o **crecimento populacional** associado às **alterações climáticas** e à **crescente migração urbana**, irá colocar uma **pressão crescente no sistema alimentar**, resultando em doença, morte, perdas económicas e degradação ambiental. Verifica-se que a Área Metropolitana de Lisboa (AML) foi a que registou um maior número de famílias residentes em áreas predominantemente urbanas (96.2%; 2022/2023).

Neste enquadramento, importa reforçar o papel que a adoção de uma alimentação saudável tem ao longo de todo o ciclo de vida e a importância da existência de respostas locais. Devido à complexidade do sistema alimentar, as diferenças locais podem contribuir para diversos problemas de saúde, que exigem intervenções adaptadas às reais necessidades da população.

ALGUNS DOS FATORES DE RISCO METABÓLICOS QUE MAIS CONTRIBUEM PARA O RISCO DE DESENVOLVER DCNT SÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL, A HIPERGLICEMIA, O EXCESSO DE PESO (PRÉ-OBESIDADE E OBESIDADE) E DISLIPIDEMIA.

A aposta em políticas locais de alimentação e nutrição deverá contemplar as idiossincrasias de toda a população, tendo como objetivo *major* garantir uma alimentação adequada e sustentável.

O custo anual global com a obesidade é de, aproximadamente, 854 biliões de euros, podendo poupar-se 370 biliões/ano com a diminuição da prevalência da obesidade em 5% entre 2020 e 2060.

O conceito de dupla carga de malnutrição (concomitância de desnutrição e excesso de peso) sublinham a necessidade da existência de estratégias integradas que permitam uma abordagem holística, efetiva e sustentável deste problema.

Projeta-se que, em 2030, haja um aumento de 6.8% na prevalência de excesso de peso

infantil, face a 2012. De acordo com os dados do estudo COSI Portugal (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*), de 2019 para 2022 verificou-se uma quebra na tendência decrescente da prevalência do excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) infantil, com 31.9% das crianças em idade escolar do primeiro ciclo a apresentarem excesso de peso, das quais 13.5% em obesidade. Já 36.6% da população adulta encontra-se em pré-obesidade e 16.9% em obesidade.

Estes dados contribuem para a perpetuação do aumento da prevalência da obesidade, com impacto ao nível da carga das doenças cardiometabólicas, da pressão arterial elevada e de outras condições crónicas.

"A SOLUÇÃO PARA A EPIDEMIA DA OBESIDADE É VONTADE POLÍTICA, UM PLANO DE AÇÃO E RECURSOS E COMPROMETIMENTO PARA O EXECUTAR." *WHO acceleration plan to stop obesity, 2023*

Adicionalmente, a prevalência de atividade física insuficiente nos adolescentes foi de 84.3% em 2016 e 43% da população portuguesa com mais de 14 anos é considerada sedentária. Considerando a ligação entre a prática de atividade física, a adesão a outros comportamentos saudáveis (como praticar uma alimentação saudável ou uma boa qualidade do sono) e resultados em saúde, a aposta em programas e projetos complementares contribuirá para potenciar a alteração comportamental.

Deste modo, **tendo em conta o potencial de prevenção que a adoção de uma alimentação adequada possui, torna-se urgente agir eficazmente em prol da sua promoção**, de modo a controlar os fatores de risco referidos, diminuir o número de mortes, potenciar uma qualidade de vida da população e um decréscimo dos custos em saúde.

"EMBORA NUNCA SEJA DEMASIADO CEDO NEM DEMASIADO TARDE PARA MUDAR OS ESTILOS DE VIDA, É EVIDENTE QUE QUANTO MAIS CEDO AS MUDANÇAS FOREM FEITAS, MAIORES SERÃO AS HIPÓTESES DE DESFRUTAR DE UMA VIDA MAIS LONGA E SAUDÁVEL." *Promoting*

physical activity and healthy diets for healthy ageing in the WHO European Region, WHO Regional Office for Europe, 2023

Dados de 2021 indicam que fatores de risco alimentares como a ingestão elevada de sódio e o baixo consumo de frutas e de cereais integrais, constituem, globalmente, os principais fatores de risco de morte prematura entre 15 fatores de risco. Uma baixa ingestão de cereais integrais representou o primeiro fator de risco para DALYs e mortalidade em ambos os sexos. Considerando o impacto que estes três fatores têm na saúde mundial, o enfoque em políticas que reforcem a promoção do seu consumo ao longo do ciclo alimentar (produção, transformação, distribuição e consumo) poderá aportar

melhores resultados em saúde do que uma aposta na redução do consumo de gordura e açúcar.

Paralelamente, quando se observam fatores de risco para a carga de doença, a pressão arterial sistólica elevada e a glicemia de jejum elevada representam, respetivamente, o primeiro e o terceiro fator, seguido do índice de massa corporal (IMC) elevado.

Padrão de Comportamento Alimentar dos Portugueses

Conhecer o padrão alimentar dos portugueses, a par de outros indicadores de saúde, é essencial para a priorização de estratégias em prol da promoção de uma alimentação e estilos de vida saudáveis. Apesar de se verificar um crescimento, a **adesão da população portuguesa à Dieta Mediterrânica é baixa** (26% com elevada adesão), para além do **inadequado consumo de alimentos protetores da saúde** como os hortofrutícolas, as leguminosas e os frutos oleaginosos. A **Dieta Mediterrânica** é considerada património cultural imaterial da humanidade desde 2013 e representa um **padrão alimentar de base vegetal** (fruta, hortícolas, cereais, frutos oleaginosos e leguminosas), **promotor da saúde, protetor do ambiente e economicamente sustentável**, pela moderação do consumo de produtos de origem animal e pela escolha de produtos sazonais e locais.

A adoção de um padrão alimentar mediterrânico encontra-se associado a uma maior probabilidade de ocorrer um envelhecimento saudável, representando um pilar determinante para o bem-estar da população.

“O TEMPO DESPENDIDO NA MANIPULAÇÃO E CONSUMO DE ALIMENTOS FRESCOS E DE PROXIMIDADE, BEM COMO O PRAZER RESULTANTE DA COMUNHÃO FAMILIAR, EXPRESSAM, EM PARTE, A IDENTIDADE DO POVO MEDITERRÂNICO.” Padrão

Alimentar Mediterrânico: Promotor de Saúde, PNPAS, 2016

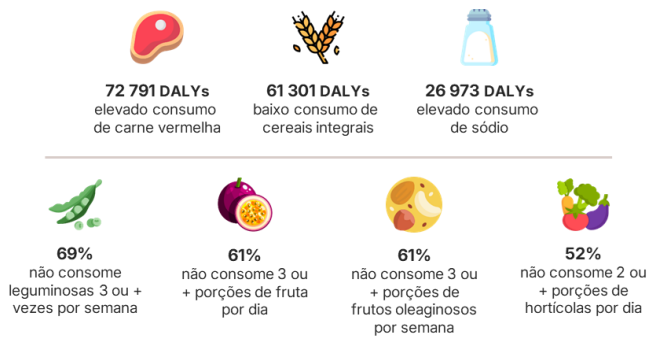


Figura 3 – Principais fatores de risco relacionados com os hábitos alimentares que mais contribuíram para a perda de anos de vida saudáveis e alimentos identificados com maior percentagem de inadequação do consumo do padrão alimentar mediterrânico. Adaptado de: FOOD-EPI Portugal, 2022; Estudo de adesão ao padrão alimentar mediterrânico, PNPAS, 2020.

PILARES DA DIETA MEDITERRÂNICA



Frugalidade e cozinha simples

Confeções que protegem os nutrientes (sopas, ensopados, caldeiradas)



Elevado consumo de produtos vegetais

Produtos hortícolas, fruta, pão e cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas e oleaginosas



Local e sazonal

Consumo de produtos vegetais produzidos localmente, frescos e da época



Consumo de azeite

Principal fonte de gordura



Consumo moderado de laticínios

Leite, iogurte, queijo



Temperar com especiarias e plantas aromáticas

Em detrimento do sal



Consumo frequente de pescado

E baixo em carnes vermelhas



Baixo a moderado consumo de vinho

Apenas nas refeições principais



Água como principal bebida

Beber ao longo do dia



Convivialidade à mesa

Refeições como momento de relação



Atividade física regular

Cada passo conta

NUTRIÇÃO GLOBAL

Orientações internacionais e nacionais

A **nutrição global** encerra diversos desafios prementes de saúde pública, num espectro que abarca da subnutrição e insegurança alimentar, à sobrenutrição e prevalência de DCNT. Estes **desafios** são **influenciados por fatores sociais, económicos, culturais e demográficos**, sendo essencial a participação ativa de diversos interlocutores do sistema alimentar para os ultrapassar. O sistema alimentar encontra-se em constante evolução, devendo privilegiar-se ações baseadas na evidência que deem resposta às preferências alimentares dos consumidores, às alterações nos sistemas de produção e distribuição e às políticas que emanam para moldar os contextos. No ano de 2016, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou a **década de ação na nutrição** (2016-2025), reforçando a importância da existência de sistemas alimentares resilientes e sustentáveis. Infelizmente, os objetivos globais de nutrição não estão a ser cumpridos, sendo emergente a concentração de ações multinível (políticas, sistemas de saúde e comunidade local) que promovam sistemas alimentares sustentáveis que permitam o acesso a alimentos diversificados, saudáveis, seguros e economicamente acessíveis.

Alimentação, nutrição e sistemas alimentares no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) colocam, igualmente, na agenda global, a alimentação saudável e sustentável, quer através dos ODS 2 “Fome Zero”, ODS 3 “Saúde de Qualidade” e ODS 12 “Produção e Consumo Sustentáveis”, quer através das interligações com os restantes ODS. É reconhecida a importância de um sistema alimentar sustentável para o alcance de todos os ODS, sendo a alimentação um direito humano inalienável. O cumprimento dos ODS requer **modelos centrados na pessoa**, o mapeamento dos recursos e agentes facilitadores existentes na comunidade, a existências de sistemas de monitorização e avaliação e uma governança colaborativa e responsiva que envolva ativamente a participação, que integre a saúde com outros setores determinantes e potencie esses mesmos setores a incorporar a saúde. De acordo com o *Europe Sustainable Development Report 2023/24*, Portugal enfrenta desafios nos ODS, sendo significativo e com uma tendência decrescente no que concerne ao ODS 2

“Fome Zero”. Adicionalmente, ocupa o 22º lugar no índice “não deixar ninguém para trás” (LNOB Index) e abaixo da média da União Europeia (UE) (71.2 vs 74.5).

A visão da União Europeia: *European Green Deal e Farm to Fork Strategy*

Os sistemas agroalimentares são indissociáveis da promoção de uma alimentação saudável e sustentável e com consequente prevenção e controlo das DCNT, devendo **apostar-se continuamente em sistemas mais eficientes, resilientes e sustentáveis**. Adicionalmente, é indiscutível o efeito nefasto das alterações climáticas na alimentação, prevendo-se que, em 2050, estas levarão ao aumento do risco de fome e malnutrição infantil em 20%. A nível mundial, **o sistema alimentar contribui com 20 a 35% das emissões de gases com efeito de estufa**.

A União Europeia (UE) tem como objetivo reduzir as suas emissões líquidas de gases com efeito de estufa em, pelo menos, 55% até 2030 (em relação aos níveis de 1990) e como objetivo intermediário de, em 2050, ser atingida a neutralidade climática – **European Green Deal**. Parte do caminho realizado é a integração de objetivos de redução de desperdício alimentar pelos países membros, contribuindo para o cumprimento do ODS 12, através da redução dos recursos necessários para a produção e distribuição da alimentação e da transição para uma economia alimentar

circular.

Globalmente, cerca de 13% do desperdício alimentar ocorre nas cadeias de distribuição e 19% na venda e consumo, comprometendo o uso eficiente de recursos, a proteção do ambiente, a segurança alimentar e nutricional. Aproximadamente **10% das emissões de gases com efeito de estufa provêm do desperdício alimentar**, tornando-se essencial a educação do consumidor e a consciencialização pública.

Dados de 2025 indicam que em Portugal o desperdício alimentar é realizado maioritariamente por pessoas que desperdiçam ocasionalmente, motivadas por considerações práticas e holísticas. No entanto, 40% dos consumidores da União Europeia desperdiça alimentos frequentemente por conveniência. A estratégia **Farm to Fork**, como parte integrante do *European Green Deal*, trabalha, desde 2020, para um sistema alimentar da UE mais sustentável, conectando pessoas, sociedades e um planeta mais saudável. O objetivo da UE de **reduzir a pegada ecológica ambiental e climática** integra uma transição global que crie sistemas resilientes e novas oportunidades que deem resposta aos desafios decorrentes das

alterações climáticas e da perda da biodiversidade, aliado à premissa de que **alimentos mais sustentáveis são**, também, **economicamente mais acessíveis**. Cerca de 10 biliões de euros serão investidos em pesquisa e inovação em áreas-chave para o cumprimento do *European Green Deal*, como, por exemplo, os sistemas alimentares urbanos ou os substitutos da carne. Para facilitação e promoção da alteração comportamental do consumidor, seguir-se-á um quadro legislativo e a aposta em outras ações como a disponibilização de informação, o reforço no combate à desinformação, o desenvolvimento de planos de contingência para assegurar o abastecimento e segurança alimentar, a reformulação de alimentos processados e ultraprocessados

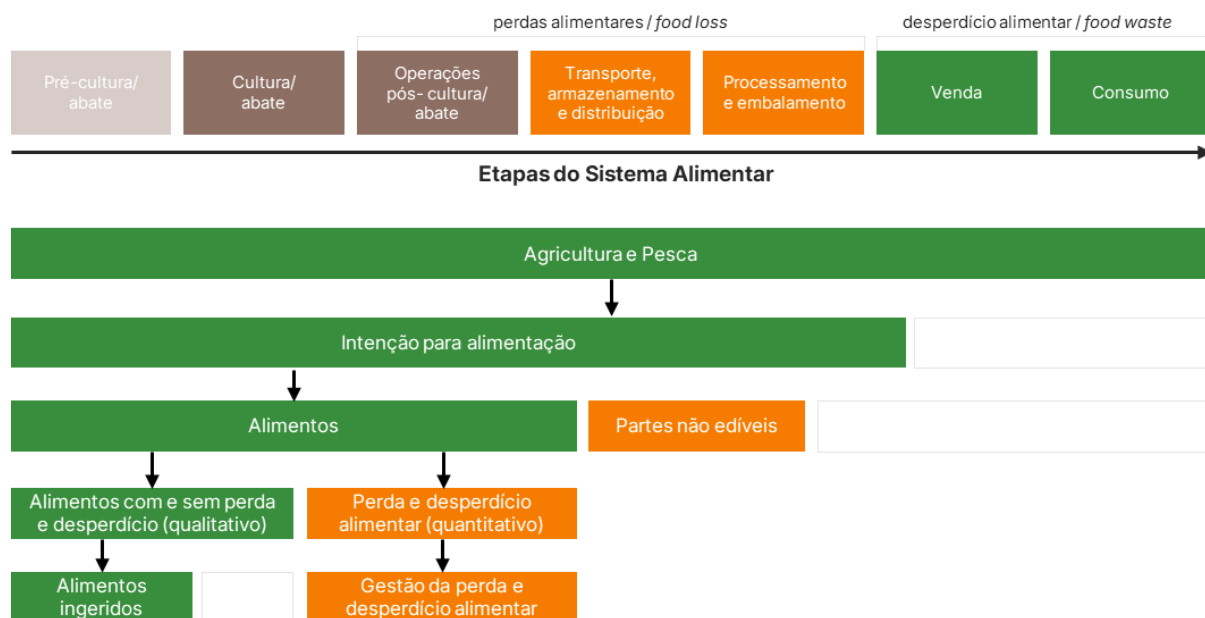


Figura 4 – Etapas do sistema alimentar e desperdício alimentar. Adaptado do modelo conceptual da Food and Agriculture Organization (FAO)

a harmonização da rotulagem “*Front-of-Package*” ou a criação de rotulagem para alimentos sustentáveis.

