



**Universidade Nova de Lisboa**  
**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

*Problemas de saúde nos países desenvolvidos e planeamento estratégico:  
evolução das políticas e estratégias de prevenção e combate à pré-  
obesidade e obesidade infantil e dos jovens em Portugal*

**André Beja**

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE E  
DESENVOLVIMENTO

NOVEMBRO DE 2011



## Universidade Nova de Lisboa

### Instituto de Higiene e Medicina Tropical

*Problemas de saúde nos países desenvolvidos e planeamento estratégico:  
evolução das políticas e estratégias de prevenção e combate à pré-  
obesidade e obesidade infantil e dos jovens em Portugal*

**Candidato:** André Aurélio Marona Beja, Licenciado em Enfermagem

**Orientador:** Professor Doutor Paulo Ferrinho

**Co-Orientadora:** Doutora Isabel Craveiro

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Paulo Ferrinho.

NOVEMBRO DE 2011

À Marta, à Sofia, ao Tiago e à Emília,  
esperando contribuir para que  
cresçam na justa medida.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Paulo Ferrinho e à Doutora Isabel Craveiro agradeço a orientação, o incentivo e a paciência.

Pelos documentos disponibilizados, contactos facilitados, opiniões, sugestões e esclarecimentos, agradeço à Doutora Ana Rito (COSI, Plataforma Contra Obesidade); à Dra. Carlota Vieira (equipa técnica do PNS 2011-2016); ao Doutor Cipriano Justo, ao Doutor Francisco George (DGS), à Doutora Joana Sousa; à Dr. Maria Cortes; ao Doutor Osvaldo Santos (ONOCOP); à Professora Doutora Paula Santana; ao Professor Doutor Pedro Graça (Plataforma Contra Obesidade), à Dra. Raquel Ferreira.

À Filomena e ao Joaquim agradeço os genes, os livros e a coragem perante a incerteza. Estendo este agradecimento ao Artur, à Leonor e à Catarina, porque partilhamos tudo isso e muito mais.

À Celina, que me deu corda e a mão para aguentar a vela ao vento.

À Mafalda Henriques, ao Eduardo Leite, à Sónia Gouveia, ao Vasco Ramos, à Sónia Pires, a amizade, companheirismo e boa disposição.

À Ana Marques que, mesmo à distância, está sempre presente. Ao Gilles e à Clara, a sua família que também é a minha trupe.

Ao Alexandre Abaladas, ao Daniel Figueiredo, à Daniela Melo, ao João Gomes, ao Joseph Madiba, à Mariana Santos e ao Sérgio Cerqueira, com quem muito aprendi enquanto me decidia retomar este trabalho.

Aos a às colegas do I Mestrado de Saúde em Desenvolvimento do IHMT, com uma palavra especial a Lúcia Reis, Luísa Mira, Maria Sachetti, Susana Moreira e Valentina Oliveira.

Agradeço ainda a tantos e tantas que, ao longo de todo este tempo, me incentivaram, ajudaram, acarinharam, animaram e comigo partilharam tantas coisas importantes...

Carla Luís, João Couvaneiro, Miguel Brazão, Marco Coelho, Rita Calvário, Hugo Novais, Bruno Leitão, Manuela Sousa Rebelo, Teresa Sousa Rebelo, Mónica António, Pedro dos Reis, Catarina Santos, Nuno Frade, Paula Costa, Elsa Santos, Irina Pampim, Francisco Louçã, Rita Andringa, Cecília Honório, Dina Nunes, Luís Fazenda, Rita Gorgulho, Clara Oliveira, Gonçalo Ramos, Rita Cachado, Inês Cerejo, Helena Carmo, Fernando Figueira, Armandina Fernandes, Rosa Pereira, Isabel Duarte, João Silva, Flora Silva, Rosinda Beltrão, Paulo Vieira, Valdemar Reis, Carlos Galvão, Filipa Gonçalves, João Semedo, Daniela Marcelino, Victor Franco, Rui Maia, Carlos Alvarenga, Paolo Batino, Aitzepea Leizoala, Gustavo Toshiaky, Sofia Crisóstomo, Gustavo Behr, Ana Cruz, Jennie Ávila, Fernando Sousa...

A lista prossegue e está aberta a quem nela se sentir incluído/a e confortável.

**TÍTULO:** Problemas de saúde nos países desenvolvidos e planeamento estratégico: evolução das políticas e estratégias de prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens em Portugal

**AUTOR:** André Aurélio Marona Beja

**RESUMO:**

A obesidade é uma doença crónica e constitui um factor de risco para outras patologias, como a diabetes ou as doenças cardiovasculares, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida de adultos, crianças e jovens, e para o aumento dos custos directos e indirectos com a saúde. Entre as suas múltiplas causas, destacam-se as mudanças comportamentais, nomeadamente as alterações ao padrão alimentar e a diminuição da actividade física, que resultam num balanço energético positivo.

A pré-obesidade e obesidade são um grave problema de saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo consideradas como epidemia global e um dos maiores desafios da saúde pública do início do século XXI.

Verifica-se que a obesidade tem efeitos negativos imediatos na saúde individual dos mais jovens, aumentando-lhes também o risco de obesidade e suas co-morbilidades na idade adulta. O crescimento do problema entre crianças e jovens, bem como uma maior facilidade na introdução de mudança aos seus comportamentos, está na base de recomendações para que seja dada prioridade à prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade nestas faixas etárias.

Em Portugal, diversos estudos indicam o agravar do problema entre a população, sendo a prevalência entre crianças e jovens uma das mais ao nível europeu. Este facto, associado aos custos individuais, sociais e económicos da doença, constitui um foco de interesse para quem estuda a evolução dos sistemas de saúde.

Com esta investigação procurou-se compreender a evolução das políticas e estratégias de prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens e como ela se projecta no futuro. Para tal, fez-se uso de uma metodologia qualitativa, através da análise da semântica e conteúdos de um *Corpus* documental que incluiu, entre outros, a Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002), o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e a versão preliminar do Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Os resultados mostram que o aumento de prevalência de excesso de peso na população portuguesa levou a que o problema ganhasse importância nas preocupações das autoridades de saúde. Verifica-se no entanto que a preocupação com o aumento da prevalência nas crianças e jovens se reflectiu mais tardiamente nos documentos estratégicos.

Conclui-se ainda que a centralidade política da prevenção e combate ao problema, em particular, nas idades infante-juvenis, surge após a aprovação da *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade* (WHO-Europe, 2006), de que Portugal é signatário. É possível estabelecer uma correspondência entre os princípios da *Carta* e as orientações estratégicas do PNS 2011-2016, recomendando-se o reforço deste alinhamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pré-obesidade, Obesidade, Portugal, Infantil, Crianças, Adolescentes, Jovens, Excesso de Peso, Plano Nacional de Saúde, Sistemas de Saúde, Planeamento em Saúde, Carta Europeia de Luta contra a Obesidade, Planeamento Estratégico.

**TITLE:** Health problems in developed countries and strategic planning: evolution of politics and strategy for children and youth overweight and obesity prevention and combat in Portugal.

**AUTHOR:** André Aurélio Marona Beja

### **ABSTRACT**

Obesity is a chronic disease and a contributing risk factor for other conditions, such as diabetes or cardiovascular diseases, associated with the decrease of life quality of adults, children and youth, and with the increase of direct and indirect health costs. Its most common causes are behavioural changes, like dietary changes and decrease of physical activity, that lead to a positive energy balance and gain of weight.

Overweight and obesity are becoming a major problem in developed and developing countries, being considered as a global epidemic and as one of the greatest public health challenges of the twenty-first century.

Obesity has immediate negative effects on individual health of young people, increasing the risk of obesity and its co-morbidities in their adult age.

The fact of being a growing problem among children and youth, coupled with a relatively high permeability of members of this age group to behavioral changes is at the basis of recommendations to prioritize these groups for the prevention and combat against overweight and obesity.

In Portugal, several studies show that the problem is growing among the population, being the prevalence among children and youth one of the highest in Europe. This fact, together with the individual, social and economic burden of the disease, is of interest to those who study the evolution of health systems.

With this investigation, we analyzed the evolution of policies and strategies for preventing and combating overweight and obesity among children and young people and how they are projected in the future. For this, we used a qualitative methodology to analyze the semantic and content analysis of a set of documents, including the *Health Strategy (1998-2002)*, the *National Health Plan 2004-2010* and the draft of the *National Health Plan 2011-2016*.

Our results show the increasing concern of Portuguese health authorities with the growing impact of obesity in the population. However the concern with its increase among children and young people risen later in the strategic document.

We established that prevention and combat obesity, particularly within children and adolescents, became a political priority after the approval of the *European Charter on Counteracting Obesity* (WHO-Europe, 2006) of which Portugal is a signatory member. It is possible to establish a correspondence between the principles of the *European Charter* and the strategic guidelines of the *National Health Plan 2011-2016*, and we recommend the strengthening of this alignment.

**KEYWORDS:** Overweight, Obesity, Portugal, Children, Adolescence, Youth, National Health Plan, Health Systems, Health Planning, European Charter on Counteracting Obesity, Strategic Planning.

