

SAÚDE**Gabinete da Secretária de Estado da Saúde****Despacho n.º 13066/2025**

Sumário: Cria o Programa Nacional de Prevenção e Gestão de Obesidade e determina a implementação do Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade no Serviço Nacional de Saúde.

O XXV Governo Constitucional mantém como prioridade estratégica a melhoria da equidade, qualidade e segurança no acesso aos cuidados de saúde, promovendo abordagens centradas na pessoa e integradas nos diferentes níveis do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com especial atenção às doenças crónicas e condições com elevado impacto na saúde da população.

A obesidade é uma doença crónica, complexa e multifatorial, resultante da interação de fatores genéticos, comportamentais, ambientais e sociais, associada a um risco aumentado de múltiplas comorbilidades — como a diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, disfunções osteoarticulares e determinadas neoplasias — e constitui, simultaneamente, um dos mais relevantes desafios de saúde pública a nível nacional e global.

Em Portugal, a obesidade afeta 28,7 % dos adultos, sendo que mais de metade da população apresenta excesso de peso (67,6 %). Também a obesidade infantil atinge proporções preocupantes: em 2022, a prevalência de excesso de peso foi de 31,9 % nas crianças entre os 6 e os 8 anos, das quais 13,5 % viviam com obesidade. Entre 2000 e 2021, a mortalidade associada ao excesso de peso cresceu 14 % e a perda de anos de vida saudáveis aumentou 28 %. Atualmente, o excesso de peso representa 7,5 % da mortalidade nacional e é o segundo fator de risco que mais contribui para a carga da doença em Portugal [7,4 % dos disability-adjusted life years (DALYs)], de acordo com os dados mais recentes do estudo Global Burden of Disease, de 2021.

A obesidade tem igualmente um impacto económico e social significativo. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) estima que 10 % da despesa total em saúde em Portugal é destinada ao tratamento de doenças relacionadas com o excesso de peso, com um impacto global de 3 % no produto interno bruto (PIB). Esta situação tem implicações diretas na sustentabilidade do SNS, exigindo respostas organizadas, equitativas e eficazes, com base na melhor evidência científica disponível.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) apresentou, a 4 de março do presente ano, por ocasião do Dia Mundial da Obesidade, o «Roteiro de Ação para Acelerar a Prevenção e Controlo da Obesidade em Portugal», a implementar nos próximos três anos. Esta iniciativa insere-se na participação nacional no Plano de Aceleração para Travar a Obesidade da Organização Mundial da Saúde (*WHO Acceleration Plan to Stop Obesity*), e visa contribuir para atingir as metas definidas para 2030, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2030 e dos programas prioritários de saúde para as áreas da promoção da alimentação saudável e da promoção da atividade física.

O Roteiro propõe dez áreas de ação prioritária, com medidas centradas na prevenção, melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde e criação de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis, com foco particular nos primeiros anos de vida.

Neste contexto, impõe-se a criação do Programa Nacional de Prevenção e Gestão de Obesidade, concebido como plataforma transversal e interprogramática que agregue e coordene medidas e intervenções na área da obesidade, potenciando a articulação entre programas nacionais de saúde, setores e níveis de intervenção, e promovendo a integração de soluções inovadoras de base digital. O Programa constitui-se igualmente como uma estrutura de apoio ao processo de implementação, acompanhamento e monitorização de respostas integradas de cuidados de saúde na área da obesidade, orientada para a melhoria do acesso e da qualidade assistencial, a coordenação entre níveis de prestação e a obtenção de ganhos em saúde sustentáveis.

Adicionalmente, o Roteiro prevê o reforço da prevenção nos cuidados de saúde primários, com a implementação alargada do aconselhamento breve para a promoção da atividade física e da alimentação saudável, e a publicação e operacionalização do Percurso de Cuidados Integrados da Pessoa com Obesidade (PCIPO), que visa articular os diferentes níveis de cuidados — primário, hospitalar e comunitário — assegurando uma abordagem centrada na pessoa, contínua, interdisciplinar e sustentada ao longo do tempo. Este Percurso estabelece um modelo clínico-organizativo que contempla as vertentes de diagnóstico diferencial, intervenção precoce e tratamento não cirúrgico e cirúrgico, garantindo um acompanhamento eficaz, multidisciplinar e articulado entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, com especial atenção à avaliação multidimensional das necessidades de cada pessoa e à capacitação dos profissionais e estruturas do SNS, visando assim melhorar a equidade, qualidade, segurança e eficiência no tratamento de pessoas com obesidade.