A definição mais recente de **Dietas Saudáveis e Sustentáveis** indica que estas são “*padrões alimentares que promovem todas as dimensões da saúde e bem-estar dos indivíduos e, ao mesmo tempo, têm baixa pressão e impacto ambiental, são acessíveis, seguras e equitativas, e são culturalmente aceites*”. Neste sentido, para além de uma perspetiva nutricional, uma dieta só poderá ser considerada saudável, se for economicamente viável, ambientalmente sustentável e socialmente justa.

O relatório da EAT-Lancet (2019) avançou com um modelo alimentar (*Planetary Health Diet*) e com objetivos globais para uma alimentação saudável e sustentável, onde se recomenda o aumento do consumo de alimentos de base vegetal (hortofrutícolas, frutos oleaginosos, sementes, leguminosas e cereais integrais) e limitar substancialmente o consumo de alimentos de base animal.

COMO IREMOS ALIMENTAR UMA POPULAÇÃO GLOBAL ESTIMADA DE 10 BILHÕES DE PESSOAS EM 2050?

Outro desafio global a que se deve procurar dar resposta é a possibilidade de aproximação, interpretação e apropriação das políticas pelos cidadãos, desempenhando o governo local um papel

determinante. A alimentação, intrinsecamente ligada a aspetos culturais, deverá ser vista como um bem comum ao invés de um bem de consumo. Neste sentido, **todos têm um papel ativo em tornar o sistema alimentar sustentável.**

	Objetivo 2025	Objetivo 2030
Atraso no crescimento (ODS)	Redução de 40% no nº de crianças <5 anos com atraso no crescimento	Redução de 50% no nº de crianças <5 anos com atraso no crescimento
Anemia (ODS)	Redução de 50% de mulheres em idade fértil com anemia	Redução de 50% de mulheres em idade fértil com anemia
Baixo peso à nascença	Redução de 30% no baixo peso à nascença	Redução de 30% no baixo peso à nascença
Excesso de peso infantil (ODS)	Não aumentar o excesso de peso infantil	Reduzir ou manter o excesso de peso infantil <3%
Amamentação	Aumentar até, pelos menos, 50% a taxa de amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses	Aumentar até, pelos menos, 70% a taxa de amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses
Baixo peso (ODS)	Reduzir ou manter o baixo peso infantil <5%	Reduzir ou manter o baixo peso infantil <3%

Tabela 1 – Objetivos Nutricionais Globais. Adaptado de *The State of Food Security and Nutrition in the World*, FAO, IFAD, UNICEF, WFP e OMS, 2021

Enquadramento governativo nacional de promoção de uma alimentação saudável e sustentável

Portugal é uma República com três níveis de governo (central, regional e local/municípios), com a responsabilidade legislativa no governo central, organizado e orientado pela Constituição da República Portuguesa. Apesar de não ser diretamente expresso na Constituição da República Portuguesa o **direito ao acesso a uma alimentação adequada**, esta não exclui os direitos fundamentais consagrados na Declaração Universal dos Direitos do Homem (Artigo 16.º) e assume como responsabilidade do estado a promoção do bem-estar e da qualidade de vida (Artigo 9.º).

Relativamente à Saúde, a Lei de Bases da Saúde contempla a concretização de planos nacionais, regionais e locais que contribuam para a promoção da saúde e a prevenção da doença, recaindo as políticas relacionadas com a alimentação e a nutrição sobre o Ministério da Saúde. Em Portugal, as orientações nacionais emanam do programa de saúde prioritário da Direção-Geral da Saúde (DGS) – **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável** (PNPAS) – criado em 2012, encontrando-se em vigor o programa 2022-2030. A nível nacional, a promoção da alimentação saudável e a prevenção e controlo de todas as formas de malnutrição, são uma prioridade. O compromisso governativo é, também, espelhado na **Estratégia Integrada**

para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS), que representa um trabalho interministerial de sete Ministérios (Finanças, Administração Interna, Educação, Saúde, Economia, Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural e Mar) e em vigor desde 2017 (Despacho n.º 11418/2017). O movimento de **descentralização na saúde**, que em Portugal se tornou uma realidade em 2018, pela Lei nº50/2018, de 16 de agosto, é uma visão europeia que tem vindo a ser construída e sistematizada. A nível nacional, a **transferência de competências - no domínio da saúde -** para os órgãos municipais e intermunicipais, visa reforçar a autonomia das autarquias, devendo estas garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, assim como monitorizar a eficiência dos mesmos. Neste âmbito, é então responsabilidade das autarquias a garantia de cuidados de saúde primários e o desenvolvimento de uma **Estratégia Municipal de Saúde** (EMS) alinhada com outros instrumentos de planeamento em saúde, como o Plano Nacional de Saúde (PNS) e os Planos Regionais e Locais de Saúde. Sendo competência das Unidades de Saúde Pública a construção, implementação e monitorização do Plano Local de Saúde (PLS), tendo por base a identificação de necessidades e estado de saúde da população que servem e o alinhamento para o cumprimento operacional de metas estabelecidas pelo PNS, importa reforçar a importância de um trabalho intersectorial e interministerial a nível local.

A expressão desta articulação toma forma no **Conselho Municipal de Saúde** e no estabelecimento de equipas multidisciplinares constituídas por membros do governo local e das Unidades Locais de Saúde (ULS).

Paralelamente, a **transferência de competências no domínio da educação** contempla a gestão local dos refeitórios escolares do pré-escolar ao ensino secundário, mantendo princípios dietéticos de qualidade e variedade.

Por forma a capacitar as crianças e as suas famílias para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, aumentando o consumo de frutas, produtos hortícolas, banana (1.º ciclo do ensino básico), leite e produtos lácteos (pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico), o **Regime Escolar**, apoiado pela UE e em vigor há quase 10 anos, incorpora medidas educativas de acompanhamento como aproximar as crianças à agricultura, compreender as cadeias alimentares locais, a produção sustentável, o combate ao desperdício de alimentos ou a importância da atividade física.

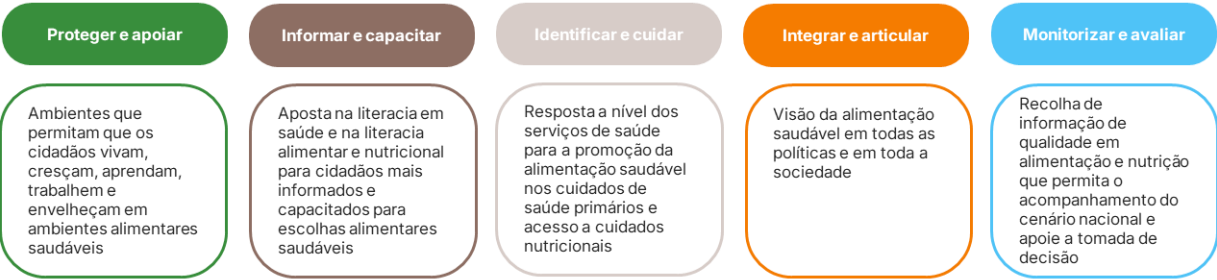
De acordo com o Artigo 16.º do Decreto-Lei nº23/2019, de 30 de janeiro, os municípios deverão investir em programas de promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente na **promoção da alimentação saudável**, enquadrados com os eixos de intervenção definidos pelos programas prioritários da DGS, como o PNPAS. Reforçando princípios orientadores

como a colaboração, a participação, a autonomia, a complexidade e a transparência, a **promoção de uma alimentação saudável, segura e sustentável a nível local** deverá equilibrar as orientações do governo central, a tomada de decisão baseada na evidência científica e o investimento em respostas locais, por vezes não mapeadas como necessidades fulcrais.

Os municípios têm um papel preponderante na possibilitação da **"escolha saudável ser a escolha mais fácil"** através da gestão territorial e agrícola, da valorização da produção local ou do investimento em programas e ações direcionados para as necessidades da população, principalmente da mais vulnerável (como, por exemplo, respostas sociais, refeitórios escolares, ou literacia alimentar e nutricional).

UMA VISÃO POLÍTICA QUE CONSIDERE A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL UM PILAR ESTRATÉGICO PARA O BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO, SÓ SE PODE MATERIALIZAR COM UM PLANEAMENTO ADEQUADO.

PNPAS 2022-2030



EIPAS



Figura 5 – Eixos principais do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) 2022-2030 e da Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS). Adaptado de PNPAS 2022-2030 e de EIPAS

Os países de renda alta foram dos que mais sofreram com um aumento do custo de uma dieta saudável (6.6%). Sabe-se que, em média, o custo de uma dieta saudável é 60% superior ao custo de uma dieta que forneça apenas os nutrientes essenciais e cinco vezes superior a uma dieta que forneça as necessidades energéticas mínimas através de alimentos ricos em amido.

Em Portugal, a despesa com os produtos alimentares e bebidas não alcoólicas representaram 12.9% do total da despesa média anual por agregado, descendo esse valor para 12.2% nas áreas predominantemente urbanas. A maior despesa destina-se à aquisição de carne (2.8%), seguido do pão e cereais (1.8%), do peixe e outros produtos alimentares do mar (1.7%) e dos lacticínios e ovos (1.5%). Já as despesas com hortícolas e fruta perfazem 1.4% e 1.3%, respetivamente.

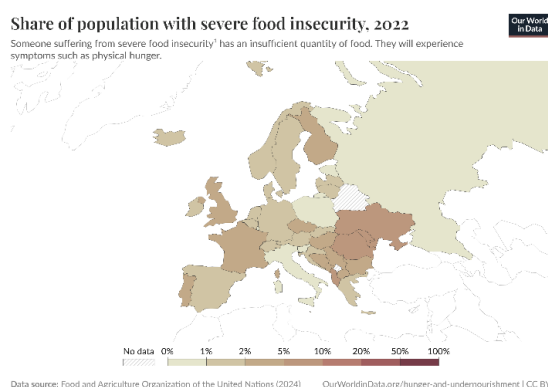


Em cada **10 pessoas**, **2.1** encontrava-se em situação de **insegurança alimentar moderada** e **1.5** em situação de **insegurança alimentar grave**

Figura 6 – Valor estimado da população portuguesa em insegurança alimentar moderada e grave – Portugal, 2014. Fonte: Adaptado de InfoFamília (DGS)

Em 2020, **11.6% da população portuguesa encontrava-se em insegurança alimentar moderada ou grave**, sendo Portugal um dos países da EU com maior percentual.

De acordo com o estudo InfoFamília da DGS (2014), 45.6% dos agregados familiares estudados encontrava-se em insegurança alimentar, dos quais 9.5% moderada e 6.6% grave, encontrando-se associados fatores como a existência de crianças no agregado familiar, baixo nível de instrução, o desemprego, a reforma ou o número de pessoas do agregado familiar. Com o impacto da pandemia por COVID-19, um em cada três portugueses encontrava-se em risco de insegurança alimentar. Dados da *Food and Agriculture Organization (FAO)*, indicam que, em 2022, **3.3% da população portuguesa não tinha acesso a quantidade suficiente de alimentos**, podendo vir a experienciar fome física.



1. Food Insecurity: Food Insecurity is defined by the Food and Agriculture Organization (FAO) of the United Nations as the "situation when people lack secure access to sufficient amounts of safe and nutritious food for normal growth and development and an active and healthy life." It is measured using the Food Insecurity Experience Scale (FIES). This is based on household survey data about several conditions someone with food insecurity would typically experience. Moderate food insecurity is generally associated with the inability to regularly eat healthy, nutritious diets. Severe food insecurity is more strongly related to insufficient food (energy). You can read more about this in our article.

Figura 7 – Percentagem da população com insegurança alimentar moderada ou grave – Europa, 2022. Fonte: Our World in Data

UM PADRÃO ALIMENTAR NÃO SAUDÁVEL
É ENCONTRADO EM PESSOAS EM
INSEGURANÇA ALIMENTAR E COM
DIFICULDADES ECONÓMICAS.

A evidência tem demonstrado que a **insegurança alimentar**, para além de um importante desafio de saúde pública, está associada a uma **menor adesão à Dieta Mediterrânica**, principalmente em grupos vulneráveis que têm de optar por alimentos mais acessíveis, como os de elevada densidade energética e os ultraprocessados. Esta alteração contribui para uma **pior saúde e qualidade de vida**, assim como para um **maior consumo dos serviços de saúde**.

ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E SUSTENTABILIDADE

Saúde e sustentabilidade – dimensões basilares e sinérgicas da alimentação

Uma intervenção rápida e global nos sistemas alimentares é necessária para se fornecer uma alimentação saudável a esta geração e a gerações futuras, por forma a erradicar a insegurança alimentar e a malnutrição em todas as suas formas. Paralelamente, contribuirá para a sustentabilidade alimentar, considerando que os custos com um padrão alimentar saudável são inferiores quando comparados com os atuais padrões de consumo. A estes desafios, somam-se os conflitos bélicos e as alterações climáticas, com repercussões transfronteiriças, a baixa produtividade e a ineficiência das cadeias de distribuição. Estima-se que, em **2030**, a **adoção de uma dieta saudável** possa levar a uma **redução de até 97% nos custos com a saúde** (diretos e indiretos) e de cerca de **44% nos custos sociais das emissões de gases com efeito de estufa**.

No contexto europeu, tal transformação será possível com o aumento da resiliência às alterações climáticas e dos mais vulneráveis às alterações e desigualdades socioeconómicas, com uma intervenção na cadeia de abastecimento que leve a uma redução dos custos dos géneros alimentícios e com uma alteração dos

ambientes alimentares que favoreça comportamentos alimentares em prol de uma dieta saudável.

ABORDAGENS NOS ECOSISTEMAS LOCAIS, COM POLÍTICAS E INVESTIMENTOS SINÉRGICOS ENTRE A ALIMENTAÇÃO, A SAÚDE, O SOCIAL, A EDUCAÇÃO E O AMBIENTE, ESCALAM A POTENCIALIDADE DE EXISTÊNCIA DE DIETAS NUTRICIONALMENTE EQUILIBRADAS, SEGURAS, INCLUSIVAS E COM BAIXO IMPACTO AMBIENTAL.