# ÍNDICE

Siglas 1

<b>CAPÍTULO 1: Contexto de Investigação</b> .....	3
<b>1.1. Objectivo geral</b> .....	5
<b>1.2. Objectivos específicos</b> .....	5
<b>CAPÍTULO 2: Revisão da Literatura</b> .....	7
<b>2.1. Política de Saúde e Estratégias de Saúde</b> .....	7
<b>2.1.1. Planeamento em Saúde e Planeamento Estratégico</b> .....	7
<b>2.1.1.1. Planos, programas e projectos</b> .....	9
<b>2.1.1.2. Programas horizontais, verticais e integrados</b> .....	9
<b>2.1.1.3. Actores no processo de Planeamento em Saúde</b> .....	9
<b>2.2. Política de Saúde e Planeamento Estratégico em Portugal</b> .....	11
<b>2.3. Obesidade e Excesso de Peso</b> .....	12
<b>2.3.1. Etiologia</b> .....	14
<b>2.3.2. Problemas de saúde associados à pré-obesidade e obesidade</b> .....	16
<b>2.3.3. Dimensão económica da pré-obesidade e obesidade</b> .....	17
<b>2.3.4. Prevalência e incidência na Europa e em Portugal</b> .....	17
<b>2.3.5. Prevenção da pré-obesidade e obesidade</b> .....	22
<b>2.3.6. Prevenção centrada nas crianças e jovens</b> .....	23
<b>2.3.7. A Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade</b> .....	26
<b>CAPÍTULO 3: Material e Métodos</b> .....	28
<b>3.1. Método e técnica</b> .....	28
<b>3.1.1. Método a implementar</b> .....	28
<b>3.1.1.1. Estudo de Caso</b> .....	29
<b>3.1.1.2. Pesquisa documental</b> .....	30
<b>3.2. População e Amostra</b> .....	31
<b>3.2.1. Amostra documental</b> .....	31
<b>3.2.2. Amostra de informadores chave</b> .....	32
<b>3.3. Análise dos documentos</b> .....	33
<b>3.4. Materiais</b> .....	34

<b>CAPÍTULO 4: Resultados</b> .....	35
<b>4.1. Saúde um Compromisso: A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)</b> .....	35
4.1.1. Contexto Político .....	35
4.1.2. Objectivos, estrutura e organização .....	37
4.1.3. A Estratégia e a Obesidade .....	39
4.1.3.1. A <i>Estratégia</i> e a Obesidade Infantil e dos Jovens .....	40
4.1.4. Avaliação – Ganhos em Saúde .....	41
<b>4.2. Plano Nacional de Saúde 2004-2010</b> .....	43
4.2.1. Contexto Político .....	43
4.2.2. Objectivos, Estrutura e Organização .....	44
4.2.3. Os principais problemas de saúde da população.....	47
4.2.4. Plano Nacional de Saúde e a Obesidade.....	48
4.2.4.1. O Plano Nacional de Saúde e a pré-obesidade e obesidade das crianças e dos jovens .....	50
4.2.5. Programas Nacionais .....	51
4.2.5.1. Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade .....	52
4.2.5.2. Programas Nacionais dirigidos especificamente às crianças e jovens.....	55
4.2.5.3. Programas Nacionais dirigidos a outras áreas e que podem ter influência na problemática em análise.....	57
4.2.6. Plataforma Contra a Obesidade .....	65
4.2.7. Monitorização e Avaliação do Plano Nacional de Saúde .....	66
4.2.7.1. Comissão de Acompanhamento do Plano.....	66
4.2.7.2. Fórum Nacional de Saúde .....	67
4.2.7.3. Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010.....	69
4.2.7.4. Avaliação do Plano Nacional de Saúde pela OMS Europa .....	70
<b>4.3. Plano Nacional de Saúde 2011-2016</b> .....	72
4.3.1. Contexto Político .....	72
4.3.2. O Processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016.....	73
4.3.3. Abordagem à problemática da obesidade durante a elaboração do PNS 2011-2016	76
4.3.3.1. Fóruns Regionais de Saúde .....	77
4.3.3.2. Análises Especializadas .....	77
4.3.3.3. Recolha de Contributos .....	85

4.3.4. O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (versão para discussão pública).....	87
4.3.4.1. Objectivos, estrutura e organização .....	87
4.3.4.2. Abordagem à pré-obesidade e obesidade na versão preliminar do Plano ..	94
<b>CAPÍTULO 5: Discussão de resultados e conclusões.....</b>	<b>98</b>
5.1. Ponto de partida .....	98
5.2. Sobre a <i>Estratégia</i> , o PNS 2004 - 2010 e o PNS 2011-2016.....	99
5.3. Abordagem à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens na <i>Estratégia</i> , no PNS 2004-2010 e na versão preliminar do PNS 2011-2016.....	101
5.4. A abordagem à problemática nos Programas Nacionais decorrentes do PNS 2004-2010 .....	104
5.5. Questões em aberto .....	105
5.6. Recomendações.....	106
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>108</b>
<b>Lista de Gráficos, Figuras e Quadros .....</b>	<b>120</b>
<b>Lista de Anexos .....</b>	<b>121</b>

**Nota:** Os documentos anexos à Dissertação encontram-se agrupados em Volume próprio (Volume "Anexos")

## **Siglas**

ACS \_\_\_\_\_ Alto Comissariado da Saúde

ADEXO \_\_\_\_\_ Associação de Obesos e Ex-obesos de Portugal

APA \_\_\_\_\_ Agência Portuguesa do Ambiente

ARS \_\_\_\_\_ Administrações Regionais de Saúde

BMA \_\_\_\_\_ British Medical Association

CCE \_\_\_\_\_ Comissão das Comunidades Europeias

CDC \_\_\_\_\_ Centers for Disease Control and Prevention

CDS/PP \_\_\_\_\_ Centro Democrático Cristão/Partido Popular

COSI \_\_\_\_\_ Childhood Obesity Surveillance Initiative

CPLP \_\_\_\_\_ Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CRP \_\_\_\_\_ Constituição da República Portuguesa

CSP \_\_\_\_\_ Cuidados de Saúde Primários

DGHC \_\_\_\_\_ Directorate General for Health & Consumers

DGS \_\_\_\_\_ Direcção-Geral de Saúde

EASO \_\_\_\_\_ European Association for the Study of Obesity

EPObIA \_\_\_\_\_ Estudo de Prevalência de Obesidade Infantil e dos Adolescentes

EPSCO \_\_\_\_\_ Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs  
Council

EUGLOREH \_\_ Global Report on the Status of Health in the European Union

FAO \_\_\_\_\_ Food and Agriculture Organization

IMC \_\_\_\_\_ Índice de Massa Corporal

INE \_\_\_\_\_ Instituto Nacional de Estatística

INSA \_\_\_\_\_ Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IOTF\_\_\_\_\_International Obesity TaskForce

OCDE\_\_\_\_\_Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS/WHO\_\_\_Organização Mundial de Saúde / World Health Organization

ONOCOP\_\_\_\_Observatório Nacional da Obesidade e Controlo do Peso

OPAS\_\_\_\_\_Organização Pan-Americana da Saúde

OPSS\_\_\_\_\_Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OSS\_\_\_\_\_Objectivos para o Sistema de Saúde

PCO\_\_\_\_\_Plataforma contra Obesidade

PNS\_\_\_\_\_Plano Nacional de Saúde

PS\_\_\_\_\_Partido Socialista

PSD\_\_\_\_\_Partido Social Democrata

SIDA\_\_\_\_\_Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS\_\_\_\_\_Serviço Nacional de Saúde

SPCNA\_\_\_\_\_Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação

SPEO\_\_\_\_\_Sociedade Portuguesa de Estudos da Obesidade

SPS\_\_\_\_\_Secretaria de Políticas de Saúde

UE\_\_\_\_\_União Europeia

UE15\_\_\_\_\_União Europeia a 15 Estados

UNICEF\_\_\_\_\_United Nations Children's Fund

VIH\_\_\_\_\_Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO\_\_\_\_\_World Health Organization / Organização Mundial de Saúde

## **CAPÍTULO 1: Contexto de Investigação**

No prefácio do livro *De Alma a Harry – Crónica da Democratização da Saúde* (Sakellarides, 2006), Marc Danzon, Director Regional da OMS para a Europa entre 2002 e 2010, faz uma referência objectiva ao aumento da obesidade nesta Região, atribuindo ao problema o segundo lugar na sua escala de preocupações para a intervenção, logo a seguir ao VIH.

A valorização da obesidade, enquanto problema de saúde, não resulta de uma inspiração literária, induzida pelo magnetismo de uma obra apresentada ao leitor como fruto de um sonho de uma noite de verão. Muito mais do que isso, esta formulação é a síntese de um conjunto de reflexões de investigadores, entidades e organizações em torno da evidência de que, apesar do desenvolvimento e do crescimento económico europeu e mundial, a problemática em torno das questões alimentares, longe de caminhar para a irrelevância, se está a transformar gradualmente, ganhando diferentes contornos e dimensões (WHO/FAO, 2003).

A pré-obesidade e a obesidade estão a tornar-se num gravíssimo problema de saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, ao ponto de serem considerados pela OMS, desde 1997, como uma epidemia de escala global e um dos maiores desafios da saúde pública do início do século XXI (WHO, 2000). Esta ideia encontra-se espelhada em vários documentos da Organização e serve de impulso à mobilização de esforços e recursos para enfrentar o problema e dele ter um melhor conhecimento.

Além de ser considerada uma doença crónica, a obesidade constitui um factor de risco para outras patologias, contribuindo em larga escala para a diminuição da qualidade de vida não só de adultos como de crianças e jovens (WHO-Europe, 2007), bem como para o aumento dos custos directos e indirectos com a saúde (Pereira, Mateus & Amaral, 1999; Pereira & Mateus, 2003).