A implementação efetiva deste Percurso nas unidades locais de saúde (ULS) constitui um instrumento fundamental para operacionalizar o modelo de cuidados integrados, favorecendo a proximidade, a continuidade e a qualidade da resposta. Para esse efeito, assume-se como medida estruturante a criação de Equipas Multidisciplinares da Obesidade (EMO), que assegurem a resposta clínica adequada e personalizada, promovam a referenciação atempada e racional entre níveis de cuidados e articulem com os recursos da comunidade.

Neste contexto, o presente despacho procede à criação do Programa Nacional de Prevenção e Gestão de Obesidade no âmbito da DGS e estabelece os termos para a implementação do Percurso de Cuidados Integrados da Pessoa com Obesidade no Serviço Nacional de Saúde.

Esta medida visa promover uma resposta sistémica, estruturada e centrada na pessoa, que contribua para melhorar os resultados em saúde, o reforço da eficiência do sistema e a promoção da equidade no acesso ao tratamento da obesidade.

Assim, ao abrigo do disposto no artigo 1.º, nas alíneas a) e b) do artigo 2.º, no artigo 3.º, na alínea c) do artigo 4.º, na alínea a) do n.º 1 do artigo 5.º, nos artigos 12.º e 13.º-B do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, na sua redação atual, em conjugação com o n.º 2 do artigo 8.º, o n.º 1 do artigo 10.º e o artigo 23.º, todos do Decreto-Lei n.º 87-A/2025, de 25 de julho, que aprova o regime de organização e funcionamento do XXV Governo Constitucional, e no uso das competências que me foram delegadas pelo Despacho n.º 9578/2025, de 12 de agosto, da Ministra da Saúde, determino o seguinte:

1 — É criado o Programa Nacional de Prevenção e Gestão de Obesidade (PNPGO), no âmbito da DGS, que assume o modelo de plataforma transversal e interprogramática, articulando e potenciando medidas dos programas nacionais e prioritários de saúde e de outras iniciativas setoriais relevantes, assegurando uma abordagem sistémica à prevenção e gestão da obesidade, e constituindo a estrutura de apoio à implementação, acompanhamento e monitorização de respostas integradas de cuidados de saúde na área da obesidade.

2 — O PNPGO deve contribuir para, no quadro das metas do Plano Nacional de Saúde 2030:

a) Reforçar a prevenção da obesidade ao longo do ciclo de vida, através dos programas nacionais e prioritários de saúde, como nas áreas da alimentação saudável, nomeadamente do aleitamento materno, atividade física, diabetes, saúde materna, saúde infantil e juvenil, saúde escolar, entre outras, com enfoque nas fases mais precoces, desde a preconceção, promovendo estilos de vida saudáveis, ambientes alimentares equilibrados e oportunidades para a prática regular de atividade física;

b) Promover a articulação intersetorial e multissetorial, envolvendo contextos prioritários como educação, autarquias, trabalho, desporto, agricultura, transportes, economia, e ainda os setores social e privado e a sociedade civil, numa abordagem de toda a sociedade que potencie políticas públicas e ambientes promotores de saúde;

c) Aumentar a literacia em saúde da população e a capacitação dos profissionais, através de programas contínuos de educação, comunicação pública sustentada e campanhas multicanal dirigidas a diferentes públicos, baseadas em evidência e culturalmente adequadas;

d) Garantir a equidade e inclusão no acesso à prevenção e tratamento da obesidade, promovendo respostas adaptadas a diferentes contextos e necessidades de saúde, incluindo a gravidez, a infância, a adolescência, a idade adulta e o envelhecimento, contextos socioeconómicos desfavorecidos e contextos geográficos ou clínicos com vulnerabilidade acrescida;