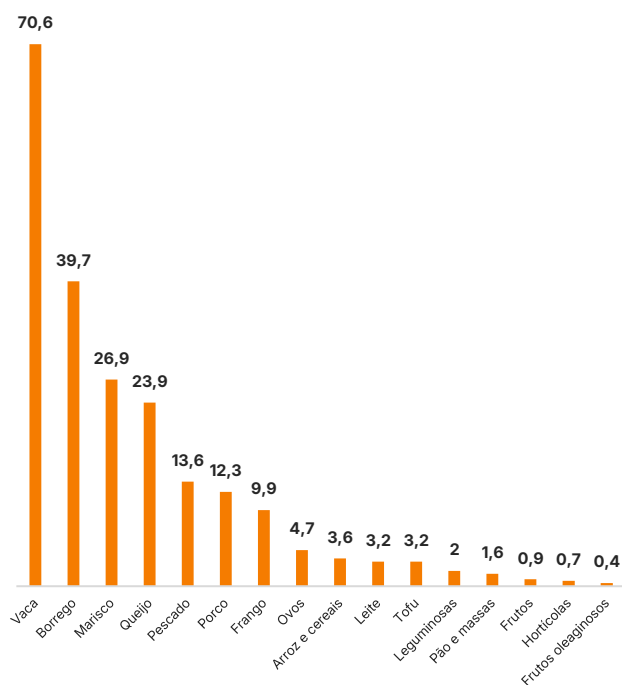


Gráfico 2 – Quilogramas de emissões de gases com efeito de estufa por quilogramas de alimentos.
Fonte: Nações Unidas

AMBIENTES E CONTEXTOS

O papel dos ambientes e contextos na saúde e na promoção de dietas saudáveis e sustentáveis

Passados quase quarenta anos da 1ª Conferência Global de Promoção da Saúde – Conferência de *Ottawa*, pioneira do **conceito de Promoção da Saúde**, perpetua-se a urgência em transitar de um modelo focado nos riscos individuais e comportamentais, para um modelo integrado, equitativo e sustentável. Os cinco princípios orientadores da Agenda 2030 das Nações Unidas (universalidade; **“não deixar ninguém para trás”**; interconectividade e indivisibilidade; inclusividade com participação ativa; parcerias intersectoriais), não só reforçam o conceito de **“saúde em todas as políticas”**, como orientam a uma boa governança para a saúde, focada na promoção da saúde e não só na prevenção da doença. O ambiente alimentar representa uma interface entre os sistemas alimentares, a dieta adotada pelos indivíduos e as condições que permitem e incentivam as pessoas a aceder e escolher dietas saudáveis, como o ambiente físico, económico, político e sociocultural. É o primeiro contacto do cidadão com o sistema alimentar, essencial para o equilíbrio entre objetivos de saúde e económicos. Neste contexto, valida-se que intervenções isoladas têm um baixo impacto na alteração

comportamental, contrariamente a mecanismos governamentais, legislativos e/ou regulatórios, que influenciam os ambientes alimentares direta ou indiretamente.

Se é verdade que os padrões de consumo são o resultado dos sistemas alimentares, estes também poderão representar uma alavanca de mudança. Para tal, é necessário compreender como é que estes padrões se processam e instalam.

Sabe-se que a maioria das escolhas alimentares diárias não são tomadas com base na melhor informação disponível. Por este motivo, a forma mais efetiva e equitativa de mudar padrões comportamentais relacionados com a alimentação é através da alteração dos fatores estruturais que conduzem a essa mesma escolha.

“OS AMBIENTES ALIMENTARES SÃO O CONTEXTO FÍSICO, ECONÓMICO, POLÍTICO E SÓCIO-CULTURAL ONDE OS CONSUMIDORES CONECTAM-SE COM O SISTEMA ALIMENTAR PARA REALIZAREM AS SUAS DECISÕES, COMPRA, PREPARAÇÃO E CONSUMO DE ALIMENTOS.” *Food Environments and EU Food Policy, 2021*

Adicionalmente, os **ambientes alimentares**, pelas suas características específicas multidimensionais, são **pontos estratégicos de intervenção** em prol de uma alimentação saudável e sustentável. No entanto, têm sido utilizados para agravar desigualdades, facilitando a adoção de hábitos não saudáveis e dietas não sustentáveis.



Figura 8 – Seis dimensões da sustentabilidade alimentar. Fonte: Adaptado de Food Environments and EU Food Policy, 2021

Considerando as competências do poder local no que toca à saúde, a sua atuação é limitada na possibilidade da regulação, mas com espaço para a supervisão do cumprimento de diretrizes centrais, para o investimento em resposta de nutrição clínica e comunitária, que promovam uma alimentação saudável e sustentável, assentes em estratégias de alteração comportamental ou na monitorização de indicadores como o estado nutricional da população ou o consumo alimentar. É de reforçar que, um apoio político local direcionado para a promoção de uma alimentação saudável e sustentável, contribui para ambientes alimentares salutogénicos, com redução da prevalência

de DCNT e das desigualdades sociais. A transição nos ambientes alimentares reside na criação de **ecossistemas multidimensionais** suportados por políticas e ações concretas.

A importância do conhecimento territorial

As ações que sejam implementadas neste processo transactional, devem contemplar dados do mapeamento dos **food deserts** (áreas onde os alimentos saudáveis estão insuficientemente disponíveis e acessíveis) e dos **food swamps** (áreas onde os alimentos são abundantes, mas dominados pelo consumo excessivo, em detrimento da saúde e de outras dimensões da sustentabilidade).

O conhecimento local é, assim, diferenciador e potenciador de alterações mais sustentáveis, quer do ponto de vista individual, quer do coletivo.

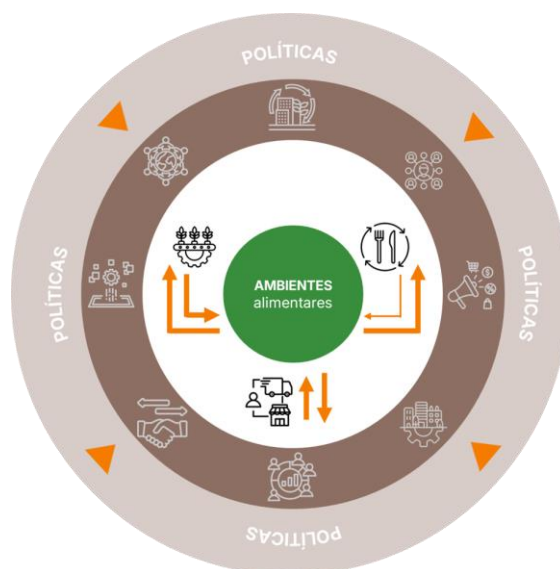


Figura 9 – Dinâmicas do ambiente alimentar. Fonte: Adaptado do modelo da EU Food Policy Coalition, 2021

Escolas Promotoras da Saúde

A promoção de uma alimentação saudável e sustentável deverá ocorrer o mais cedo possível no ciclo de vida. Neste contexto, a escola é um ambiente de suporte no desenvolvimento do bem-estar de toda a comunidade (educativa e não educativa), podendo fomentar condições físicas, sócio-emocionais e psicológicas determinantes para a saúde e para resultados educacionais positivos.

A par de outras áreas, uma escola promotora da saúde deverá ser inclusiva, equitativa e interativa, sob três premissas: envolvimento, participação e responsabilidade.

OS PROGRAMAS DE SAÚDE ESCOLAR SÃO A MELHOR FORMA (CUSTO-EFETIVO) DE INFLUENCIAR OS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE DAS CRIANÇAS E JOVENS.

"UMA ESCOLA PROMOTORA DA SAÚDE É UMA ESCOLA QUE REFORÇA CONSTANTEMENTE A SUA CAPACIDADE COMO AMBIENTE SAUDÁVEL PARA VIVER, APRENDER E TRABALHAR."

Making every school a health-promotion school, OMS, 2021



Figura 10 – Sistemas das Escolas Promotoras da Saúde. Fonte: Adaptado de *Making every school a health-promoting school*, OMS, 2021

O PAPEL DA LITERACIA

Literacia em saúde e literacia alimentar e nutricional

Literacia em Saúde

A Literacia em Saúde e a Literacia Alimentar e Nutricional (LAN) são conceitos inter-relacionados e interdependentes. Para se compreender a importância da LAN é necessária uma visão conceptual da Literacia em Saúde.

“A LITERACIA EM SAÚDE É UM CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS COGNITIVAS E SOCIAIS E A CAPACIDADE DA PESSOA PARA ACEDER, COMPREENDER E UTILIZAR INFORMAÇÃO POR FORMA A PROMOVER E A MANTER UMA BOA SAÚDE.” OMS, 1998

Este conjunto de competências é fulcral para a qualidade de vida durante todo o ciclo de vida, devendo a sua promoção contemplar as especificidades de cada estadio de desenvolvimento e o enfoque diferencial desde a promoção da saúde, a prevenção da doença ao tratamento, autocuidado e gestão da doença. Dados de 2016, colocam a Literacia em Saúde de nível “excelente” dos portugueses abaixo da média europeia (8.6% vs 16.5%) e de nível “problemático” e “inadequado”

acima (38.1% vs 25.2%). Sabe-se, também, que **60% das pessoas pertencentes a grupos vulneráveis** (65 anos ou mais, baixo nível de escolaridade, rendimentos mensais até 500€, doenças crónicas, má auto-percepção de saúde, multifrequentadores dos Cuidados de Saúde Primários ou limitação por doença crónica) **apresentavam níveis inadequados de Literacia em Saúde**. A dimensão da Promoção da Saúde é aquela que, atualmente em Portugal, apresenta níveis mais elevados. Concomitantemente, apesar da maioria dos portugueses conseguir compreender, muitos têm dificuldade em avaliar, em navegar no sistema de saúde e em literacia digital em saúde.

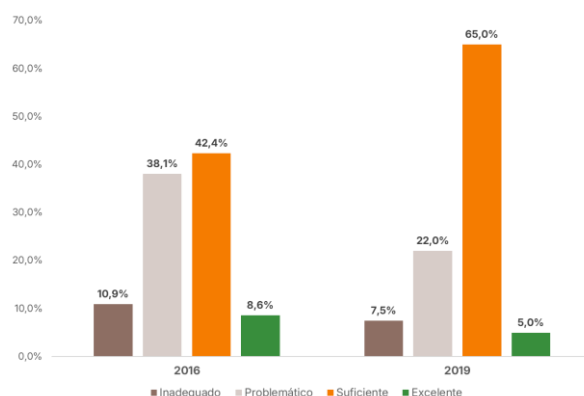


Gráfico 3 – Literacia geral em saúde em Portugal, comparação dos anos de 2016 e de 2019. Fonte: Adaptado de Relatório – Plano de Ação para a Literacia em Saúde, 2019-2022, DGS, 2022

Embora não se verifiquem diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino, a proporção de nível de literacia inadequado aumenta com a diminuição do nível de escolaridade e o aumento da faixa etária.

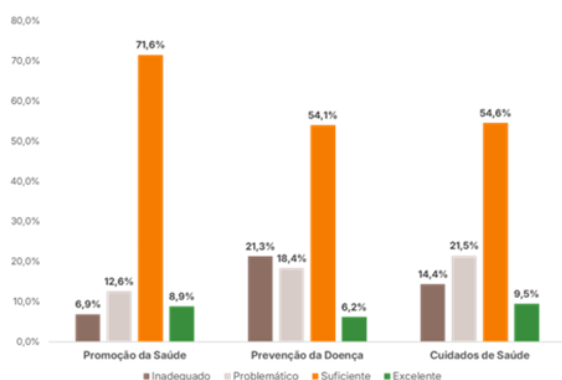


Gráfico 4 – Competências específicas da Literacia em saúde em Portugal. Fonte: Adaptado de Relatório – Plano de Ação para a Literacia em Saúde, 2019-2022, DGS, 2022

A nível local, é possível orientar esforços para a concretização de atividades de promoção da Literacia em Saúde direcionadas às características e necessidades da população, assim como a criação de ecossistemas para essa mesma promoção. O objetivo final deverá ser a **capacitação do indivíduo** para que procure e tenha acesso a informação fidedigna, para que consiga aceder aos cuidados de saúde efetivamente necessários, tomar decisões em saúde fundamentadas, acompanhar a evolução da Literacia Digital, tenha recursos facilitadores da adoção de comportamentos saudáveis e para que, não menos importante, aja como parceiro ativo no seu

projeto de saúde. Para que tal ocorra, é necessário um trabalho intersectorial e a mobilização social, quer dos parceiros, quer das comunidades.

Literacia Alimentar e Nutricional

A Literacia Alimentar e Nutricional é um fator crítico para navegar na complexidade do sistema alimentar como, por exemplo, comprar alimentos saudáveis para confeccionar refeições saudáveis ou compreender a composição dos alimentos e de que forma os nutrientes impactam o organismo. Tal conhecimento torna-se particularmente importante em idades mais novas, moldando o crescimento, de forma direta e indireta, e a aquisição de hábitos de gerações futuras.

Dadas as dinâmicas do comportamento humano, a LAN é determinada por uma interação de barreiras e facilitadores, intra e interpessoais, em vários níveis de influência. É, também aqui, que se verifica e se agrava a desigualdade social das populações mais desfavorecidas, devido ao seu acesso limitado a alimentos saudáveis e a informações de como uma alimentação saudável impacta a saúde e bem-estar. Sem o conhecimento para obter, compreender e aplicar informações básicas sobre alimentação e nutrição, que permitam fazer escolhas alimentares saudáveis, os desafios de saúde pública relacionados com

a alimentação, como as DCNT, ou com o ambiente, como o desperdício alimentar, dificilmente serão ultrapassados.

A APOSTA NA PROMOÇÃO DA LITERACIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO É UM INVESTIMENTO NA SAÚDE DAS GERAÇÕES ATUAIS E FUTURAS.



Figura 11 – Categorias da literacia alimentar e nutricional. Fonte: Adaptado de *Nutrition and Food Literacy – concept, measurement methods, determinants, and meaning*, 2021

SISTEMAS DE OBSERVAÇÃO DE DADOS

Monitorizar, avaliar e implementar

Melhorar a saúde implica compreender e reduzir as desigualdades na saúde e nos seus determinantes. Para tal, um conhecimento com maior precisão permite caracterizar as populações e utilizar essa informação para mudanças orientadas para o avanço na equidade.

Obter **dados sobre a saúde das populações** é fundamental para compreender tendências, desenhar políticas e direcionar recursos para onde são mais necessários. Sem dados com fidelidade, validade e atualizados, perdem-se oportunidades para melhorar a saúde das comunidades e visar o seu progresso.

A **MONITORIZAÇÃO** EM SAÚDE PERMITE TER UMA **VISÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO** E DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, **PLANEAR POLÍTICAS PÚBLICAS** E TOMADAS DE DECISÃO E **REALIZAR VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** EM TEMPO REAL.