Em Portugal, o número de indivíduos com excesso de peso é alarmante. Estudos de diversos especialistas, bem como os dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) apontam para o crescimento do problema entre os adultos (Carmo *et al.*, 2008), enquanto alguns indicadores revelam uma das mais elevadas taxas de

prevalência de pré-obesidade e obesidade entre as crianças ao nível da Europa (Rito *et al.*, 2011).

Pelas implicações que tem para os indivíduos e para a comunidade, a incidência e prevalência deste problema no nosso país constitui um foco de interesse para quem estuda a evolução dos Sistemas de Saúde e as respostas que as autoridades têm vindo a preconizar através do Planeamento em Saúde.

O presente estudo inicia-se na altura em que chega ao fim a vigência do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, estando a decorrer a fase de elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, assumido como de continuidade com o Plano anterior (ACS, 2010a), interessando-nos compreender a evolução das políticas e estratégias de prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens que está a ser seguida no nosso país e como é que esta se reflecte na orientação que está a ser desenhada para o próximo período de planeamento estratégico.

O ponto de partida desta análise é a *Estratégia de Saúde para o virar do Século* (DGS, 1999), documento que precede o PNS 2004-2010 e que inaugurou o planeamento estratégico em saúde em Portugal, “*no sentido de concentrar a energia política, social, técnica e de gestão na realização dos objectivos propostos*” (Peteleiro, Marques & Galhardo, 2004, p. 2).

Assim, propomo-nos estudar a resposta preconizada pelas autoridades de saúde de Portugal à problemática da pré-obesidade e obesidade infantil, procurando traçar uma perspectiva evolutiva deste fenómeno, consolidada em análise documental. Com a análise proposta não se pretende esclarecer as razões das opções tomadas em determinado momento, mas sim contribuir com elementos para a compreensão da evolução do planeamento em saúde no que respeita a esta temática.

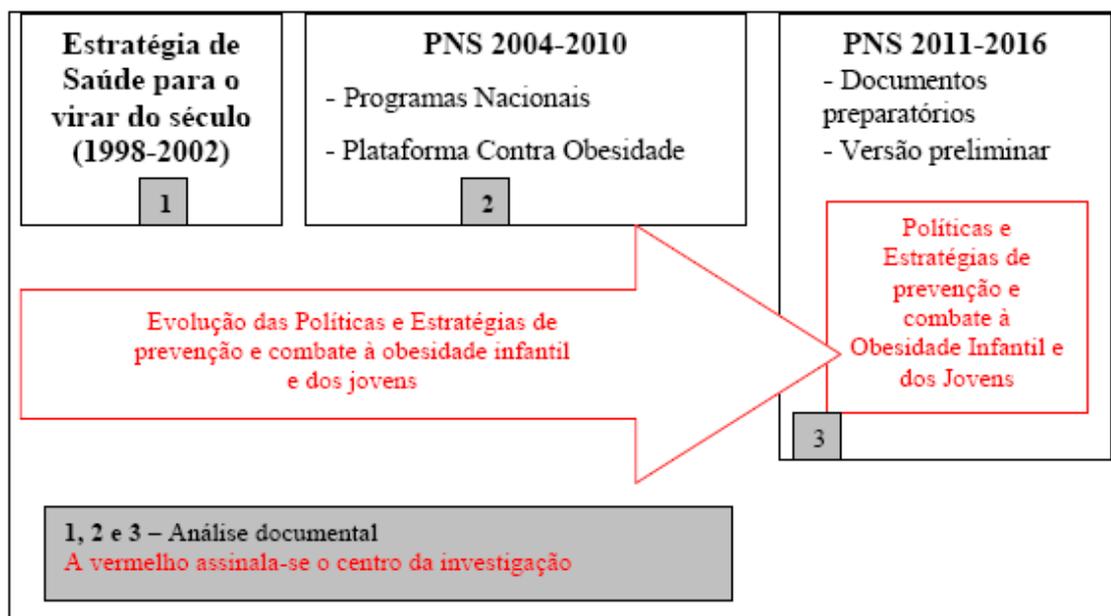


Figura 1: Esquema do estudo a realizar

## 1.1. Objectivo geral

Com a elaboração deste trabalho pretende fazer-se uma retrospectiva das políticas e das principais estratégias de prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens implementadas em Portugal ao abrigo da *Estratégia de Saúde para o virar do Século* e do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, procurando compreender em que medida é que estas influenciam as opções inscritas nos documentos preliminares do Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

## 1.2. Objectivos específicos

Os objectivos específicos incluem:

1. Descrever a abordagem feita na *Estratégia de Saúde para o virar do Século* e no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 à problemática da pré-obesidade e da obesidade infantil e dos jovens;
2. Enumerar as estratégias inscritas nos Programas Nacionais que emanaram do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que, de forma directa ou indirecta, servem o desígnio da prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos Jovens;

3. Descrever a abordagem da problemática da pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens inscrita na versão preliminar do PNS 2011-2016 e nos documentos preparatórios elaborados no processo de planeamento;
4. Identificar as políticas e estratégias de prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens inscritas no PNS 2004-2010 que têm continuidade nos documentos preliminares do novo Plano;
5. Identificar as políticas e estratégias de prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens inscritas nos documentos preliminares do novo Plano Nacional de Saúde que não estavam inscritas no anterior PNS 2004-2010.

## **CAPÍTULO 2: Revisão da Literatura**

Neste capítulo estabelece-se um quadro conceptual para suporte da investigação, definindo conceitos relacionados com a política e as estratégias de saúde, o planeamento estratégico em Portugal e a problemática da pré-obesidade e obesidade.

### **2.1. Política de Saúde e Estratégias de Saúde**

Os conceitos de Política de Saúde e de Estratégia de Saúde são frequentemente associados à ideia de medidas concretas. Tal justaposição de conceitos pode ser limitadora, sendo possível traçar uma linha de demarcação entre eles.

O Observatório Português de Sistemas de Saúde define Política de Saúde como *“declaração formal ou procedimentos dentro de instituições (nomeadamente governo) que definem ou revelam as prioridades e as linhas de acção, assim como os processos para as definir, para responder a necessidades em saúde, recursos disponíveis e outras pressões políticas”* (OPSS, 2003).

A Política de Saúde é pois orientada por valores, finalidades e preferências, num domínio de maior abrangência e de menor especificidade no planeamento (Sena, Ferrinho & Miguel, 2006), ou seja, é um conjunto de *“decisões de carácter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de actuação do governo e a orientar o planeamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projectos”* (SPS Brasil, 1998, p. 7).

As Políticas de Saúde ganham corpo nas Estratégias de Saúde, que podem ser definidas como linhas de *“actuação selectiva para alcançar, atingir as metas e os objectivos”* (DGS, 1999, p. 11). Na sua formulação, devem ser considerados *“modos de intervenção; formas de intersecção com outros sectores; a conjuntura política, social e económica, bem como os factores técnicos e de gestão que a podem afectar, definição de possíveis obstáculos e possíveis soluções”* (Ibid., p. 11).

#### **2.1.1. Planeamento em Saúde e Planeamento Estratégico**

O desdobramento das Políticas em Estratégias faz-se através do planeamento em saúde, processo intimamente associado ao aparecimento, no final do século XIX, dos

sistemas organizados de saúde (Simões, 2009) e que, nos dias de hoje, assume uma natureza de Planeamento Estratégico.

O Planeamento Estratégico desenvolveu-se largamente no meio empresarial durante os anos 60 e 70 do século XX, enquanto a forma de estabelecer as estratégias, bem como o mapa da sua implementação, que permitissem aumentar a competitividade das empresas. A utilização desta metodologia foi perdendo adeptos nas décadas seguintes, muito em consequência da falta de agilidade dos processos, visto por muitos com directivos, estéreis e pouco ligados à realidade (Mintzberg, 1994).

Apesar de enfraquecido, o planeamento estratégico evoluiu, desenvolvendo-se em várias correntes de pensamento, distintas na forma como abordam o processo de formulação de estratégias, e estendeu-se a áreas como a administração pública ou a um vasto conjunto de organizações (Mintzberg, Ahlstrand & Lampel, 1998).

A nível da Saúde, o planeamento estratégico pode ser definido como o processo através do qual se estabelecem prioridades acordadas e uma orientação para o sector, dando-lhe uma direcção e continuidade, e que tem em conta os limites definidos pelos recursos existentes e os contextos político, social, cultural, institucional, financeiro, económico e internacional em que ocorre. Estes contextos estão interligados, influenciando-se mutuamente e reagindo às alterações que neles possam ocorrer (Green *et al.*, 2002).

Constitui um meio para reforçar a liderança estratégica do sector da saúde, num tempo de mudança, com restrição de recursos e aumento da complexidade nas necessidades relacionadas com a saúde, e permite desenvolver parcerias entre o sector público e o privado, conseguindo também uma melhor regulação deste, de desenvolver colaboração intersectorial alargada, assegurar a sua sustentabilidade técnica, política e financeira e promover mudanças institucionais (Green *et al.*, 2002).

Para Mintzberg (1994), o planeamento estratégico deve centrar-se no processo e não no produto, ou seja, na definição de uma orientação e de prioridades para a elaboração de estratégias válidas e com viabilidade no contexto interno e externo que as envolve, remetendo a sua concretização e implementação para um nível de programação.