e) Assegurar a implementação, acompanhamento e monitorização de respostas integradas de cuidados de saúde na área da obesidade, como o Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade (PCIPO), orientadas para a melhoria do acesso e da qualidade assistencial, garantindo a integração e coordenação entre níveis de cuidados e a obtenção de ganhos em saúde sustentáveis;

f) Desenvolver e manter uma plataforma digital que disponibilize informação, baseada em evidência, inclusiva e adaptada às diferentes fases do ciclo de vida, recursos educativos, ferramentas interativas de autoavaliação e apoio, e que incorpore soluções inovadoras, incluindo aplicações de inteligência artificial para apoio à decisão clínica, à literacia em saúde e à prevenção e gestão do risco;

g) Contribuir para o desenvolvimento e disseminação de boas práticas nacionais e internacionais, estimulando a inovação e a investigação aplicada na prevenção e gestão da obesidade, que inclua a cocriação de soluções com cidadãos, profissionais de saúde, comunidades locais e associações de pessoas com obesidade, integrando conhecimento científico e experiência vivida;

h) Fomentar e apoiar a contratualização baseada em resultados em saúde, em especial no âmbito das Unidades Locais de Saúde e dos Centros de Responsabilidade Integrados, garantindo eficiência, sustentabilidade e melhoria contínua das intervenções;

i) Monitorizar os determinantes, a prevalência e as consequências da obesidade, produzindo informação regular, transparente e comparável, que suporte a definição de políticas e a tomada de decisão;

j) Definir e monitorizar metas nacionais, em linha com as melhores práticas internacionais, avaliando o impacto em indicadores como prevalência de obesidade, carga de doenças associadas, qualidade de vida e bem-estar;

k) Participar em ações de cooperação internacional e desenvolver memorandos de cooperação para a prevenção e tratamento da obesidade com países terceiros, entre outras iniciativas relevantes.

3 – O modelo de governação e funcionamento do PNPGO é definido por despacho da diretora-geral da Saúde.

4 – As entidades do Ministério da Saúde articulam-se e colaboram ativamente com a DGS na operacionalização e execução do PNPGO.

5 – O PCIPO é publicado no portal da DGS, em página dedicada ao tema da obesidade, onde serão igualmente disponibilizados materiais complementares e informação sobre a evolução da sua implementação.

6 – O PCIPO tem como principais metas:

a) Reduzir a prevalência da obesidade por meio da definição de uma resposta integrada, multidisciplinar e transversal a todos os níveis de cuidados de saúde para o tratamento da obesidade, garantindo a identificação e a intervenção precoces;

b) Melhorar a resposta dos serviços de saúde, garantindo equidade no acesso ao tratamento;

c) Aumentar a eficácia terapêutica, através da padronização dos cuidados e da intervenção por Equipas Multidisciplinares da Obesidade;

d) Fomentar a integração de cuidados entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e comunitários, através de equipas multidisciplinares especializadas, garantindo uma abordagem coordenada;

e) Permitir a monitorização e avaliação contínua dos resultados terapêuticos, utilizando indicadores de desempenho de forma a compreender o impacto deste percurso.

7 – A Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS, I. P.), em articulação com a DGS, assegura a implementação progressiva do PCIPO nas ULS, promovendo a melhoria do acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, bem como a integração dos cuidados entre os diferentes níveis de prestação.

8 – Cada ULS assegura a criação e consolidação de EMO, nos termos definidos pela DGS no PCIPO, designadamente quanto aos princípios e requisitos de organização e funcionamento.