Por outro lado, a análise de dados em saúde é um processo complexo e que requer conhecimento específico da realidade global, regional, nacional e local.



MONITORIZAÇÃO

Processo de realizar repetidamente observações para ver alterações ao longo do tempo



AVALIAÇÃO

Processo que pretende determinar sistematica e objetivamente quanto possível a relevância, efetividade e impacto das atividades em torno dos seus objetivos

Os sistemas de observação de dados deparam-se, a par da **transição digital na saúde**, com alguns desafios: transformar políticas e estruturas regulatórias em ações com envolvimento do cidadão; transformar a pessoa num agente de mudança no ecossistema dos dados em saúde; capacitar os profissionais de saúde em como aceder a dados de saúde relevantes.



Figura 12 – As cinco etapas da monitorização. Fonte: Adaptado de *Health inequality monitoring: harnessing data to advance health equity*, OMS, 2024

Indicadores de alimentação e nutrição

Atualmente, são poucos os países que regularmente implementam estes sistemas de observação e, a nível local, essa avaliação é, ainda, mais escassa.

Globalmente, é recomendado o acompanhamento das seguintes

dimensões:

1. adequação da ingestão de nutrientes;
2. densidade nutricional;
3. equilíbrio de macronutrientes;
4. diversidade alimentar;
5. moderação de alimentos associados ao risco de DCNT;
6. segurança alimentar.

O impacto que uma dieta não equilibrada tem na carga de doença e de mortalidade justifica, por si só, a monitorização de indicadores de consumo alimentar por forma a direcionar a tomada de decisão na aposta em ações que protejam a saúde pública e o planeta.

É neste cenário que a **aposta local em monitorização contínua** de dados de alimentação e nutrição é essencial para o atingimento dos **objetivos de saúde locais**.

DADOS LOCAIS



Foto vencedora do concurso comuNIDADE, categoria Olhares.

ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS

Cascais – um município de todos, para todos

Cascais tem enfrentado, nos últimos anos, desafios urbanos, espelhados em assimetrias socioeconómicas territoriais, que agravam as iniquidades, onde uma alimentação saudável e sustentável se inclui. No entanto, o município tem tido como **prioritário o investimento na saúde**, qualidade de vida e bem-estar da população que serve.

NASCIDA EM 2021, A **POLÍTICA PÚBLICA SL3S – SERVIÇO LOCAL DE SAÚDE E SOLIDARIEDADE SOCIAL – VISA CORRIGIR A POBREZA E A EXCLUSÃO SOCIAL**, ASSENTE NUMA ABORDAGEM SISTÉMICA, TRANSVERSAL, MULTISECTORIAL E MULTIACTOR, QUE PERMITE **REFORÇAR A COESÃO TERRITORIAL E FOMENTAR RESPOSTAS MAIS EFICAZES E CENTRADAS NAS PESSOAS**.

O **SL3S** integra e articula áreas fundamentais como a saúde, a solidariedade e os direitos sociais. Através de um modelo de governança colaborativa com base em evidência, de inovação social, e de monitorização e avaliação, o SL3S foi concebido com o objetivo de garantir o acesso universal, equitativo e de proximidade a serviços de saúde e de

solidariedade social.

É com esta **política pública inovadora** que o município de Cascais dá corpo a princípios globais e valores universais como a equidade, a justiça social, direitos humanos e coesão comunitária, assente em intervenção ao longo de ciclo de vida, respostas integradas e intersectoriais, acessibilidade e proximidade dos serviços, participação da comunidade e dos agentes locais, inovação social orientada para resultados e impactos e monitorização contínua, assim como divulgação regular dos indicadores a toda a comunidade.

“AO INTEGRAR OS REFERENCIAIS ESTRATÉGICOS INTERNACIONAIS COM A REALIDADE CONCRETA DO TERRITÓRIO, CASCAIS DEMONSTRA QUE AS ESTRATÉGIAS MUNICIPAIS NÃO SÃO UM PROLONGAMENTO MENOR DAS ESTRATÉGIAS NACIONAIS: SÃO O ESPAÇO ONDE ESSAS ESTRATÉGIAS GANHAM FORMA, LEGITIMIDADE E IMPACTO REAL NA VIDA DAS PESSOAS.”

Estratégia Municipal de Saúde de Cascais 2025-2030

Perfil sociodemográfico

Cascais é habitado por 214 124 habitantes (53% sexo feminino), resultando numa densidade populacional de 2 198 habitantes/Km², sendo a freguesia de Carcavelos-Parede a que apresenta maior valor (5737 habitantes/Km²).

Cinquenta e dois por cento da população tem entre os 15 e os 64 anos e 22.6% são idosos. Verifica-se que os grupos etários com menor peso no concelho situam-se até aos 10 anos e entre os 20 e os 40 anos de idade. Adicionalmente, por cada 100 jovens existiam, em 2021, 156 idosos (índice de envelhecimento de 156,1%).

A taxa de natalidade é de 8.1% e a de mortalidade de 10.7%. Ao longo dos últimos cinquenta anos, tem-se verificado um crescimento populacional, principalmente nas freguesias interiores (Alcabideche e São Domingos de Rana), onde há, também, mais crianças.

O concelho de Cascais é o terceiro município do país com maior percentagem de população migrante, com uma distribuição mais pronunciada de pessoas de origem africana nas freguesias de Alcabideche e São Domingos de Rana e de origem europeia nas freguesias costeiras (Carcavelos-Parede e Cascais-Estoril). A nacionalidade brasileira representa a maioria dos munícipes de origem estrangeira.

Acima da média nacional e regional, 27.5%

dos munícipes têm educação superior. No entanto, os valores mais elevados concentram-se em Carcavelos-Parede e Cascais-Estoril.

Cascais é o quarto município com maior poder de compra (IpC² 121.8), mas o terceiro com maior disparidade (P80/P20 *ratio* rendimento 3.4).

No que diz respeito à igualdade de género, apesar de melhor posicionado do que a média nacional e regional, as mulheres ganham, aproximadamente, menos €112 mensais do que os homens, sendo que essa disparidade aumenta com os níveis de educação mais elevados. Dados do concelho também indicam um maior número de beneficiários de apoios sociais nas freguesias interiores.

Saúde e bem-estar em Cascais

No âmbito do Observatório de Promoção da Saúde de Cascais foi realizado em 2024 um questionário à população que pretendeu avaliar a sua perceção quanto a variados parâmetros de saúde, de comportamentos de saúde, de determinantes ambientais e de determinantes sociais.

41,4%

boa perceção de saúde

(quanto menor o nível de educação, maior a perceção de saúde)

56,7%

boa a excelente perceção de qualidade de vida

Trinta e três por cento dos participantes reportou que a sua saúde é afetada ou muito afetada pela sua situação financeira, embora a situação familiar e financeira sejam as que têm maior número de respostas de ausência de impacto na saúde geral. O trabalho tem um impacto alto na saúde física para 16.5% dos munícipes e 18.7% para a saúde mental. Cerca de 36% indicou ter sonolência diurna algumas a muitas vezes.

Mais de metade dos munícipes (52.8%) tem alguma a muita frequência de sentimentos de desânimo, desalento ou falta de esperança. É conhecida a relação bidirecional entre hábitos alimentares e estilos de vida e doença mental, em todo o ciclo de vida.

Hábitos alimentares e Índice de Massa Corporal

Nesta mesma auscultação, verifica-se que 45.7% dos participantes tem hábitos alimentares saudáveis moderados, 42.4% saudáveis e 11.9% não saudáveis. É na freguesia de Carcavelos-Parede que se encontram munícipes com o menor índice de massa corporal (IMC) e a maior pontuação de hábitos alimentares saudáveis.

88,1%
hábitos alimentares saudáveis
(moderadamente saudáveis a saudáveis)



consome
não consome

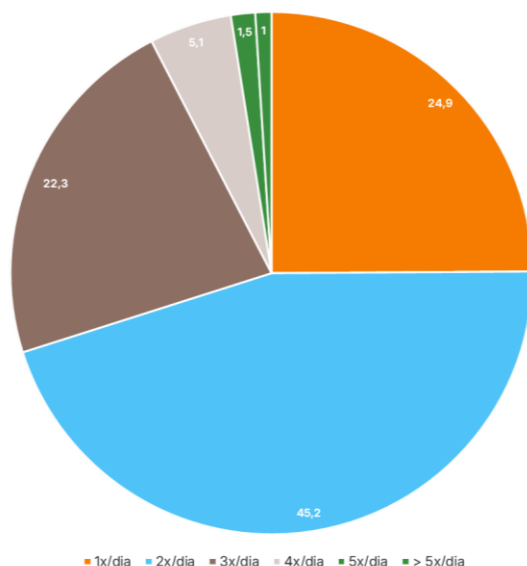


Gráfico 5 – Frequência (%) do consumo de hortofrutícolas em Cascais, Inquérito aos munícipes, Observatório de Promoção da Saúde de Cascais, 2024

Apesar de a grande maioria reportar ingerir hortofrutícolas, considerando as recomendações para o seu consumo diário, verifica-se que **apenas 2.5% dos munícipes** participantes **consome hortofrutícolas cinco ou mais vezes por dia**. O motivo mais frequente para o não consumo é o esquecimento (76.2%).



bebe
bebe só no verão
não bebe

Contrariamente ao consumo de hortofrutícolas, a **maioria dos munícipes bebe mais do que quatro copos de água por dia** (seja verão ou inverno).

Relativamente ao **consumo de alimentos ultraprocessados**, verifica-se um **padrão alinhado com as recomendações**, com a maioria dos participantes a consumir menos de uma vez por semana (30.6%).

Adicionalmente, **23%** dos cascalenses indicou ter **preocupações** em não ter capacidade financeira para **adquirir géneros alimentícios**, sendo que a sua maioria reside nas freguesias do Este.

23,0%

insegurança alimentar

(preocupação com compra de alimentos)

Verificou-se, noutro inquérito realizado às organizações do terceiro sector, que 28% dos munícipes não comiam, pelo menos, uma refeição quente por dia e que **46% não comia três refeições por dia** (pequeno-almoço, almoço e jantar).

Apesar de não estatisticamente significativa, a análise exploratória sugere que o **IMC diminui com o aumento do conforto financeiro**.

Dados de programas escolares financiados pelo município revelam que, em 2024, **33.8% das crianças do ensino básico** tinham **excesso de peso**, embora só 8.2% dos pais percecionassem o estado nutricional real dos seus filhos.

DCNT, fatores de risco e literacia em saúde funcional

De acordo com o Perfil Local de Saúde de

Cascais (2024), o maior grupo de diagnóstico nos cuidados de saúde primários pertenceu ao grupo "endócrino, metabólico e nutricional" (28.0%), com o **excesso de peso no topo da lista** (32.6%), seguido de alterações no metabolismo lipídico (32.5%), obesidade (17.6%) e diabetes não-insulino-dependente (9.2%). O terceiro grupo de diagnóstico ativo é o "sistema circulatório" (13.3%), sendo a hipertensão sem complicações a causa *major* (52.9%).



1º excesso de peso



2º alteração metabolismo lipídico



3º hipertensão sem complicações



4º obesidade

Figura 13 – Top 4 dos diagnósticos ativos por doença, Perfil Local de Saúde de Cascais, 2024

Relativamente ao sedentarismo e prática de atividade física, a maioria dos munícipes passa 3 a 8 horas por dia, durante a semana (71.3%) e ao fim-de-semana (75.3%), sentado.



Em cada **5 pessoas**, **3 não caminham** pelo menos 150 minutos/semana e **2 caminham** pelo menos 150 minutos/semana

A **falta de tempo** é a **principal barreira** para a **prática de atividade física** (46.2%), principalmente para os munícipes de São Domingos de Rana (57.3%) e para as pessoas entre os 18 e os 34 anos (61.4%). Cerca de 10% dos cascalenses com idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos indica que já pratica atividade física suficiente, face aos 27.2% dos munícipes com 55 anos de idade ou mais.

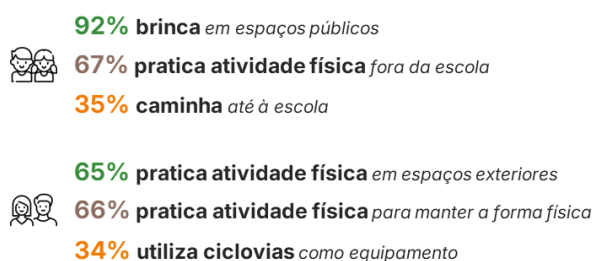


Figura 14 – Dados sobre a atividade física das crianças e da população adulta de Cascais. Fonte: Adaptado de Cascais Ativo, 2023

Uma avaliação levada a cabo em 2022, verificou que apenas **39.6%** das crianças e adolescentes que frequentam as escolas de Cascais tinham um **nível adequado de literacia em saúde funcional** e que 32% apresentavam um nível inadequado, sem diferença estatística significativa entre sexos, mas com uma correlação entre mais idade e nível de educação e níveis mais elevados de literacia.

Respostas comunitárias

Saúde

Pensando nas necessidades de saúde dos seus munícipes, Cascais tem, até à data,

quatro **respostas clínicas gratuitas**: Bata Branca – serviço que garante o acesso a medicina geral a todos os residentes com mais de 18 anos e sem médico de família; Teleconsultas – de medicina geral e de pediatria; Espaço S – centro de apoio integral para jovens dos 12 aos 30 anos que residem, trabalham ou estudam no concelho, com serviços como a psicologia clínica, a nutrição clínica, consultas médicas ou de enfermagem ou consultas de especialidade; e Unidade Saúde +, um serviço de saúde mental e de respostas terapêuticas especializadas, como a nutrição clínica, a terapia da fala ou a psicomotricidade.

Educação

Existem 66 escolas públicas em Cascais e 3 universidades. No entanto, 55% dos estabelecimentos de educação são privados, situados, na sua maioria, nas freguesias costeiras (74.4%).

No último ano escolar, 21 projetos escolares acompanhados pela Divisão de Promoção da Saúde e Bem-Estar, abrangeram cerca de **10 600** crianças e jovens, trabalhando **competências sócio-emocionais** e de **saúde**.

Desporto

Cascais tem uma das maiores comunidades desportivas do país. Oferece soluções *outdoor* (favorecendo a exposição ao verde e azul) e *indoor*, tem 141 clubes desportivos e uma extensão de 23 Km de ciclovias.

Social

O município de Cascais aposta fortemente em respostas sociais, necessárias ao combate das desigualdades. Relativamente ao acesso a géneros alimentícios, verifica-se uma evolução com vista a mais dignidade para o munícipe que se encontre em situação de fragilidade.

Enumeram-se o **Cartão Mais Solidário**, as Mercearias Sociais, o Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas (PO APMC) e o Banco Alimentar.