### **2.1.1.1. Planos, programas e projectos**

O planeamento em saúde pressupõe a existência de instrumentos que se situam a diferentes níveis hierárquicos, consoante o seu grau de abrangência, os valores que os orientam e os fins a que se propõem, o domínio de planeamento em que são concebidos e a sua especificidade (Sena, Ferrinho & Miguel, 2006). É este o enquadramento que permite diferenciar planos, programas e projectos, situando-se o **plano** a um nível de planeamento estratégico, o **programa** num nível de planeamento tático e o **projecto** na fronteira entre o nível tático e o operacional. Vislumbram-se, entre eles uma relação de causalidade: enquanto o plano é abrangente e pouco específico, o programa e o projecto são mais específicos, de modo a fornecer uma linha de orientação mais pormenorizada (Sena, Ferrinho & Miguel, 2006).

### **2.1.1.2. Programas horizontais, verticais e integrados**

A literatura é bastante incisiva na descrição destes instrumentos de planeamento, mas optámos por aprofundar apenas uma das suas características, ligada a forma como é feita a abordagem a determinada problemática. Ao nível dos programas, Sena, Ferrinho e Miguel (2006) consideram três formas de abordagem: horizontal, vertical e integrada.

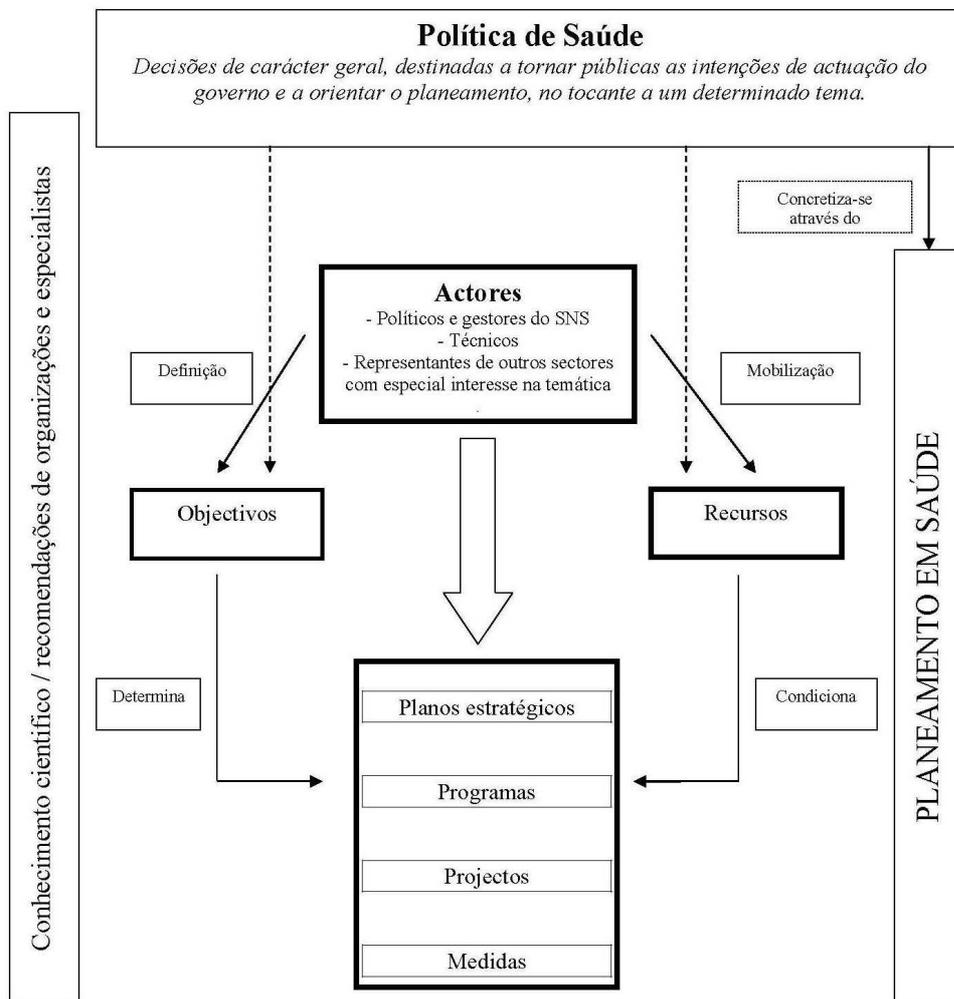
A abordagem horizontal pressupõe um programa que ligue serviços prestados ao mesmo nível e estratégias de intervenção a longo prazo, enquanto na abordagem vertical há uma intervenção circunscrita a determinado problema de saúde. Quanto à abordagem integrada, esta pressupõe “*um conjunto coerente de actividades que visam atingir um objectivo comum e que resulta da agregação de diversos programas cuja execução compete a diferentes sectores sócio económicos*” (Imperatori e Giraldes, citados por Sena, Ferrinho & Miguel, 2006, p. 9)

### **2.1.1.3. Actores no processo de Planeamento em Saúde**

Um dos factores de sucesso de um plano é a sua ancoragem na realidade. Este deve resultar dos contributos de um conjunto de intervenientes, que devem ser consultados nas diferentes fases do processo de planeamento. Entre estes intervenientes, definidos como *key stakeholders* (Green *et al.*, 2002), encontram-se os actores políticos, os governantes com responsabilidades sectoriais, os profissionais de saúde, os prestadores de cuidados e representantes de outros sectores que possam ter especial interesse.

Nesta linha de pensamento, Craveiro e Ferrinho (2001) identificam os administradores do SNS, os responsáveis políticos, os actores técnicos e a sociedade civil (cidadãos e entidades) como principais de actores do processo de planeamento estratégico em Portugal.

A figura 2 procura sintetizar este percurso das políticas de saúde à implementação de medida, que envolve processos, actores e tomada de decisões que são condicionadas por aspectos distintos.



**Figura 2: Política de Saúde e Planeamento em Saúde**

## **2.2. Política de Saúde e Planeamento Estratégico em Portugal**

Embora a história das políticas de saúde em Portugal seja anterior ao aparecimento dos sistemas de saúde – a primeira Constituição, de 1822, já aludia à necessidade de um conjunto de estruturas hospitalares para responder a situações concretas - o Planeamento em Saúde desenvolveu-se ao longo do Século XX, em especial após a reforma dos cuidados de saúde de 1971, apontada por Simões (2009) como precursora do Serviço Nacional de Saúde.

Mais recente é o fenómeno de Planeamento Estratégico em Saúde, que na Europa se desenvolveu nas últimas décadas e em Portugal tem início na segunda metade da década de 1990, com a elaboração de *A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)*, sendo este percurso continuado pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Peteleiro, Marques & Galhardo, 2004) e projectado no futuro através do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, em fase de conclusão.

Os princípios da Política de Saúde estão inscritos na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/1990 alterada pela Lei nº 27/2002), que a define como de âmbito nacional e obedecendo a um conjunto de directrizes precisas (*Ibid.*, Base II, Art.º 1º), que visam garantir o direito de protecção da saúde inscrito na Constituição da República Portuguesa.

Compete ao Governo a formulação da Política de Saúde (*Ibid.*, Base VI, Art.º 1º), cabendo ao Ministério da Saúde propor a definição da política nacional de saúde, promover e vigiar a respectiva execução e coordenar a sua acção com a dos ministérios que tutelam áreas conexas (*Ibid.*, Base VI, Art.º 2º).

Na saúde, como em todas as áreas da governação, as linhas de orientação política e as medidas a adoptar ou a propor são enunciadas do Programa de Governo, documento apresentado na Assembleia da República e ao país no início de cada legislatura (CRP, 1976, Art.º 192º), sendo concretizadas anualmente, desde 1998, através do Orçamentos de Estado e das Grandes Opções do Plano (DGS, 1999, p. 12), pelas leis aprovadas no parlamento e através das deliberações do Conselho de Ministros e dos membros do Governo (CRP, 1976, Art.º 156º, 161º, 184º, 198º a 201º).

Na actual arquitectura do Ministério da Saúde, é ao Alto Comissariado da Saúde que compete a missão de:

- Garantir o apoio técnico à formulação de políticas e ao planeamento estratégico da área da saúde, em articulação com a programação financeira, assegurar o desenvolvimento de programas verticais de saúde;
- Acompanhar e avaliar a execução de políticas, dos instrumentos de planeamento e dos resultados obtidos, em articulação com os demais serviços e organismos do Ministério da Saúde;
- Assegurar a elaboração, acompanhamento e avaliação do Plano Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 212/2006, Art.º 11º).

Antes das funções de Planeamento Estratégico estarem a cargo do Alto Comissariado da Saúde, esta responsabilidade era exercida pela Direcção-Geral de Saúde, organismo responsável pela elaboração da *Estratégia* e do PNS 2004-2010. Actualmente, as funções de planeamento desta Direcção-Geral centram-se mais no nível tático, nomeadamente “*regulamentar, orientar e coordenar as actividades de promoção da saúde, prevenção da doença e definição das condições técnicas para adequada prestação de cuidados de saúde*” (*Ibid.*, Art.º 14º).

### **2.3. Obesidade e Excesso de Peso**

Define-se obesidade como uma doença crónica, causada pela acumulação em excesso de gordura corporal, de tal forma que a saúde é afectada. A forma como esta gordura se acumula e as consequências na saúde variam de indivíduo para indivíduo (WHO, 2000).

Apesar da definição da obesidade enquanto doença ser comumente aceite, é frequente que esta seja abordada como determinante da saúde, uma vez que é factor de risco para o desenvolvimento de outras patologias.

Entende-se por *Determinantes da Saúde* o conjunto de factores, pessoais, sociais, económicos e ambientais que determinam o estado de saúde de indivíduos ou populações. Estes factores são múltiplos e encontram-se em interacção e podem ser modificáveis. Os comportamentos em saúde e os estilos de vida encontram-se entre os determinantes individuais e podem ser alteráveis (WHO, 1998).