9 – As EMO referidas no número anterior:

a) Têm como responsabilidade a prevenção, diagnóstico, tratamento não cirúrgico e cirúrgico e referenciação de pessoas com obesidade, assegurando a articulação entre os diferentes níveis de cuidados e promovendo uma abordagem multidisciplinar centrada na pessoa e suportada na evidência científica;

b) Possuem autonomia organizacional e são constituídas por profissionais de diferentes níveis de cuidados, com formação específica na área da obesidade, e incluem, no mínimo, cinco elementos, com representação obrigatória dos quatro núcleos em que se organizam, podendo partilhar os recursos humanos entre os seguintes núcleos:

i) Núcleo de Cuidados de Saúde Primários: medicina geral e familiar;

ii) Núcleo de Cuidados Hospitalares: medicina interna e/ou endocrinologia ou pediatria;

iii) Núcleo de Cuidados Hospitalares Cirúrgicos: cirurgia geral, medicina interna e/ou endocrinologia;

iv) Núcleo de Cuidados Transversais: enfermagem, nutrição, saúde mental, atividade física (fisioterapia e/ou medicina física e reabilitação) e serviço social, entre outras.

c) São responsáveis pela intervenção em:

i) Pessoas com obesidade (pré-clínica, clínica ou sarcopénica); ou

ii) Pessoas com pré-obesidade e risco cardiometabólico aumentado; e

iii) Pessoas com motivação para a mudança.

d) Desenvolvem a sua atuação com base em modelos de intervenção específicos por perfil profissional e a sua atuação deve ser suportada pela evidência científica, acessível e centrada na pessoa com obesidade, garantindo assim uma abordagem multidisciplinar, que assegure:

i) Diferenciação entre idade adulta e a idade pediátrica permitindo, respetivamente, uma abordagem personalizada, incluindo intervenção nutricional, plano de atividade física, tratamento ou controlo de comorbilidades e, quando indicado, tratamento cirúrgico ou uma abordagem terapêutica com integração da família incluindo promoção da alimentação saudável e da atividade física, tratamento e controlo de comorbilidades, com adaptação da abordagem ao desenvolvimento psicossocial e crescimento, incluindo, quando indicado, o tratamento cirúrgico para adolescentes a partir dos 15 anos;

ii) Avaliação, com recolha de história clínica, avaliação antropométrica, identificação de comorbilidades e fatores de risco;

iii) Diagnóstico clínico, nutricional, capacidade física, psicológico/comportamental e social, com registo adequado no processo clínico;

iv) Definição de estratégias terapêuticas personalizadas, de acordo com as necessidades individuais;

v) Definição de objetivos terapêuticos e de seguimento regular para monitorização de progressos;

vi) Identificação dos resultados esperados como a melhoria dos indicadores de saúde (perda de peso e redução da adiposidade excessiva, controlo de comorbilidades, melhoria da capacidade física funcional, qualidade de vida e bem-estar) e a adesão ao tratamento, assegurando que a pessoa com obesidade compreende e segue o plano estabelecido.

e) São coordenadas por um profissional que deve:

i) Ter competência em coordenação e gestão em saúde;

ii) Garantir uma gestão eficiente e estruturada da equipa;

iii) Receber e avaliar os casos referenciados para a EMO, assegurando a aplicação dos critérios de elegibilidade;

iv) Distribuir os utentes pelos núcleos de intervenção, de acordo com os critérios de referência estabelecidos, garantindo um acompanhamento adequado e personalizado.

f) Com vista à prossecução dos seus objetivos, a sua atuação inclui:

i) Elaboração do Plano Individual de Cuidados (PIC);

ii) Gestão do tratamento não cirúrgico da obesidade (TNCO), como primeira linha, incluindo intervenção nutricional personalizada e adequada ao contexto da pessoa, prescrição e acompanhamento de plano de atividade física ajustado, intervenção psicológica e comportamental para promover adesão e mudança de estilo de vida, e introdução de terapêutica farmacológica, quando clinicamente indicada;

iii) Avaliação e encaminhamento para o tratamento cirúrgico da obesidade (TCO), reservado a situações em que o TNCO não alcançou os resultados terapêuticos desejáveis após 12 meses de acompanhamento e que apresentam critérios clínicos específicos, realizado pelo núcleo de cuidados hospitalares cirúrgicos, assegurando a avaliação obrigatória por equipa multidisciplinar, otimização pré-operatória e seguimento pós-operatório;

iv) Acompanhamento contínuo e monitorização regular da evolução clínica da pessoa com obesidade, com reavaliação do PIC e reforço de estratégias motivacionais, promovendo a adesão ao tratamento e prevenção de recaídas.