COM O **CARTÃO MAIS SOLIDÁRIO** OS BENEFICIÁRIOS RECEBEM UM **CARTÃO**, COM VALORES DEPENDENTES DO AGREGADO FAMILIAR, POR UM PERÍODO DE **3 MESES** (EXTENSÍVEIS A 6 MESES, DEPENDENDO DA AVALIAÇÃO SOCIAL). A **COMPRA DE ALIMENTOS É REALIZADA DIRETAMENTE PELO MUNÍCIPE, NO SUPERMERCADO PARCEIRO, DIGNIFICANDO A AUTONOMIA E LIBERDADE DE ESCOLHA.**

Consistentemente, as freguesias de Alcabideche e de São Domingos de Rana são as que apresentam mais beneficiários das ajudas alimentares (a título de exemplo: Cartão Mais Solidário 29.1% e 36.3%, respetivamente). Dados de 2023 indicam que 7 322 pessoas foram apoiadas pelo Banco Alimentar e 2 700 pelo PO APMC. Uma das problemáticas identificadas no apoio alimentar através do Banco Alimentar

consiste no facto de os principais alimentos doados, serem, na sua maioria, enlatados (pela sua durabilidade) e produtos de pastelaria.

O apoio na aquisição de competências alimentares e nutricionais dos beneficiários é essencial no **processo de transição para respostas promotoras de autonomia**, como o Cartão ou as Mercearias Sociais.

CARTÃO + SOLIDÁRIO



Figura 15 – Dados do Cartão Mais Solidário, Cascais. Fonte: Adaptado de Dashboard CMC, 2025

Literacia Alimentar e Nutricional

O programa de promoção da literacia em saúde + **Saúde Todos os Dias**, dá ênfase, desde a sua origem, a temas relacionados com a alimentação e nutrição. Desde 2023 que decorreram 25 ações gratuitas para a comunidade, correspondendo a quase 40% das ações executadas.

Em 2024, Cascais dinamizou as **I Jornadas de Nutrição de Cascais**, que contaram com 138 participantes de várias áreas de atuação.



Figura 16 – Imagens de divulgação do programa + Saúde Todos os Dias e das I Jornadas de Nutrição de Cascais. Fonte: CMC, 2024 e 2025

Existem, desde 2014, **hortas pedagógicas** em cada escola do concelho, com fundos municipais, suporte técnico e capacitação, envolvendo toda a comunidade escolar e em articulação com o currículo escolar.

A título de inovação, as ementas escolares das escolas públicas integraram algas nas suas confeções, provenientes de um produtor local.

Quanto às **hortas comunitárias**, estas são atribuídas aos municípios a título gratuito, representando espaços de convívio, lazer, aprendizagem e cooperação. Cascais contava, em 2024, com 668 parcelas/lotas, representando um crescimento de 212% face a 2015.

Projetos de cofinanciamento europeu

Cascais recebeu três projetos de cofinanciamento europeu: Tast'Age – formação profissional para prevenir a desnutrição na população idosa; Tool4MEDLife – promover a saúde e um estilo de vida sustentável, inspirado na Dieta Mediterrânica, em todo o ciclo de vida; e FoodCLIC – criação de ambientes alimentares urbanos resilientes.

Políticas e Estruturas

O município de Cascais formalizou, em 2014, o **Fórum Concelhio para a Promoção da Saúde de Cascais**, atualmente constituído por 65 entidades locais das áreas da saúde, educação e social, que implementam o **Plano Local de Promoção**

da Saúde de Cascais (atualmente vigente a temporalidade 2021-2025), revisto a cada quatro anos.

A alimentação saudável e sustentável tem tido um papel de destaque nestes planos locais, que concebem e implementam ações de promoção da saúde na comunidade. A alimentação saudável e sustentável e a literacia alimentar e nutricional têm sido, desde 2016, uma das áreas prioritárias identificadas e implementadas.

Com o processo de transferência de competências na saúde, Cascais constituiu o **Conselho Municipal de Saúde** que reúne ordinariamente duas vezes por ano.

Neste enquadramento, elaborou de forma participada a **Estratégia Municipal de Saúde de Cascais 2025-2030**, que irá ter o papel de guiar o desenvolvimento de Planos operacionais como o futuro Plano Local de Promoção da Saúde de Cascais 2026-2030 e o Plano que aqui se apresenta.

Na área do ambiente, o **Plano Municipal de Ação Climática** identifica como um dos *drivers* da descarbonização a redução dos desperdício alimentar e medidas como a sensibilização e a atribuição de selos “S” – alimentação saudável e sustentável na restauração e cadeias de distribuição (M28) e a realização de campanhas de sensibilização nas juntas de freguesia e escolas, com incentivo à recolha de orgânicos e divulgação de boas práticas, incluindo *rankings* sobre reciclagem e desperdício evitado (M24).

PLPASS 2025-2030

Plano Local de Promoção da Alimentação Saudável e Sustentável

PLANEAR, IMPLEMENTAR E AVALIAR

O primeiro PLPASS de Cascais

Métodos para a construção do PLPASS

Seguido de uma revisão da literatura e guiado por uma **visão sócio-ecológica**, foi desenvolvido um mapa conceptual e a recolha e organização de dados usando a perspetiva do modelo de *Dahlgren-Whitehead*. Por forma a obter um conhecimento compreensivo da saúde e da alimentação dentro da comunidade de Cascais, optou-se por uma recolha de dados mista (qualitativos e quantitativos), de fontes nacionais/locais e de dados primários/secundários. Podem identificar-se as seguintes dimensões da análise situacional:

Após a recolha e análise de dados e do respetivo enquadramento com o quadro normativo em vigor, foram definidos os objetivos, princípios orientadores, definição das áreas e grupos prioritários e, por fim, a seleção das estratégias de intervenção. Apostando numa linha interdisciplinar e participada, foi realizado o *Speed Talk “Do planeamento às ações locais”* com 27 peritos das áreas da saúde, social, ambiente e academia. Este momento de **reflexão conjunta**, com vista à sistematização de áreas prioritárias para o concelho que contribuem para a promoção de uma alimentação saudável e sustentável, compilou o pensamento estratégico e

Dimensões	Dados	
Perfil sociodemográfico	População	Economia
	Educação	Cuidados de saúde primários
	Rendimento	
Perfil de saúde	Perfil local de DCNT	Perceção da qualidade de vida e saúde
	Fatores de risco para DCNT (hábitos alimentares e atividade física)	Literacia em saúde funcional
Respostas comunitárias	Respostas em saúde	Programas sociais de assistência alimentar
	Condições para a prática de atividade física	Jardins comunitários
Políticas e Estruturas	Políticas de promoção da saúde, investimentos e estratégias	Políticas de sustentabilidade, investimentos e estratégias
	Políticas alimentares, investimentos e estratégias	Entidades parceiras e ligação à Academia

Tabela 2 – Dimensões para a análise situacional, 2024 (dados recolhidos entre 2018 e 2025)

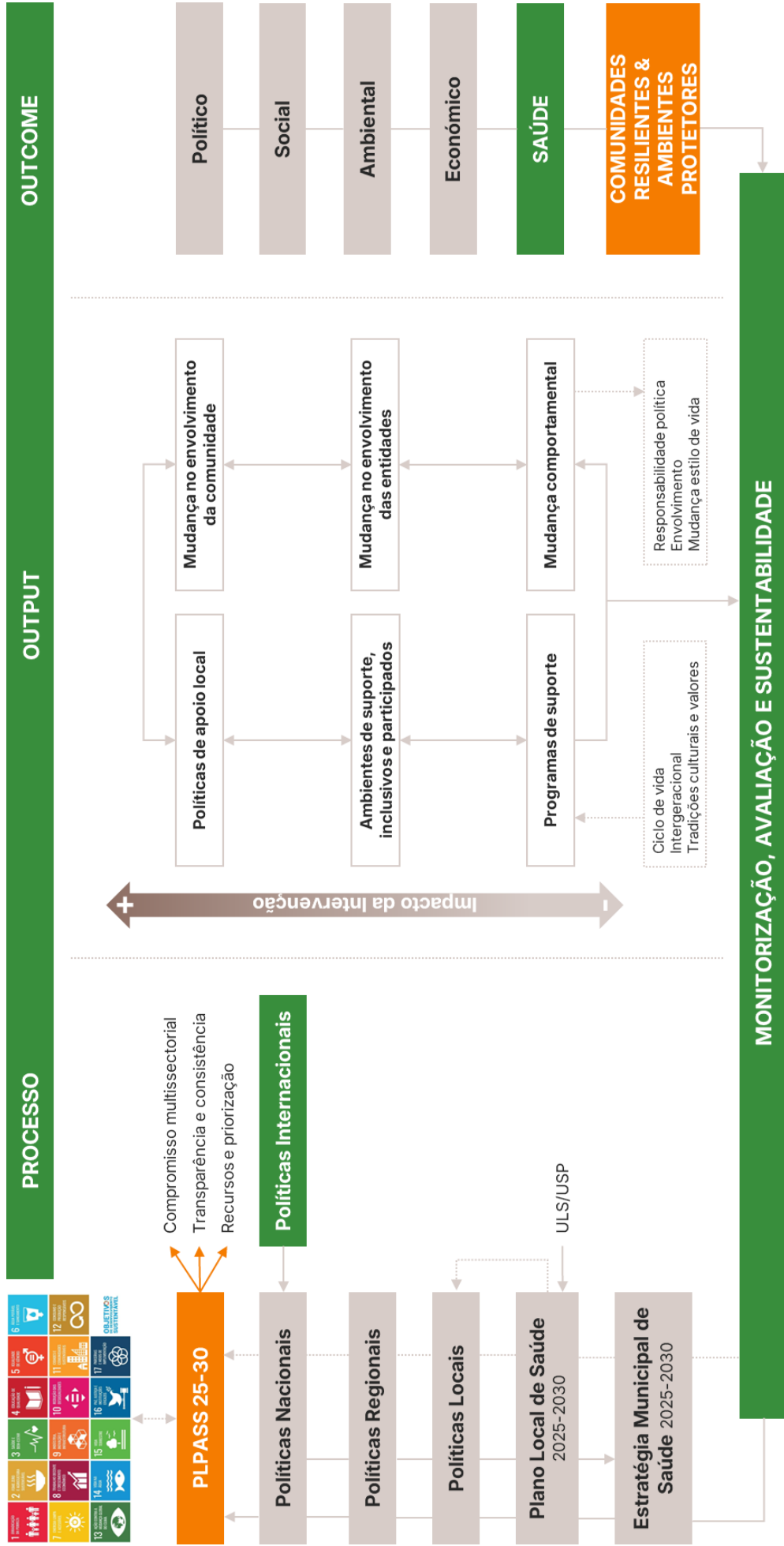


Figura 17 – Mapa conceitual do PLPASS de Cascais 2025-2030, CMC 2024

agregou contributos para o atual PLPASS.

“TRABALHAR DE FORMA COLABORATIVA E EM COCRIAÇÃO É O MAIS IMPORTANTE PARA RESPOSTAS EFICAZES E ABRANGENTES.” *Participante Speed Talk, Área Social*

Mantendo a sua **linha de inovação** característica, respondendo à Política SL3S e perante a possibilidade deste Plano nascer a par do Plano Local de Saúde de Cascais 2025-2030 e da Estratégia Municipal de Saúde 2025-2030, o mesmo procurou dar resposta às áreas identificadas como prementes no município.

“UM MOMENTO DE PARTILHA E REFLEXÃO ENTRE DIVERSOS TÉCNICOS, PERMITINDO UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E COM UMA VISÃO HOLÍSTICA E DE COMPLETUDE SOBRE AS ÁREAS CONSIDERADAS BASILARES DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, POTENCIANDO A FORMA DE VER E PENSAR A ALIMENTAÇÃO, BEM COMO NA FORMA DE INTERVIR NA PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E NA REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES.”

Participante Speed Talk, Área Saúde

A integração da saúde com a solidariedade social é uma orientação do SL3S, facilmente espelhada nas dinâmicas intersectoriais que naturalmente ocorrem no município de

Cascais, e para a qual o PLPASS 2025-2030 pretende contribuir.

CASCAIS RESPONDE AO DESAFIO GLOBAL DE CONSTRUIR UMA COMUNIDADE ONDE SE PENSA, PLANEIA E AGE EM PROL DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL PARA TODOS.



PENSAMENTO ESTRATÉGICO

Desafios e abordagens do PLPASS de Cascais

Sendo o PLPASS 2025-2030 o primeiro documento estratégico a nível local que compilará orientações para promover uma alimentação saudável e sustentável, identificaram-se, primeiramente, os desafios a que pretende dar resposta.

Desafios

- Prevalências das DCNT
- Prevalência de excesso de peso infantil
- Prevalência de obesidade infantil
- Prevalência de excesso de peso população adulta
- Prevalência de obesidade população adulta
- Adesão à Dieta Mediterrânica
- Desperdício alimentar
- Insegurança alimentar
- Desinformação em saúde
- Nível de literacia alimentar e nutricional
- Dificuldade na alteração comportamental
- Integração e articulação multidisciplinar e intersectorial
- Gestão de recursos comunitários
- Competências culinárias
- Ausência de dados para apoio à decisão

O PLPASS 2025-2030 irá sustentar-se em dez pilares que guiarão os projetos, ações e/ou recomendações que emanarão dos eixos de intervenção.

Abordagens

- 1 Responder às **necessidades** identificadas no **Perfil Local de Saúde de Cascais** 25-30
- 2 Responder aos **eixos prioritários** da **Estratégia Municipal de Saúde** 25-30
- 3 Otimizar os **recursos** existentes no concelho
- 4 Conhecer e monitorizar **indicadores** associados à alimentação e nutrição
- 5 Abranger todo o **ciclo de vida**
- 6 Garantir abordagens **intergeracionais**
- 7 Promover a **equidade** social e económica
- 8 Assegurar a **participação**, a **capacitação** e o **envolvimento** dos munícipes
- 9 **Comunicar** e disseminar ações, dados e conhecimento
- 10 Apostar na **inovação** e **conhecimento**

INTERVENÇÃO

Eixos de intervenção do PLPASS de Cascais

A sistematização dos desafios e das abordagens previamente identificadas, refletem-se em quatro **Eixos de Intervenção** que orientarão o PLPASS 2025-2030: 1. Alimentação Sustentável; 2. Políticas Públicas de Promoção da Alimentação Saudável e Sustentável; 3. Estratégias de Adesão à Alimentação Saudável e Sustentável; 4. Observatório da Alimentação Saudável e Sustentável. Cada eixo de intervenção desagrega-se em Áreas Prioritárias orientadoras para o desenvolvimento de projetos, ações e/ou recomendações. Cada projeto, ação e recomendação será devidamente monitorizada, com indicadores de *output* e de *outcome* definidos à *posteriori*.

A IMPORTÂNCIA DE **ESTRATÉGIAS**
LOCAIS E MULTINÍVEL RESIDE NA
INTEGRAÇÃO DAS **SINGULARIDADES E**
DOS **RECURSOS** EXISTENTES
ASSEGURANDO **ESPECIFICIDADES E**
NECESSIDADES DA POPULAÇÃO AO
NÍVEL DO TERRITÓRIO.