Como veremos mais adiante, a obesidade *em si* não é um comportamento ou um estilo de vida, mas o resultado de vários factores onde se incluem, entre outros, comportamentos e estilos de vida como a alimentação ou o sedentarismo, sendo por isso redutor considerá-la e tratá-la apenas como um determinante (Jung, 1997).

Ao longo dos anos, foram várias as técnicas utilizadas para avaliar a obesidade, desenvolvendo-se várias classificações para o problema. A classificação que hoje é mais comum é a adoptada pela OMS (Quadro 1), que relaciona o índice de massa corporal (IMC)<sup>1</sup> dos indivíduos com o risco de desenvolvimento de co-morbilidade. A classificação da OMS é adoptada por vários organismos nacionais, entre os quais a Plataforma Contra a Obesidade (Carmo *et al.*, 2008).

<b>Classificação</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Risco de Co-morbilidade</b>
Baixo peso	<18,5	Baixo (mas risco acrescido de outros problemas clínicos)
Normal	18,5-24,9	Médio
Excesso de Peso	≥25	
Pré-obesidade	25-29,9	Aumentado
Obesidade Grau I	30-34,9	Moderado
Obesidade Grau II	35-39,9	Grave
Obesidade Grau III	≥40	Muito Grave

**Quadro 1: Classificação de Obesidade de acordo com a OMS**

**Fonte: Carmo *et al.*, 2008, p. 24**

Como se pode observar no Quadro 1, todos os valores de IMC superiores a 25 kg/m<sup>2</sup> correspondem a situações de *Excesso de Peso*, tendo este vários graus. No entanto, é frequente encontrar, na literatura, a aplicação da terminologia *Excesso de Peso* apenas aos casos em que este se situa entre 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>, ambiguidade que surgiu ao longo da evolução das classificações relacionadas com o IMC (Carmo *et al.*, 2008).

<sup>1</sup> IMC= produto da divisão do peso (kg) pelo quadrado da altura (metros)

Para a classificação do estado nutricional das crianças e jovens verifica-se que o simples cálculo da IMC é insuficiente, uma vez que existem significativas variações no desenvolvimento dos indivíduos consoante a idade e o género. Foi por isso necessário estabelecer critérios de classificação que, para cada idade e género, relacionassem o IMC com percentis de crescimento (Carmo *et al.*, 2008).

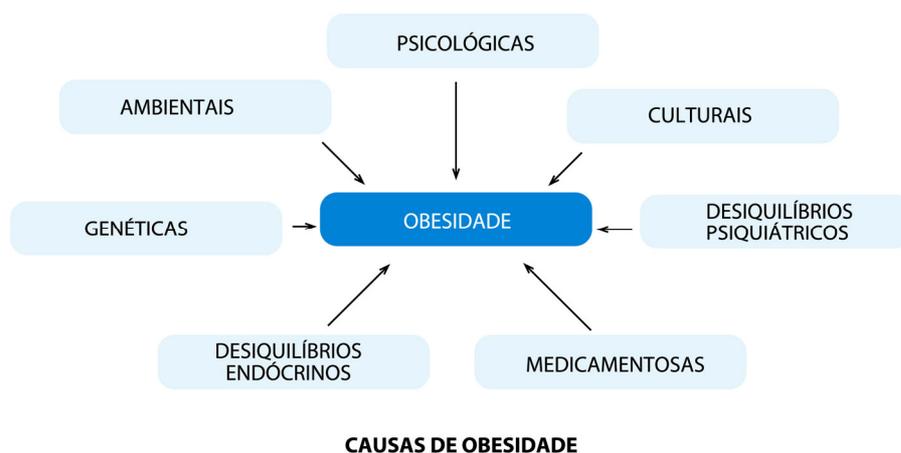
Os critérios de classificação do estado nutricional de crianças e jovens mais comuns na literatura são o do *IOTF*, que adopta as tabelas criadas, em 2000, por Cole *et al.*, o do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, organismo de saúde do governo norte americano), e o critério da OMS, de 2007, que adapta a classificação definida para os adultos (Rito *et al.*, 2011).

Ao longo deste documento, adoptámos a terminologia da OMS, estabelecendo ainda a utilização da expressão *Obesidade Infantil e dos Jovens* como equivalente a *Excesso de Peso* (pré-obesidade e obesidade) dos indivíduos até aos 18 anos de idade.

### **2.3.1. Etiologia**

Os mecanismos que levam ao desenvolvimento da obesidade não estão totalmente esclarecidos. No entanto, é largamente aceite que esta resulta de um desequilíbrio energético, em virtude de um aporte de energia muito superior à que é consumida pelo organismo, durante um período de tempo prolongado (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant, 2005). Este balanço energético positivo tem origem em múltiplas causas ou factores, que interagem e se potenciam.

Na literatura especializada, os factores de desenvolvimento da obesidade (Figura 3) são divididos em dois grandes grupos: os factores internos, como a genética e a fisiologia, próprios do ambiente interno do indivíduo, e os externos, ligados às inter-relações do indivíduo com a sociedade.



**Figura 3: Causas da Obesidade**

**Fonte: Global Weight Loss Clinic (2008) (adaptado)**

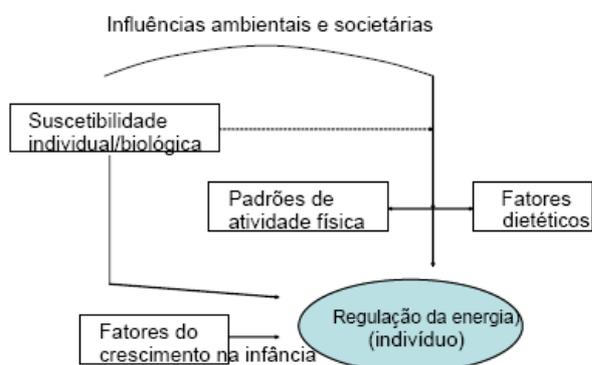
Os factores internos tornam o indivíduo susceptível à obesidade, mas não serão suficientes para explicar o crescimento da magnitude do problema. De facto, a mudança de estilos de vida é comumente apontada como uma das principais causas de um maior balanço energético positivo (IOTF/EASO, 2002).

Corroborando esta ideia, Dehghan, Akhtar-Danesh e Merchant (2005) identificam dois grandes grupos de factores externos associados a mudanças culturais e sociais e que podem influenciar significativamente o aumento da obesidade nas crianças e nos adultos: os factores comportamentais e sociais e os factores relacionados com a actividade física.

No primeiro grupo incluem-se as alterações no padrão alimentar, onde se destacam não só o aumento do aporte de calorias, particularmente, pelo consumo excessivo de hidratos de carbono e de lípidos, como também outros factores ligados à alteração de dieta, nomeadamente a redução do consumo de cálcio ou a menor qualidade dos nutrientes ingeridos.

No segundo grupo são consideradas as mudanças nos padrões de actividade física, com destaque para o aumento do sedentarismo. Esta alteração é coincidente com o aumento do tempo passado em frente à televisão e ao computador, com o crescimento da utilização de meios motorizados para as deslocações diárias, em detrimento do andar a pé ou de bicicleta, e com uma menor participação em actividades desportivas na

escola, nomeadamente entre as raparigas adolescentes (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant, 2005).



**Figura 4: Factores que influenciam desenvolvimento da obesidade**

Fonte: OPAS/OMS, 2003, p.5 - Quadro adaptado (original da OMS e datado de 2002)

A Figura 4 destaca a importância dada aos factores ambientais e sociais, pondo em relevo os padrões de actividade física e os factores dietéticos enquanto fontes para o desenvolvimento da Obesidade.

### **2.3.2. Problemas de saúde associados à pré-obesidade e obesidade**

Além de considerada como doença crónica, a obesidade constitui um factor de risco para outras patologias, tais como hipertensão, diabetes tipo 2, litíase vesicular, doenças cardiovasculares, certos tipos de cancro e problemas psicossociais, aumentando também o risco de dislipidémia, insulino-resistência, problemas respiratórios, osteoarticulares, hormonais, entre outros (IOTF/EASO, 2002).

Também para os jovens a obesidade representa um risco acrescido para doenças não transmissíveis, tendo outro risco associado, o de ser um precursor da obesidade na idade adulta. De facto, verifica-se que cerca de 60% das crianças que apresentam excesso de peso antes da puberdade apresentarão excesso de peso numa idade adulta jovem, significando isto uma diminuição da idade de incidência de um conjunto de doenças não transmissíveis, com consequências também para os serviços de Saúde (WHO-Europe, 2007).

### **2.3.3. Dimensão económica da pré-obesidade e obesidade**

Estima-se que, na região Europeia, os custos derivados do tratamento de problemas de saúde associados à pré-obesidade e obesidade variem entre 6% e 8% dos gastos em saúde, havendo ainda um conjunto de custos indirectos que não estão contabilizados nesta previsão (WHO-Europe, 2007; IOTF/EASO, 2002).

Em Portugal, Pereira, Mateus e Amaral (1999) apontam para que, em 1996, os custos directos da obesidade tenham correspondido a 3,5% do orçamento da saúde. Já para 2002, os mesmos autores calculam que os custos totais atribuíveis à patologia se tenham situado nos 500 milhões de euros (59,8% de custos directos e 40,2% de indirectos), de onde se conclui que a obesidade acarreta consideráveis perdas económicas para o país (Pereira & Mateus, 2003).