g) A sua atuação deve cumprir os requisitos previstos no PCIPO, designadamente:

i) Os critérios de referência, a abordagem, a intervenção nutricional, o plano de atividade física, a intervenção psicológica e o tratamento farmacológico, relativamente ao TNCO;

ii) Os critérios de referência, a abordagem e tipos de procedimentos, os critérios de alta e a nova referência, relativamente ao TCO.

h) Devem dispor dos equipamentos adequados à sua área de atuação, incluindo instrumentos para avaliação, monitorização clínica e implementação de estratégias terapêuticas, bem como de infraestruturas adaptadas às necessidades da pessoa com obesidade, assegurando nos cuidados hospitalares o acesso a equipamentos especializados, como macas e camas adaptadas, bem como equipamentos de imagiologia compatíveis com diferentes fenótipos.

10 — A avaliação de resultados das EMO é realizada de forma diferenciada por núcleo de intervenção, abrangendo os indicadores estabelecidos no PICPO, designadamente, entre outros: adesão ao PIC; perda de peso $\geq 5\%$ aos 12 meses em adultos; manutenção ou redução do percentil de índice de massa corporal (IMC) em idade pediátrica; perda $\geq 50\%$ do excesso de peso em 3 anos após cirurgia; estabilidade nutricional após cirurgia; melhoria de hábitos alimentares, funcionalidade física, saúde mental e qualidade de vida; prevenção da recuperação de peso.

11 — As ULS devem assegurar a articulação entre as EMO e os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares, e demais estruturas de apoio comunitário, garantindo a continuidade, a personalização, a eficácia da resposta terapêutica, a utilização racional dos recursos disponíveis e otimização dos resultados em saúde.

12 — De modo a garantir a qualidade, a segurança, a eficácia e a continuidade do percurso de cuidados da atividade das EMO, a DE-SNS, I. P., a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.) e a SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.), devem assegurar as necessárias adaptações aos sistemas de informação e devem desenvolver e implementar, de acordo com orientações da DGS, um sistema de monitorização que inclua, entre outros, os seguintes indicadores de desempenho:

a) Percentagem de pessoas adultas com obesidade que atingem uma perda de peso $\geq 5\%$ ao fim de 12 meses de intervenção;

b) Percentagem de crianças e adolescentes com obesidade com manutenção do percentil de peso ou diminuição do percentil de IMC, ajustado ao sexo e à idade, ao fim de 12 meses de intervenção;

c) Taxa de adesão às consultas e ao acompanhamento multidisciplinar;

d) Redução da incidência de complicações metabólicas entre as pessoas com obesidade acompanhadas;

e) Nível de satisfação das pessoas com obesidade acompanhadas com o percurso de cuidados integrados prestado.

13 — A DGS procede à definição e atualização dos requisitos técnicos, organizativos e de qualidade dos Centros de Tratamento da Obesidade, assegurando a validação das candidaturas e o cumprimento dos critérios estabelecidos em documento normativo próprio.

14 — A DE-SNS, I. P., em articulação com a ACSS, I. P., promove a uniformização de Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) com atividade na área da obesidade, para o TNCO e para o TCO, assente num modelo de contratualização baseado em resultados em saúde.

15 — A terapêutica farmacológica, quando indicada no âmbito do TNCO, deve cumprir os critérios de elegibilidade e prescrição definidos no PCIPO, sendo que a comparticipação de medicamentos com autorização de introdução no mercado (AIM) para tratamento da obesidade, aprovados pelo INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED, I. P.), será definida através de um regime excecional de comparticipação, a prever em portaria a aprovar pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

16 — O INFARMED, I. P., deve, no prazo de 30 dias após a publicação do presente despacho, desenvolver e apresentar um estudo técnico que avalie a comparticipação dos medicamentos para o tratamento da obesidade, de modo a fundamentar a decisão sobre o regime excecional de comparticipação previsto no número anterior.

17 — São revogados o Despacho n.º 17486/2007, de 8 de agosto, e o Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro.

18 — O presente despacho produz efeitos a partir da data da sua assinatura.

30 de outubro de 2025. — A Secretária de Estado da Saúde, Ana Margarida Pinheiro Povo.

319721819