Figura 18 – Eixos de Intervenção do PLPASS de Cascais 2025-2030, CMC 2024

Dando resposta às necessidades territoriais e sob a orientação de diretrizes nacionais e internacionais, as **Áreas Prioritárias** do PLPASS 2025-2030 são: valorização de produtos locais e sazonais; economia circular; desperdício alimentar; integração local do PNPAS; participação de atores locais; nutrição comunitária; insegurança alimentar; incentivos comunitários; informação credível e acessível; eventos públicos; dieta mediterrânica; competências culinárias; capacitação de profissionais de saúde; aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade; gestão do excesso de peso e da obesidade; fatores intra e interpessoais; pegada ecológica; consumo alimentar; abastecimento e distribuição de alimentos; literacia alimentar e nutricional.

Cada Área Prioritária concretizará as boas práticas identificadas em quatro das cinco Áreas Prioritárias de Intervenção da EMS de Cascais 2025-2030. De ressaltar a dinâmica do Observatório da Alimentação Saudável e Sustentável que alimenta e será alimentado sinergicamente pela estratégia de recolha, sistematização e tradução de dados local.

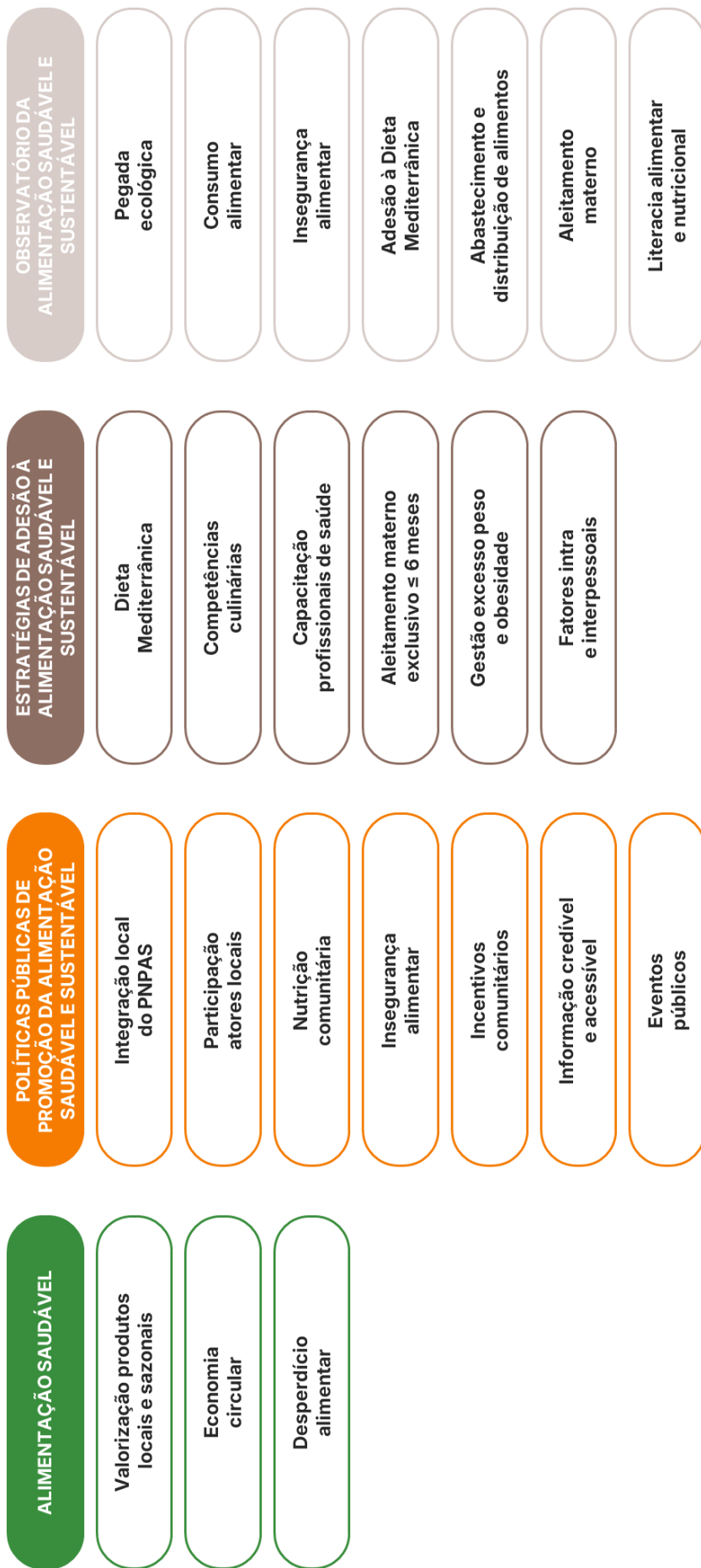


Figura 19 – Áreas Prioritárias do PLPASS de Cascais 2025-2030, CMC 2024

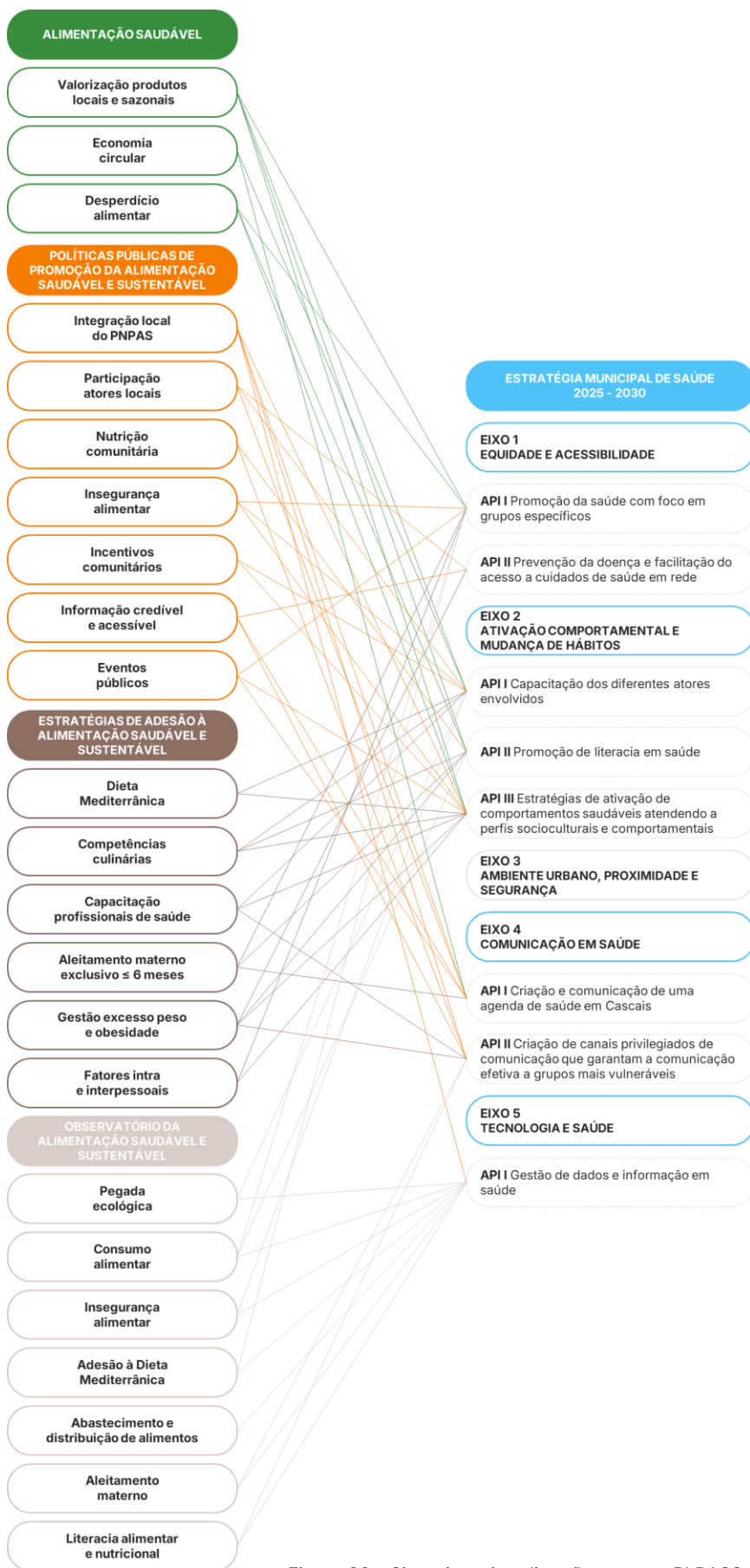


Figura 20 – Sinergias e interligações entre o PLPASS de Cascais 2025-2030 e a Estratégia Municipal de Cascais 2025-2030, CMC 2024



GESTÃO DE PROJETOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Do planeamento à disseminação

“VIVEMOS NUM MUNDO INTERLIGADO E NINGUÉM ESTÁ SEGURO ATÉ QUE TODOS ESTEJAM SEGUROS.” Ilona Kickbusch

Numa perspetiva transversal, os projetos que sejam desenvolvidos em Cascais deverão, não só sustentarem-se nas Áreas Prioritárias, mas também nos recursos já existentes que podem e devem ser potenciados. Por forma a facilitar a conceptualização, implementação, acompanhamento, avaliação e disseminação destes projetos, o PLPASS 2025-2030 faculta **ferramentas de planeamento em promoção da saúde** que poderão ser utilizadas pelo universo municipal e pelas entidades parceiras que atuam no concelho.

Reforça-se a importância de manter um equilíbrio entre **ações programadas continuadas**, que deverão representar a maioria das intervenções, e as ações pontuais.

Ferramentas de planeamento em promoção da saúde

Os modelos de planeamento são uma base metodológica que refletem uma estrutura organizada e clara e garantem intervenções

tangíveis para os principais beneficiários. O processo de planeamento em promoção da saúde deverá responder às seguintes etapas:

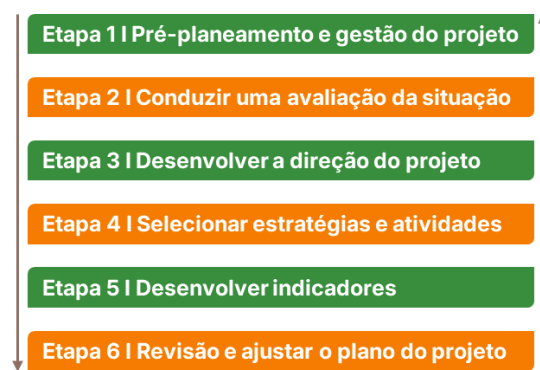


Figura 21 – Etapas para o processo de planeamento em promoção da saúde. Fonte: Adaptado de “Planning Health Promotion Programs”, Public Health Ontario, 2024

Uma das grandes vantagens do planeamento é a diversidade de métodos e de ferramentas de apoio que orientam o processo de conceptualização e tomada de decisão. A escolha desses mesmos métodos e ferramentas dependerá, sempre, do projeto em causa. No entanto, a sistematização dos projetos seguindo as seis etapas previamente identificadas, facilita a aquisição de uma visão holística do projeto.

No sentido de demonstrar essa diversidade, um projeto poderá ser decomposto nas dez etapas que a seguir se apresentam:

	ETAPAS	FACILITADORES
PLANEAMENTO	1 Identificar o contexto	Desenvolver um modelo lógico que integre: - Contexto / <i>inputs</i>; - Atividades / <i>outputs</i> (resultados diretos das atividades); - Impactos (mudanças a curto e médio prazo que resultam das atividades); <i>Outcomes</i> (mudanças a longo prazo). Definir objetivos SMART (específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e temporais).
	2 Avaliar as necessidades da população / comunidade	
	3 Avaliar evidencia de intervenções efetivas	
	4 Avaliar a capacidade de resposta/recursos	
	5 Definir objetivos	
	6 Definir atividades	
PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO	7 Proposta de avaliação	Deve estar ligada ao modelo lógico e documentar componentes essenciais, como: - Nível de avaliação que será realizado (processo, impacto e/ou resultado); - Principais questões; Prazos, processos e custos; Indicadores e instrumentos de recolha; Métodos de recolha e análise de dados, cronogramas e responsabilidades. Indicadores e ferramentas de medição: validade, fiabilidade e praticabilidade no contexto proposto e consistência nos questionários pré e pós implementação.
IMPLEMENTAÇÃO	8 Recolha de dados	Recomenda-se a implementação de um teste piloto. Se existir colaboração de entidades externas, solicitar relatórios de ponto de situação.
	9 Análise e interpretação dos dados	Incluir análise das forças e limitações do projeto e recomendações futuras. Sugere-se que a análise dos dados seja realizada por uma pessoa que não participou na implementação do projeto, por forma a manter a objetividade e reduzir o viés na interpretação dos resultados.
REVISÃO	10 Revisão, desenvolvimento de recomendações e disseminação	Discutir as implicações dos resultados para a sustentabilidade do projeto, assim como incorporar alterações/ inovações futuras. A disseminação dos resultados pode assumir várias formas: relatórios, <i>briefings</i>, seminários, apresentações em conferências e congressos, <i>newsletter</i> ou publicações científicas.

Tabela 3 – Etapas para o planeamento de projetos de promoção da saúde. Fonte: Adaptado de “Research and evaluation framework – implementation guide”, Department of Health, Western Australia, 2013



IMPORTÂNCIA



EXEQUIBILIDADE



EQUIDADE

Necessidade

De acordo com o nível de implementação

Impacto

Eficácia da ação na melhoria dos ambientes alimentares e da alimentação da população

Outros efeitos positivos/negativos

Viabilidade

Facilidade ou dificuldade de implementação

Aceitabilidade

Nível de apoio dos principais intervenientes (diretos/indiretos) e da população

Custo de implementação

Eficiência

Relação custo-efetividade

Efeitos socioeconómicos

Redução das desigualdades direta ou indiretamente relacionadas com a alimentação

Análise estrutural

Reflexão da necessidade de mudanças ambientais vs escolhas individuais

Tabela 4 – Critérios de priorização de projetos de acordo com a sua importância, exequibilidade e equidade. Fonte: Adaptado de The Healthy Food Environment Policy Index (FOOD-EPI): Portugal, PNPAS-DGS, 2022

Gestão dos stakeholders

Sendo a identificação dos *stakeholders* uma das primeiras etapas do planeamento, a sua gestão deverá ser analisada, contemplada e diferenciada. **Um stakeholder influencia sempre um projeto**, podendo-o afetar positiva ou negativamente.

A correta identificação dos *stakeholders*, a descrição da sua dinâmica de atuação com o projeto e a forma como se procederá a sua gestão contínua são fatores-chave no processo de planeamento. Igualmente importante, é a sua integração desde o início do planeamento, garantindo a sua auscultação, gestão de expectativas e de papéis. Adicionalmente, deve ser criado um canal de comunicação aberto e com pouco ruído entre o responsável pela tomada de decisão e estes atores.