### **2.3.4. Prevalência e incidência na Europa e em Portugal**

Nas últimas duas décadas, a obesidade atingiu, na Europa, a proporção de epidemia, tendo a OMS alertado, em 2007, que se não forem tomadas medidas para impedir a continuação do crescimento do problema, o número de adultos obesos na região poderia, no início da segunda década do milénio, chegar aos 150 milhões de adultos, cifra a que se acrescentam 15 milhões de crianças e adolescentes (WHO-Europe, 2007).

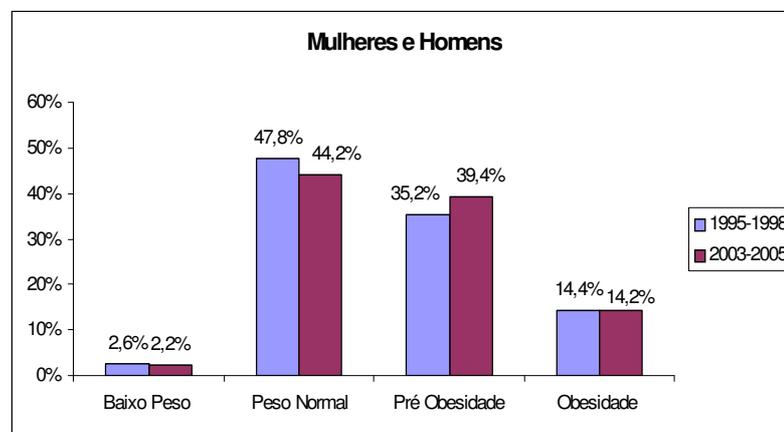
Diversos estudos apontam para que Portugal tenha uma elevada taxa de incidência e prevalência de pré-obesidade e obesidade, especialmente entre as crianças.

Na revisão feita aos dados disponíveis para vários países, Carmo conclui que Portugal está entre os países que, no contexto Europeu, apresentam valores médios de prevalência entre adultos, que correspondem a intervalos “*de 13 a 15% de obesidade para cada sexo e de 30 a 50% de pré-obesidade também para cada sexo*” (Carmo *et al.*, 2008, p. 74).

O primeiro estudo sobre este fenómeno feito à escala nacional, incidindo sobre a população adulta (18 a 64 anos) e fazendo uso de medições antropométricas objectivas, e não auto-relatadas pelos participantes, foi realizado por iniciativa da Sociedade Portuguesa de Estudo da Obesidade (SPEO) entre 1995 e 1998. Os resultados

apontavam para 35,2% de prevalência de pré-obesidade na população adulta e de 14,4% de obesidade (Carmo *et al.*, 2008).

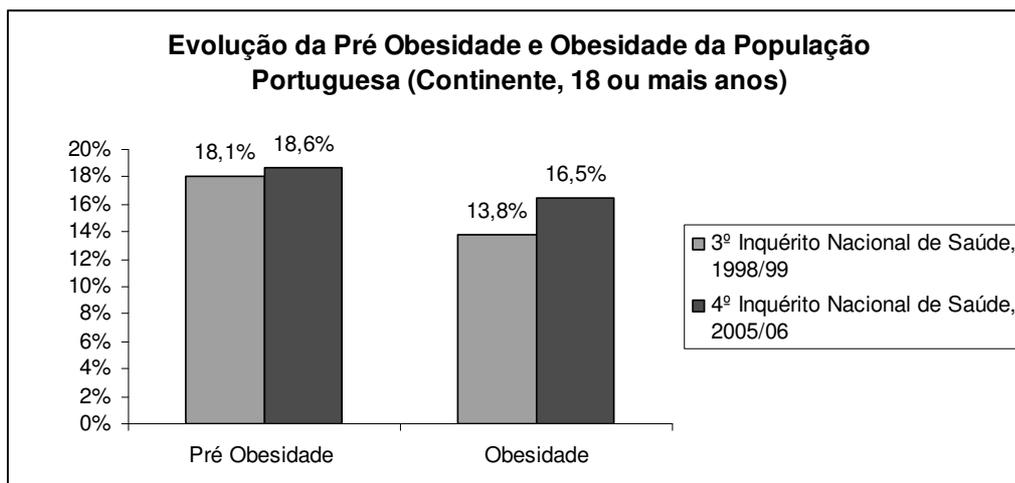
Entre 2003 e 2005, a SPEO promoveu um novo estudo, dirigido pela mesma equipa e seguindo a mesma metodologia do primeiro, de “*forma a garantir a comparabilidade destes indicadores epidemiológicos*” (Carmo *et al.*, 2008, p. 209). Tal como o Gráfico 1 ilustra, no período compreendido entre os dois estudos verificou-se um aumento da percentagem de população com excesso de peso, com uma ligeira redução do peso relativo da população obesa (Carmo *et al.*, 2008).



**Gráfico 1: Prevalência das categorias de IMC em 1995/98 e em 2003/05**

**Fonte: Carmo *et al.*, 2008, p. 217**

Os dados referentes ao 4º Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), permitem estimar que 18,6% da população com 18 ou mais anos, residente no continente, é pré-obesa e 16,5% da mesma população é obesa. Na comparação com os resultados do anterior inquérito (Gráfico 2), verifica-se que a população pré-obesa apresentou uma variação de mais 0,5%, enquanto a população obesa variou + 2,7% (INE/INSA, 2007).



**Gráfico 2: Evolução da Pré-obesidade e Obesidade da População Portuguesa entre o 3º e 4º Inquérito Nacional de Saúde**

**Fonte: INE/INSA, 2007**

O 4º Inquérito mostra ainda que as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentam valores globais acima do território continental e que esta tendência de crescimento é um pouco mais acentuada (INE/INSA, 2007).

Mais recente é o estudo *Alimentação e estilos de vida da População Portuguesa* (Poínhos *et al.*, 2009), promovido pela Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação (SPCNA), cujos resultados preliminares apontam para que, em Portugal (continente e regiões autónomas), 38,2% das mulheres e 65,5% dos homens em idade adulta apresentam um índice de massa corporal igual ou superior a 25kg/m<sup>2</sup>.

O Quadro 2 resume os resultados dos três estudos mais recentes, desagregando, por sexo, a prevalência de pré-obesidade e obesidade na população adulta.

Autor/ Estudo	Região	Ano de pesquisa	Grupo Alvo	% Prev. Pré-obesidade		% Prev. Obesidade	
				M	F	M	F
<b>Carmo <i>et al.</i>, SPEO</b> (dados avaliados)	Continente	2003/05	18-64	45,2	34,4	15	13,4
<b>INE/INSA</b> <b>4º Inquérito Nacional de Saúde</b> (dados auto reportados)	Continente	2005/06	≥18	20,8	16,6	16	16,9
<b>Póinhos <i>et al.</i>, SPCNA</b> (dados avaliados)	Continente e Regiões Autónomas	2008/09	≥18	53,3	27,8	10,4	11,2

**Quadro 2: Prevalência de pré-obesidade e obesidade entre adultos, por sexo, em três estudos recentes**

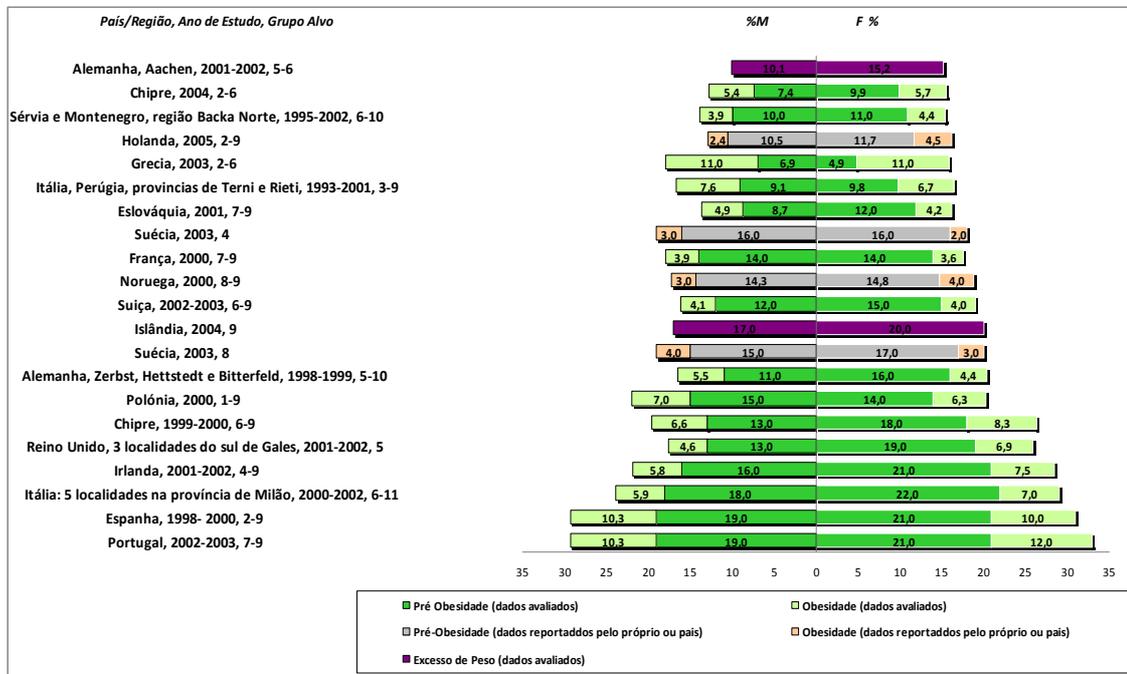
**Fontes: Carmo *et al.*, 2008; INE/INSA, 2007; Póinhos *et al.*, 2009**

Um dos sinais preocupantes de evolução da situação do excesso de peso no nosso país é a elevada taxa de pré-obesidade e obesidade verificada entre as crianças e os jovens. No seu relatório sobre a Situação Mundial da Infância 2011, a UNICEF assinala que, entre os países da OCDE, “*os níveis mais altos de obesidade registados em 2007 foram constatados nos quatro países da Europa Meridional – Espanha, Grécia, Itália e Portugal –, ao lado das principais nações anglófonas – Canadá, Estados Unidos e Reino Unido*” (UNICEF, 2011, p.22).

Em 2004, Padez *et al.* (2004) apontavam para uma prevalência do excesso de peso em crianças em idade escolar (7-9 anos, de ambos os sexos) de 32%. Este valor chega a ser referido como o mais elevado de um conjunto de países europeus, como ilustra o Gráfico 3 (WHO-Europe, 2007).

Moreira (2007) fez a revisão de estudos sobre a prevalência da pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens em Portugal, verificando que, dos 14 considerados, 13 eram de âmbito regional, não podendo os seus resultados ser generalizados ao território

nacional. O único estudo que permitia obter uma dimensão da prevalência ao nível do território continental era o de Padez *et al* (2004), acima referido.



**Gráfico 3: Prevalência de pré-obesidade e obesidade entre crianças até 11 anos em países da região Europeia da OMS, com base em estudos concluídos em 1999 ou depois.**

**Fonte: WHO-Europe 2007, p. 4**

Mais recentemente, os resultados preliminares da investigação de Sousa (citada por Carmo *et al.*, 2008), os dados divulgados pelo Observatório Nacional da Obesidade e Controlo do Peso (ONOCOP) (Miranda, 2009) e pelo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) (Rito *et al.*, 2011) reiteram uma elevada prevalência de pré-obesidade e obesidade entre crianças e adolescentes. Os resultados destes estudos de âmbito nacional encontram-se resumidos no Quadro 3.

Autores	Região	Ano de pesquisa	Critério de avaliação	Idade (anos)	% de Pré-obesidade		% de Obesidade	
					M	F	M	F
<b>Padez <i>et al.</i>, 2004</b>	Continente	2002/03	IOTF <sup>1)</sup>	7-9	19,1	21,4	10,3	12,3
<b>Sousa, 2008</b>	Continente	2005/06	IOTF	10-18	22,7	22,6	9,1	7,5
<b>Miranda, 2009 (ONOCOP)</b>	Continente	2008/09	CDC <sup>2)</sup>	2-5	27,4	30,8	10,1	15,2
				11-15	28,6	27,8	13,4	9,4
<b>Rito, <i>et al.</i>, 2011 (COSI)</b>	Continente e ilhas	2008	CDC	6-9	18,4	16,8	15,6	13,5

<sup>1)</sup> IOTF: Pré-obesidade se  $p88 \geq IMC \geq p99$  (raparigas) e  $p90 \geq IMC \geq 99$  (rapazes); Obesidade quando  $p > 99$ ; <sup>2)</sup> CDC: pré-obesidade se  $p85 \geq IMC \geq p95$  e obesidade quando  $p > 95$

**Quadro 3: Quatro Estudos de Prevalência de pré-obesidade e Obesidade infantil e dos jovens em Portugal.**

**Fontes: Carmo *et al.*, 2008; Miranda, 2009, Rito *et al.*, 2011**

### **2.3.5. Prevenção da pré-obesidade e obesidade**

A preocupação com o aumento da incidência e da prevalência da obesidade, com todas as consequências que daqui advêm, levantou um conjunto de questões éticas e económicas. Estas questões levaram a que, ao longo da última década e meia, peritos, organizações e entidades tenham redobrado esforços para melhor conhecer o problema e desenvolver recomendações de intervenção para a sua prevenção, de modo a salvaguardar a qualidade de vida das populações e acautelar os custos acrescidos para os sistemas de saúde.

A origem multifactorial da obesidade sugere que, mais do que se centrar nas escolhas individuais, a prevenção tem também de atender a factores sociais e ambientais que influenciam as escolhas e o comportamento de cada pessoa. A prevenção deve por isso situar-se a vários níveis, que vão desde o comportamento e as escolhas de cada indivíduo até a um nível global, com medidas tomadas pelas organizações internacionais, passando também pelas iniciativas locais ou comunitárias e nacionais (Lobstein, Baur & Uayu, 2004).

Os autores do estudo que calculou os custos indirectos da obesidade em Portugal, no ano de 2002, são muito claros no que respeita à necessidade de uma política preventiva, ao afirmarem que a implementação de estratégias que prevenissem ou reduzissem a incidência e prevalência de obesidade em Portugal poderia gerar ganhos de produtividade elevados (Pereira & Mateus, 2003).

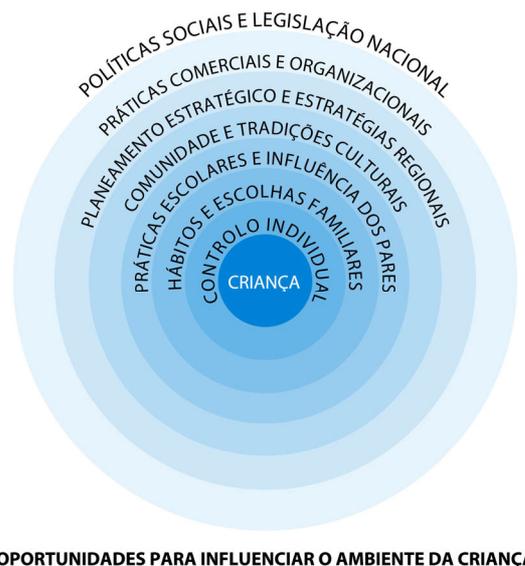
A preocupação de organizações como a União Europeia, a OMS ou o IOTF e de diversos especialistas traduz-se no contínuo alerta para a magnitude do problema, criando evidência em torno das suas causas e consequências e produzindo recomendações para a intervenção em diferentes sectores. Com esta actuação têm procurado influenciar os decisores políticos a responder a uma verdadeira urgência de saúde pública.

Ao nível da União Europeia foram criados grupos de estudo para aprofundar o conhecimento do problema e a adopção de algumas das recomendações, através da formulação de directivas comunitárias em áreas como a obesidade, a dieta ou a qualidade alimentar. Por outro lado, verifica-se que diferentes países têm adoptado, por iniciativa própria, medidas nesse sentido.

Em Novembro de 2006, a cidade de Istambul acolheu a Conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde Europeia sobre a Luta contra a Obesidade. Os objectivos e princípios de acção estabelecidos nesta Conferência foram vertidos na *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade* (WHO-Europe, 2006), tendo os seus signatários assumido o compromisso de intensificar a acção dirigida à neutralização do problema, fazendo dele uma prioridade da agenda política.

### **2.3.6. Prevenção centrada nas crianças e jovens**

O Departamento para a Saúde do governo Norte-Americano (citado por Lobstein, Baur & Uayu, 2004) atribui o aumento da prevalência da obesidade a factores sociais e ambientais que estão fora do controle individual, nomeadamente do das crianças, e que têm bastante influência na alimentação ou na actividade física dos indivíduos. Assim, e considerando a origem multi factorial do problema, a prevenção centrada nas crianças deve situar-se a vários níveis, que constituem diferentes oportunidades de actuação (Figura 5).



**Figura 5 – Oportunidades de influenciar o ambiente das crianças.**

**Fonte: adaptado de Lobstein, Baur & Uayu, 2004, p. 66.**

A prevenção centrada nas crianças e nos jovens é defendida por vários especialistas e organizações e justifica-se por uma maior facilidade de intervenção junto destas faixas etárias, tanto em ambiente familiar como ao nível escolar e dos serviços de saúde, de modo a influenciar a sua alimentação e os seus padrões de actividade e, por consequência, o seu desenvolvimento. Por outro lado, verifica-se uma maior dificuldade dos adultos em perder peso (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant, 2005).

Há aspectos epidemiológicos da doença que também têm relevância nesta definição de prioridades, nomeadamente pelo facto de existir uma probabilidade elevada de crianças obesas originarem adultos obesos, com consequências para a sua qualidade de vida (Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002).

No relatório *Obesity in Europe: the case for action* (IOTF/EASO, 2002), a obesidade é apontada como uma “*ameaça directa às crianças da Europa*” (*Ibid.*, p. 28), apelando-se à Comissão Europeia para a adopção de estratégias efectivas para a sua protecção, nomeadamente ao nível da regulação da publicidade e da sua defesa enquanto consumidores.

Em 2003, um conjunto de especialistas da OMS e da FAO elaborou o relatório *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases* (WHO/FAO, 2003), referindo que

a prevenção da obesidade nas crianças e nos jovens deveria ser considerada de alta prioridade, e indicando um conjunto de estratégias de prevenção a implementar (Quadro 4).

**Estratégias dirigidas a bebés e crianças pequenas devem incidir sobre:**

- Promoção do aleitamento materno exclusivo;
- Necessidade de evitar adição de açúcares e amidos nos leites artificiais;
- Capacitar as mães para necessidade de dosear aleitamento com as necessidades energéticas das crianças;
- Assegurar um aporte apropriado de micronutrientes para promoção de um crescimento saudável;

**Recomendações dirigidas a crianças mais velhas e adolescentes:**

- Promover um estilo de vida activo;
- Limitar a visualização de televisão;
- Promover a ingestão de frutas e legumes;
- Restringir a ingestão de alimentos hiper calóricos ou pobres em micronutrientes (por exemplo, snacks embalados);
- Restringir a ingestão de açúcares, refrigerantes adoçados.