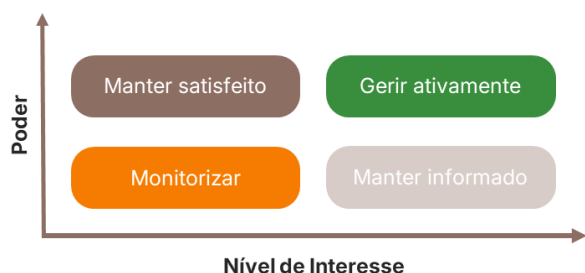


Figura 22 – Gestão dos stakeholders de acordo com o seu nível de interesse e de poder. Fonte: Adaptado de “The handbook of project-based management Leading Strategic Change in Organizations”, 2009

Participação comunitária

Recentemente, a **participação comunitária** tem sido vista como um processo contínuo, dependente da capacidade de todos os atores em acolher essa mesma participação. É um **direito** que assiste à

população e que deve ser eticamente considerado.

Na tentativa de elevar e avaliar a participação comunitária nos projetos promotores de uma alimentação saudável e sustentável, existem quatro dimensões que deverão ser contempladas e analisadas:

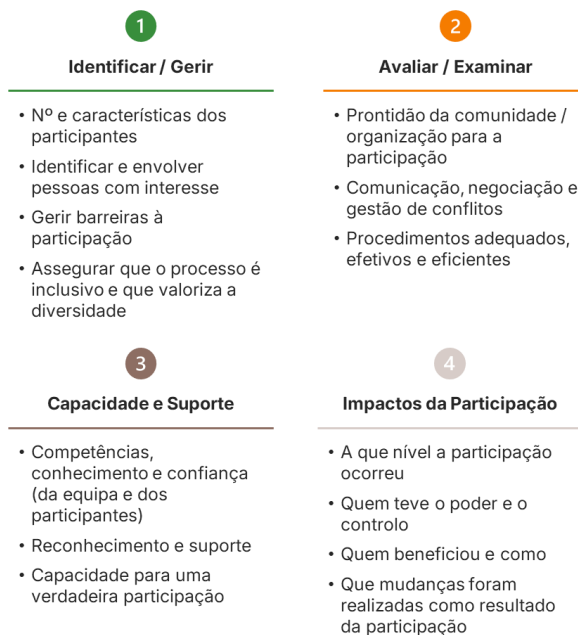


Figura 23 – Dimensões para análise da participação comunitária. Fonte: Adaptado de National Standards for Community Engagement, 2007

“A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA É O ENVOLVIMENTO DOS CONSUMIDORES NO DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PODE INCLUIR O ENVOLVIMENTO NO DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS, PLANEAMENTO ESTRATÉGICO, PLANEAMENTO DE SERVIÇOS, PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO.”

Consumer Focus Collaboration, 2000

A importância das parcerias estratégicas

Estabelecer alianças entre entidades independentes, mas que cooperam para alcançar um objetivo comum, é determinante para a execução e sucesso de um projeto. É através de **parcerias estratégicas** que se encontram soluções inovadoras para problemas frequentemente difíceis e/ou complexos, pela possibilidade de abordar o problema através de diferentes lentes, assim como contar com diferentes competências que geram maior impacto na promoção do projeto.

AS PARCERIAS PERMITEM SEDIMENTAR O CONHECIMENTO E O TRABALHO EM REDE, PROPORCIONANDO UMA GESTÃO MAIS EFICIENTE DOS RECURSOS.

Na implementação de projetos de promoção de uma alimentação saudável e sustentável é determinante o estabelecimento de parcerias multisectoriais, que naveguem na complexidade do sistema alimentar e que consigam transformar e melhorar a vida da população.

Para que as parcerias sejam efetivas, deverá garantir-se que existem confiança e canais de comunicação entre os parceiros, benefícios mútuos, papéis e responsabilidades definidas e objetivos comuns.

Ressalta-se que, uma abordagem baseada única e exclusivamente em objetivos, não

permite uma análise transversal da parceria estabelecida. O sucesso de uma parceria reflete-se, também, nas mudanças benéficas que ocorreram na população como, por exemplo, a melhoria na acessibilidade aos serviços, uma distribuição mais equitativa dos serviços ou a melhoria do estado de saúde, qualidade de vida e bem-estar.

Equidade na saúde

“A EQUIDADE NA SAÚDE IMPLICA QUE, IDEALMENTE, TODOS DEVEM TER UMA OPORTUNIDADE JUSTA DE ATINGIR O SEU PLENO POTENCIAL DE SAÚDE E, DE UMA FORMA MAIS PRAGMÁTICA, QUE NINGUÉM DEVE SER PREJUDICADO NA CONQUISTA DESSE POTENCIAL, SE TAL PUDER SER EVITADO.” OMS, 1986

A inclusão de **equidade** enquanto guia dos projetos tem uma dimensão moral e ética. Dimensões como a participação comunitária, o estabelecimento de parcerias e a aposta na advocacia e capacitação, espelham a dimensão da equidade na saúde e contribuem para áreas como a progressão da doença e incapacidade, a prevenção de doenças e lesões e a promoção da saúde e bem-estar.

No mundo atual, possibilitar a geração e aplicação de conhecimento, de ações e mecanismos para uma abordagem sustentável no combate às desigualdades é mandatário.

-  Aplicar uma *checklist* de diagnóstico
-  Compreender a teoria do projeto
-  Identificar quem foi "*deixado de fora*" do projeto
-  Identificar barreiras/facilitadores que as subpopulações experienciam
-  Identificar mecanismos geradores de iniquidades em saúde
-  Considerar ações intersectoriais e participação social como elementos centrais
-  Reformular o desenho da proposta de acordo com os achados anteriores
-  Fortalecer a monitorização e a avaliação

*Figura 24 – Oito passos na gestão de projetos para a diminuição das iniquidades em saúde.
Fonte: Adaptado de Innov8 approach, OMS, 2016*

Uma mudança transformadora inicia-se com a identificação, reflexão e consciencialização por parte da equipa de projeto de quais os conhecimentos, perspetivas e experiências que detêm no que concerne a equidade, género, direitos e determinantes sociais da saúde. No entanto, a sustentabilidade e potencial de melhoria acompanha todas as etapas do projeto.

PARA A PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL É ESSENCIAL REFLETIR SOBRE **PARA QUEM É DIRECIONADO O PROJETO E QUEM É QUE EFETIVAMENTE IRÁ BENEFICIAR DA SUA IMPLEMENTAÇÃO.** É IMPORTANTE TER SEMPRE PRESENTE QUE OS MAIS INFORMADOS TENDEM A PROCURAR E A ENCONTRAR MAIS INFORMAÇÃO.

Comunicação de boas práticas

A **comunicação e disseminação dos resultados** de um projeto assegura a partilha de boas práticas, a possibilidade de uma reflexão conjunta e a aplicabilidade noutros contextos. Por este motivo, incentiva-se que os projetos que visem a promoção de uma alimentação saudável e sustentável em Cascais contem com parceiros como a Academia, por forma a transporem-se fora de portas. Cada vez mais o conhecimento em saúde deve ser partilhado e apropriado. Não menos importante é a capacidade clara, simples e acessível de se conseguir **comunicar em saúde**. Tal reforça a necessidade de um trabalho interdisciplinar, onde a comunicação ganhe destaque e relevo e a multiculturalidade que caracteriza o território seja considerada.

INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

Alinhamento internacional, nacional e local

Embora indicadores de monitorização associados a cada projeto, ação e recomendação tenham de ser definidos à *posteriori*, enquadrados na sua dinâmica individual, o PLPASS ambiciona contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar da população de Cascais.

Neste sentido, identificam-se os seguintes dados: integração de indicadores dos ODS; indicadores de monitorização do PLPASS; indicadores de monitorização e avaliação de impacto, alinhados com as métricas do PNPAS e do PLS 2025-2030.

Integração de indicadores dos ODS



1.3 Implementar, a nível nacional, medidas e sistemas de proteção social adequados, para todos, incluindo escalões, e até 2030 atingir uma cobertura substancial dos mais pobres e vulneráveis

1.5 Até 2030, aumentar a resiliência dos mais pobres e em situação de maior vulnerabilidade destes fenómenos extremos relacionados com o clima e outros choques e desastres económicos, sociais e ambientais



2.1 Até 2030, acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os mais pobres e pessoas em situações vulneráveis, incluindo crianças, a uma alimentação de qualidade, nutritiva e suficiente durante todo o ano

2.2 Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas

2.4 Até 2030, garantir sistemas sustentáveis de produção de alimentos e implementar práticas agrícolas resilientes, que aumentem a produtividade e a produção, que ajudem a manter os ecossistemas, que fortaleçam a capacidade de adaptação às alterações climáticas, às condições meteorológicas extremas, secas, inundações e outros desastres, e que melhorem progressivamente a qualidade da terra e do solo



3.4 Até 2030, reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar



11.7 Apoiar relações económicas, sociais e ambientais positivas entre áreas urbanas, periurbanas e rurais, reforçando o planeamento nacional e regional de desenvolvimento



12.3 Até 2030, reduzir para metade o desperdício de alimentos per capita a nível mundial, de retalho e do consumidor, e reduzir os desperdícios de alimentos ao longo das cadeias de produção e abastecimento, incluindo os que ocorrem pós-colheita

12.7 Promover práticas de compras públicas sustentáveis, de acordo com as políticas e prioridades nacionais

12.8 Até 2030, garantir que as pessoas, em todos os lugares, tenham informação relevante e consciencialização para o desenvolvimento sustentável e estilos de vida em harmonia com a natureza

Indicadores de monitorização e avaliação do PLPASS

Indicadores	Metas 2030
Número de eventos públicos de apresentação/disseminação (por tipologia de evento e de contexto)	≥ 3 eventos
Número de participantes presentes em eventos de apresentação/disseminação (por sexo e faixa etária)	N.A.
Número de reuniões realizadas com os diferentes atores	1 reunião/ ano
Número de documentos produzidos (por tipologia de documento)	1 documento/ área prioritária
Número de eventos participativos, com a inclusão de grupos vulneráveis (com desagregação de tipologia de grupos vulneráveis, sexo e faixa etária)	≥ 3 eventos
Número de projetos/ações existentes, por áreas prioritárias	1 projeto/ área prioritária

Tabela 5 – Indicadores de monitorização e avaliação do PLPASS 2025-2030

Indicadores de monitorização e avaliação de impacto

Indicadores
Metas do PNPAS (face ao valor base)
Aumentar o conhecimento sobre os princípios da Dieta Mediterrânica em pelo menos 20% até 2027
Aumentar a adesão à Dieta Mediterrânica em 20% até 2030
Aumentar a proporção de adultos, crianças e adolescentes que consome pelo menos 400g de fruta e hortícolas por dia em pelo menos 10% até 2030
Reduzir o consumo de carne processada em pelo menos 10% até 2030
Reduzir o consumo de alimentos não saudáveis (alimentos que não constam na Roda dos Alimentos) em pelo menos 15% até 2030
Reduzir a proporção de crianças e adolescentes que apresenta um consumo diário de refrigerantes e outras bebidas açucaradas e/ou com adição de edulcorantes (≥ 220g/dia) em pelo menos 15% até 2030
Reduzir o consumo de sal em 30% até 2030
Reduzir a proporção de crianças e adolescentes que apresenta uma ingestão de açúcares livres superior à recomendação da OMS (< 10% do VET) em pelo menos 15% até 2030
Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses para pelo menos 50% até 2030
Aumentar a proporção de crianças e jovens alvo de intervenção em saúde escolar, no que concerne à alimentação até 2030
Travar o crescimento e reverter a tendência na prevalência do excesso de peso e da obesidade em adultos até 2030
Reduzir a prevalência do excesso de peso e da obesidade em crianças e adolescentes em pelo menos 5% até 2030

Indicadores (continuação)

Metas do PLS (face ao valor base)

Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares

Taxa de mortalidade por doença isquêmica do coração

Taxa de mortalidade por Diabetes *Mellitus*

YLL atribuíveis a:

- Hipertensão arterial
- Alimentação insuficiente ou desadequada
- Excesso de peso e obesidade
- Consumo de álcool
- Sedentarismo

Prevenção de problemas em CSP, entre utentes com médico de família atribuído:

- Excesso de peso e obesidade
- Hipertensão arterial sem complicações
- Alteração de metabolismo de lípidos

Outros indicadores na área da saúde:

- Proporção de hipertensos com menos de 65 anos e pressão arterial < 150/90
- Proporção de diabéticos com última HbA1c < 8%
- Inatividade física em idade escolar

Tabela 6 – Indicadores de monitorização e avaliação de impacto

BOAS PRÁTICAS

Para uma alimentação saudável e sustentável

BOAS PRÁTICAS

Implementação de projetos promotores de uma alimentação saudável e sustentável em Cascais

Considerando o enquadramento prévio e as necessidades de quem nasce, cresce, vive, estuda, trabalha e envelhece em Cascais, o PLPASS 2025-2030 identifica, assim, as seguintes **Boas Práticas** orientadoras de projetos, programas, ações e políticas que deem resposta a essas mesmas necessidades.

Incentiva-se a articulação contínua com o governo central e com Academia, por forma

a sedimentar o conhecimento e potenciar **um caminho que só se pode percorrer de mãos dadas.**

AS AÇÕES LOCAIS SÃO INCUBADORAS DA RECOLHA DE EVIDÊNCIA E RECONHECEM O VALOR E IMPORTÂNCIA DE UMA MUDANÇA COLETIVA.



ALIMENTAÇÃO SUSTENTÁVEL

Valorização de produtos locais e sazonais

- Integrar os produtos locais e sazonais nos refeitórios escolares e municipais;
- Apoiar os produtores locais;
- Apoiar projetos que incentivem ao consumo de “fruta feia”;
- Incluir produtos locais e sazonais nos eventos dinamizados pelo/no município;
- Incentivar o canal HORECA a dar preferência aos produtos locais e sazonais;
- Dinamizar sessões de literacia sobre a importância de comprar local e sazonal;
- Valorizar produtos endógenos saudáveis.

Economia circular

- Capacitar os municípios sobre o conceito e aplicabilidade de economia circular;
- Facilitar informação sobre pegada ecológica dos alimentos/refeições (por exemplo: cantinas, canal HORECA, mercados, entre outros);
- Colocar como fator de majoração contractual a diminuição da pegada ecológica nos procedimentos de contratação pública na área alimentar.

Desperdício alimentar

- Criar campanhas de sensibilização com vista a consciencialização do conceito e impacto do desperdício alimentar;
- Desenvolver estratégias de *nudge* em contexto escolar que diminuam o desperdício alimentar nos refeitórios escolares e municipais;
- Criar parcerias com entidades públicas ou privadas do concelho para que aderiram às estratégias de sensibilização e consciencialização;
- Incentivar uma gestão mais eficaz de excedentes alimentares entre instituições do concelho;
- Capacitar para a informação de validade dos produtos (“consumir até” e “consumir preferencialmente até”);
- Realizar um estudo de análise do desperdício alimentar nos refeitórios escolares.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL

Integração local do PNPAS

- Criar, ou otimizar modelo em rede já existente, que compile e enquadre os projetos locais nas diretrizes do PNPAS e partilhe um *roadmap* de boas práticas;
- Potenciar a ordenação do território com regras para a oferta alimentar à volta das escolas, procurando restringir os estabelecimentos comerciais que sejam promotores de escolhas menos saudáveis (por exemplo, *fast-food*);
- Melhorar a força de trabalho nas áreas da nutrição clínica/comunitária e saúde pública, através da adequação do rácio dos nutricionistas no município;
- Reforçar a promoção de uma alimentação saudável e sustentável no âmbito da saúde ocupacional, saúde escolar e saúde materno-infantil.

Participação de atores locais

- Incentivar atores locais a assumir o papel de embaixadores de uma alimentação saudável e sustentável (por exemplo: desportistas, atores, chefes, *influencers*, entre outros);
- Capacitar tutores de bairro e micro-influenciadores para a disseminação de uma alimentação saudável e sustentável.

Nutrição comunitária

- Valorizar contratos públicos que promovam a compra e oferta de alimentos saudáveis, seguros, nutritivos, locais e sazonais;
- Desenvolver um plano de gestão de emergência/resiliência alimentar, em resposta a catástrofes ambientais/vulnerabilidades na produção alimentar, transporte, choques socioeconómicos;
- 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;
- 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, instituições de economia social, entre outros;
- Incluir nos projetos os grupos da população mais vulnerável, nomeadamente idosos, grávidas, crianças, adolescentes e imigrantes, como grupos de ação prioritários;
- Incentivar o investimento na avaliação e orientação nutricional da população idosa que se encontra em ERPI, Centro de Dia ou SAD.

Insegurança alimentar

- 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 hortofrutícolas e leguminosas (por exemplo, descontos);
- Promover ações de literacia em saúde, alimentar e nutricional às pessoas que beneficiam de apoio alimentar e aos colaboradores das entidades que prestam esse tipo de apoio;
- Incentivar a utilização de hortas comunitárias por parte das pessoas que beneficiam de apoio alimentar.

Incentivos comunitários

- Captar fundos para intervenções centradas na construção de agricultura e sistemas alimentares sustentáveis e resilientes;
- Incentivar a presença concelhia de organizações focadas na promoção de uma alimentação saudável e sustentável;
- Captar fundos para a implementação de programas escolares de promoção de uma alimentação saudável e sustentável;
- Definir mecanismos que promovam a economia circular promotora de uma alimentação saudável e sustentável, através da oferta de *vouchers* na aquisição de alimentos saudáveis para a utilização em estabelecimentos promotores de escolhas alimentares saudáveis e sustentáveis (por exemplo, nos estabelecimentos de restauração circundante às escolas);
- Promover a disponibilidade de alimentos saudáveis e sustentáveis nos estabelecimentos do canal HORECA, através da distinção pública por meio de atribuição de um selo de qualidade da oferta alimentar;
- Incentivar à boa prática de estratégias de colocação de produto nos locais de compra, nomeadamente no comércio local;
- Lançar à população um Orçamento Participativo com um tema subjacente à promoção de uma alimentação saudável e sustentável.

Informação credível e acessível

- Criar uma estrutura de caracterização dos sistemas alimentares do território que apoie a decisão e definição de prioridades de intervenção;
- Envolver personalidades de Cascais, em particular das redes sociais e dos *influencers*, numa campanha de compromisso digital de não desinformação da população e de apoio à comunicação de saúde, alimentação e nutrição.

Eventos públicos

- Assegurar o cumprimento das orientações relacionadas com a alimentação e sustentabilidade do Regulamento para a Promoção de Eventos Sustentáveis em Cascais (Aviso n.º 4309/2025/2).

ESTRATÉGIAS DE ADESÃO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL

Dieta Mediterrânica

- Promover ações de formação para a adequada operacionalização das orientações existentes para a oferta alimentar em diferentes espaços públicos, dirigidas a diferentes profissionais;
- Criar iniciativas direcionadas para a creche e jardim de infância, estimulando a intervenção das crianças e famílias nessas iniciativas;
- Promover ações de literacia alimentar e nutricional direcionadas a cuidadores formais e informais, capacitando para um melhor cuidado;
- Dinamizar a semana da alimentação saudável e sustentável no concelho, com a participação de entidades multisectoriais;
- Alterar a designação das ementas escolares e de serviços públicos, com destaque dos produtos hortícolas e cereais, derivados e tubérculos.

Competências culinárias

- Melhorar a integração das hortas escolares nas atividades de promoção de uma alimentação saudável e sustentável;
- Capacitar jovens universitários para a gestão financeira associada à aquisição de alimentos e para a sua preparação, confeção e armazenamento;
- Promover competências culinárias juntos de populações vulneráveis, capacitando para a aquisição, preparação, confeção e armazenamento de alimentos.

Capacitação dos profissionais de saúde

- Alertar para a importância da avaliação do estado nutricional e da avaliação do risco nutricional, utilizando as orientações para os cuidados de saúde primários, hospitalares e comunitários (por exemplo, população residente em ERPI);
- Incentivar ao desenvolvimento de investigação local na área da alimentação saudável;
- Dinamizar ações de formação sobre a importância da utilização de *People First Language*, com vista à diminuição do estigma relacionado com a obesidade;
- Dar continuidade à organização de jornadas, conferências, seminários e/ou congressos na área da alimentação saudável e sustentável, no concelho de Cascais;
- Dinamizar ações de formação sobre alimentação na pré-concepção, na gravidez, durante o aleitamento materno e na diversificação alimentar;
- Criar módulos de formação assíncrona sobre dietas saudáveis e sustentáveis e alteração comportamental para a sua adoção.

Aleitamento materno exclusivo

- Apostar em informação audiovisual para potenciar a valorização social da amamentação;
- Desenvolver uma campanha de promoção do aleitamento materno em exclusivo até aos 6 meses de idade;
- Criar espaços de amamentação em estruturas municipais abertas ao público, tornando Cascais amiga do aleitamento materno.

Gestão excesso de peso/obesidade

- Facilitar o acesso a acompanhamento nutricional clínico, principalmente a crianças e adolescentes;
- Apoiar a prática de atividade física na gravidez e pós-parto, integrado em respostas municipais já existentes (por exemplo, programa Mais Saúde Todos os Dias);
- Apoiar a prática de atividade física em contexto escolar, nomeadamente em crianças que frequentam o jardim de infância e o primeiro ciclo;
- Promover a literacia financeira sobre o custo direto e indireto de uma alimentação saudável vs não saudável, junto de populações vulneráveis;
- Sensibilizar o canal HORECA para a diversificação dos excedentes alimentares;
- Implementar estratégias de *nudge* em contexto escolar, que promovam a atividade física e a adoção de comportamentos alimentares saudáveis.

Fatores intra/interpessoais

- Envolver os alunos na Estratégia Nacional de Combate ao Desperdício Alimentar;
- Promover projetos de cocriação que promovam uma alimentação saudável e sustentável;
- Dinamizar ações de educação para a saúde, alimentar e nutricional, direcionadas a alunos, professores e pais/encarregados de educação sobre Perturbações do Comportamento Alimentar;
- Criar estratégias lúdicas, adaptadas à faixa etária e/ou de cariz intergeracional, que facilitem a aquisição e assimilação da informação e, consequentemente, a alteração do comportamento;
- Potenciar os canais de redes sociais ou novas tecnologias, como o desenvolvimento de jogos, para incitar a alteração comportamental;
- Criar projetos interescolares/artísticos, adaptados à faixa etária e/ou de cariz intergeracional, com exposição pública com vista à cidadania e participação em saúde, enquanto promotores de mudança.

OBSERVATÓRIO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL

- Desenvolver uma plataforma dinâmica que permita monitorizar, informar e articular com dados de prevalência e estado nutricional;
- Criar protocolo de recolha de dados para os projetos (desagregação por freguesia, grupo etário, sexo, rendimentos, respostas/apoios sociais e escolaridade);
- Criar protocolo com a API (plataforma aberta de dados públicos portugueses);
- Acompanhar o investimento financeiro associado à promoção da alimentação saudável e sustentável em Cascais.

Pegada ecológica

- Analisar a atual pegada ecológica do consumo nas cantinas escolares e municipais (gha);
- Analisar o atual desperdício alimentar nas cantinas escolares e municipais (Kg/hab.);
- Analisar a atual pegada ecológica do consumo em Cascais, com base no estudo do consumo alimentar (gha);
- Calcular o desperdício alimentar por habitante (Kg/hab.);
- Calcular o valor do desperdício alimentar por habitante (€);
- Avaliar o impacto anual das ações de intervenção em relação ao desperdício alimentar.

Consumo alimentar

- Avaliar a ingestão estimada de energia total (kcal/dia) e de macronutrientes (%);
- Avaliar a ingestão estimada diária dos diferentes grupos alimentares (%);
- Avaliar a ingestão estimada diária de produtos ultraprocessados e de produtos ricos em açúcares livres (%);
- Analisar a auto-percepção de hábitos de consumo alimentar;
- Segmentar as avaliações por ciclo de vida e contextos (por exemplo, escolas, beneficiários de apoios alimentares, entre outros).

Insegurança alimentar

- Identificar o número/tipo de beneficiários de programas de apoio alimentar e de assistência social, e realizar a sua caracterização sociodemográfica;
- Analisar a taxa de prevalência de insegurança alimentar moderada ou severa da população residente (% no município e por freguesia);
- Georreferenciar as entidades que prestam apoio alimentar;

- Georreferenciar as respostas de apoio alimentar;
- Identificar o número de crianças e jovens (menos de 18 anos de idade) que beneficiam do programa de Ação Social Escolar.

Adesão à Dieta Mediterrânica

- Avaliar a adesão à dieta mediterrânica, no concelho de Cascais e por freguesia, ao longo do ciclo de vida.

Abastecimento e distribuição de alimentos

- Georreferenciar os mercados locais/municipais;
- Georreferenciar as mercearias, os supermercados e hipermercados;
- Mapear a tipologia de estabelecimentos fornecedores de alimentos nas imediações dos recintos escolares;
- Calcular o número médio de refeições escolares servidas/dia (total no município);
- Mapear a tipologia de estabelecimentos fornecedores de alimentos, cruzando com a acessibilidade (preço).

Aleitamento materno

- Analisar a prevalência de aleitamento materno em exclusivo (até aos 6 meses de idade), em Cascais.
- Identificar conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com o aleitamento materno (grávidas e familiares nucleares);
- Contabilizar o número de presenças de acompanhantes das grávidas nos módulos relativos à amamentação, nos cursos de preparação para o parto;
- Georreferenciar os equipamentos onde existam espaços para aleitamento materno.

Literacia alimentar e nutricional

- Avaliar e monitorizar a literacia alimentar sobre a dieta mediterrânica (crianças, jovens e adultos);
- Avaliar e monitorizar a literacia alimentar funcional (crianças, jovens e adultos).



Bibliografia

Aquino-Blanco, A., Jiménez-López, E., Victoria Montesinos, D., Gutiérrez-Espinoza, H., Olivares-Arancibia, J., YañezSepúlveda, R., Martín-Calvo, N., López-Gil, J.F. The Role of Food Security in Mediterranean Diet Adherence Among Adolescents: Findings from the EHDLA Study. *Foods* 2025, 14, 414.

Assembleia Geral das Nações Unidas (62).2025. Implementation of the United Nations Decade of Action on Nutrition (2016-2025).

Câmara Municipal de Cascais. 2025. Estratégia Municipal de Saúde de Cascais 2025-2030. Cascais.

Câmara Municipal de Cascais e Get2C. 2025. Plano Municipal de Ação Climática de Cascais. Cascais.

Câmara Municipal de Cascais. Rede Social de Cascais. 2018. Diagnóstico Social de Cascais. Cascais.

Comissão Europeia. 2025. Understanding consumer food waste behaviours – Findings from the EU.

Comissão Europeia. 2022. Healthier together EU Non-communicable Diseases Initiative. Luxemburgo.

Comissão Europeia. 2020. Farm to Fork Strategy – For a fair, healthy and environmentally-friendly food system.

CREA Council for Agricultural Research. 2024. Policies for healthy and sustainable diets – A review of international, European, and national documentation.

Department of Health, State of Western Australia. 2013. Research and Evaluation Framework and Implementation Guide. Perth.

Direção-Geral da Saúde. 2020. Estudo de adesão ao padrão alimentar mediterrânico. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. 2020. REACT-COVID – Inquérito sobre alimentação e atividade física em context de contenção social. Portugal.

FAO e WHO. 2019. Sustainable healthy diets – Guiding principles. Rome.

FAO e WHO. 2018. The nutrition challenge and the food system solutions. United Nations Decade of Action on Nutrition 2016-2015. Geneva.

Food Environments & EU Food Policy – Discovering the role of food environment for sustainable food systems. 2021.

Guillaume Lafortune, Grayson Fuller, Adolf Kloeke-Lesch, Phoebe Koundouri and Angelo Riccaboni. 2024. European Elections, Europe's Future and the SDGs: Europe Sustainable Development Report 2023/24. Paris.

Institute For Health Metrics And Evaluation, University Of Washington. 2021. Carga global de doença 2021 – Descobertas do estudo GBD 2021.

Instituto Nacional de Estatística I.P. 2024. Inquérito às despesas das famílias – 2022/2023. Lisboa.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2023. COSI Portugal – Relatório 2022.

Lopes C., Torres D., Oliveira A., Severo M., Alarcão V., Guiomar S., Mota J., Teixeira P., Rodrigues S., Lobato L., Magalhães V., Correia D., Carvalho C., Pizarro A., Marques A., Vilela S., Oliveira L., Nicola P., Soares S., Ramos E. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. Universidade do Porto, 2017.

Muonde M., Olorunsogo T., Osareme Ogugua J., Paschal Maduka C., Omotayo O. Global nutrition challenges: a public health review of dietary risks and interventions. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 2024, 21(01), 1467-1478.

Portaria n.º 37/2024, de 1 de fevereiro de 2024.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde. 2016. Portugal – Alimentação Saudável em Números 2015.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde. 2022. The Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI): Relatório de resultados para Portugal.

SAPEA (European Commission's Scientific Advice Mechanism. 2023. Towards sustainable food consumption. Berlin.

Unidade de Saúde Pública Amélia Leitão. Plano Local de Saúde – Cascais 2025-2030. 1ª Edição. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E., setembro de 2025.

WHO, FAO e United Nations Children's Fund. 2024. Guidance for monitoring healthy diets globally. Geneva.

WHO. 2025. The double burden of malnutrition – Policy Brief. United Nations Decade of Action on Nutrition 2016-2015. Geneva.

WHO. 2025. How does population ageing affect health system financial sustainability and affordable access to health care in Europe? Copenhagen.

WHO. 2024. 2025-2030 World Health Assembly global maternal, infant and young child nutrition targets and proposal for process indicators.

WHO. 2023. Promoting physical activity and healthy diets for healthy ageing in the WHO European Region. Copenhagen.

WHO. 2023. WHO acceleration plan to stop obesity. Geneva.

WHO. 2021. Healthy and sustainable diets – key workstreams in the WHO European Region. Copenhagen.

WHO. 2020. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Geneva.

WHO. 2016. Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. Geneva.

CASCAIS

Câmara Municipal