**Outras medidas adicionais**

- Alterações no meio para promover actividade física nas escolas e comunidades;
- Promoção de ambientes familiares saudáveis;
- Limitar a exposição das crianças à publicidade agressiva relativa a alimentos hiper calóricos ou pobres em micronutrientes;
- Capacitar as crianças e jovens para escolhas alimentares saudáveis;

**Quadro 4: Estratégias de prevenção do Excesso de Peso junto das crianças e jovens.**

**Fonte: WHO/FAO, 2003, p. 58.**

No *Livro Branco para uma estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligados à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade* (CCE, 2007), as crianças são definidas como um grupo prioritário de intervenção e a escola como o espaço de intervenção por excelência. Entre as conclusões deste documento, assumidamente alinhado com a *Carta Europeia*, diz-se que “a prevalência da obesidade será um dos indicadores principais da medição de qualquer progresso proporcionado por esta estratégia na UE” (*Ibid.*, p. 13).

A OCDE (2009) aponta as intervenções direccionadas à alteração dos estilos de vida, centrado na obesidade, na alimentação e no exercício físico, como geradoras um impacto sobre a saúde das populações e económico que importa considerar, alertando para o facto de, apesar da sua importância, o efeito positivo na saúde da população em geral alcançado através das intervenções centradas nos jovens só é assinalável a longo termo.

### **2.3.7. A Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade**

A importância da intervenção dirigida às crianças e adolescentes está bem vinculada nos princípios de acção da *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade* (WHO-Europe, 2006), resultado da Conferência Ministerial da OMS-Europa sobre a luta contra a obesidade, que teve lugar em Istambul em Dezembro de 2006.

Este documento estabelece um compromisso político e uma proposta estratégica para prevenção, combate e tratamento da obesidade que constituem um quadro de referência para o Sistema de Saúde, devendo ser tido em conta ao nível do planeamento estratégico.

Os governos signatários da *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade*<sup>2</sup>, entre os quais se encontra o português, assumem a prevenção e combate à obesidade como prioridade política, reconhecendo a importância de, no mais tardar até 2015, inverter a tendência verificada de aumento sua da prevalência (WHO-Europe, 2006).

A epidemia da obesidade é apontada como um dos mais graves desafios de saúde pública da Região, com efeitos nocivos sobre a economia e desenvolvimento social. As modificações sociais, económicas, culturais e do meio ambiente, que estão na base das alterações verificadas no padrão alimentar e no padrão de actividade física, são identificadas como principais causas do problema, cuja resposta passa por uma acção intersectorial, concertada e coordenada à escala internacional (WHO-Europe, 2006).

De uma forma resumida, os princípios orientadores desta acção contemplam a necessidade de:

- Liderança, para mobilização dos vários sectores ao nível nacional e internacional;

---

<sup>2</sup> Neste enquadramento apresentamos apenas uma descrição geral do documento, cuja versão completa poderá ser consultada em Anexo

- Acção ligada a estratégias abrangentes que enfrentam doenças não contagiosas e actividades para a promoção de saúde, assim como ao contexto mais extenso do desenvolvimento sustentável;

- Equilíbrio entre a responsabilidade do indivíduo e as do governo e da sociedade;

- Intervenções de acordo com o contexto cultural de cada país;

- Ser dado particular interesse a grupos vulneráveis como os das crianças e dos adolescentes e apoio prioritário a grupos sócio-económicos desfavorecidos;

## **CAPÍTULO 3: Material e Métodos**

Neste Capítulo é feita uma breve descrição da investigação e do material utilizado, especificando o método e técnica implementados, os critérios para constituição da amostra documental e selecção dos informadores chave.

### **3.1. Método e técnica**

Os conceitos de método e técnica são comumente utilizados como sinónimos, sendo o seu significado muito similar. No entanto, há autores, como Grawitz (citada por Carmo & Ferreira, 1998), que optam por assinalar a distância existente entre eles, apontando para o método enquanto concepção intelectual, ligado a um paradigma, que coordena um conjunto de operações concretas e delimitadas – as técnicas.

Para esta autora, um método é um conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objectivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar as técnicas.

Por seu turno, Hérbert, Boutin e Goyette (2005) fazem referência a *modos e técnicas* de investigação. Verifica-se, no entanto, que esta diferença é apenas na terminologia, já que o *modo* - tal como o *método* para Grawitz - é definido como uma escolha conceptual de um instrumento de observação e a *técnica* como uma ferramenta de recolha de dados.

Por uma questão de orientação metodológica, optámos por utilizar a formulação de Grawitz, fazendo referência a métodos e técnicas.

#### **3.1.1. Método a implementar**

A formulação do problema e a definição dos objectivos orientam esta investigação para um contexto de descoberta, onde a compreensão do fenómeno em análise passa não pela sua mensuração mas sim pela sua descrição. Esta abordagem é própria de um paradigma qualitativo de análise, caracterizado por Carmo e Ferreira (1998) como indutivo, holístico, naturalista, contextualizante, orientada para o significado e centrado no processo de investigação, humanístico, flexível e descritivo.

Hérbert, Boutin e Goyette (2005) situam as teorias qualitativas mais no contexto da descoberta do que no contexto da prova, isto é, no campo da formulação de hipóteses e teorias. No mesmo sentido, Landim *et al.* (2006) adiantam que os métodos usados à luz das teorias qualitativas “*não têm qualquer utilidade na mensuração de fenómenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem busca o contexto onde algum fenómeno ocorre*” (*Ibid.*, p. 55), pelo que, em vez da medição, própria dos métodos quantitativos, o seu objectivo vai ao encontro de “*um entendimento mais profundo e, se necessário, subjectivo do objecto de estudo, sem preocupar-se com medidas numéricas e análises estatísticas*” (*Ibid.*).

Os métodos associados a este paradigma caracterizam-se, segundo Van der Maren (citado por Hérbert, Boutin & Goyette, 2005), pelo processo indutivo exploratório e pela formulação de teorias interpretativas e prescritivas. De entre os métodos mais comuns, optámos pelo estudo de caso, pois consideramos que esta é a que melhor se adequa aos objectivos propostos.

### **3.1.1.1. Estudo de Caso**

O estudo de caso é um método muito usado em ciências sociais, estando a ganhar papel importante na investigação em saúde. Robert Yin (citado por Carmo & Ferreira, 1998) define-o como um método de investigação de um fenómeno actual no seu contexto real, quando os limites entre determinados fenómenos e o seu contexto não são claramente evidentes.

Os estudos de caso são descritos por Merriam (citado por Carmo & Ferreira, 1998) como:

- Particulares - focalizam-se num determinado fenómeno;
- Descritivos - procuram uma descrição o mais extensa possível do fenómeno;
- Heurísticos - conduzem à compreensão do fenómeno em estudo;
- Indutivos - a maioria destes estudos têm como base o raciocínio indutivo;
- Holísticos - têm em conta a realidade na sua globalidade, sendo dada mais importância aos processos do que aos produtos, à compreensão e à interpretação.

O presente trabalho é focado num fenómeno particular, nomeadamente a resposta preconizada pelas autoridades de saúde do nosso país à problemática da Obesidade Infantil e dos Jovens, procurando, pela descrição da sua evolução num determinado período de tempo, a sua compreensão global.

O estudo de caso será feito a partir dos três documentos chave do Planeamento Estratégico em saúde elaborados ao longo da última década e meia. Considerando os objectivos definidos, para fazer a análise da *Estratégia de Saúde*, do PNS 2004-2010 e dos documentos preparatórios do PNS 2011-2016 iremos recorrer à pesquisa documental, complementada com consulta a informadores chave.

### **3.1.1.2. Pesquisa documental**

A pesquisa documental é uma técnica transversal, funcionando, quase sempre, como complemento e/ou impulsionador de trabalhos cujo corpo da investigação assenta em técnicas de recolha de dados junto de indivíduos ou grupos. (Carmo & Ferreira, 1998; Albarello *et al.*, 1997)

No entanto, e apesar da ideia generalizada de que, por trabalhar sobre dados já existentes, esta técnica pode limitar a produção de conhecimento, a pesquisa documental pode ser utilizada enquanto “*técnica particular de recolha de dados empíricos*” (Albarello *et al.*, 1997, p.17). Nestes casos, a sua utilização visa “*seleccionar, tratar e interpretar informação bruta existente em suportes estáveis*” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 59), cabendo ao investigador o papel de “*dela extrair algum sentido*” (*Ibid.*, p. 59), contribuindo desta forma a produção de conhecimento.

Bardin, fazendo uso da expressão *análise documental*, vai ao encontro desta ideia, referindo que esta é composta por um conjunto de operações que permitem “*representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente do original, a fim de facilitar num estado ulterior a sua consulta e referência*” (Chaumier, citado por Bardin, 2004, p. 40).

A documentação a analisar pode ter várias origens e a sua natureza é variável, podendo ser dividida em “*quatro grandes tipos de fontes de documentação: as fontes não escritas, as fontes escritas oficiais e não oficiais, e as fontes numéricas*” (Albarello *et al.*, 1997, p.17).

As fontes não escritas incluem objectos e vestígios materiais, iconografia, fontes orais ou registos de som e imagem.

As fontes escritas oficiais compreendem documentos oficiais de domínio público e privado. Nas fontes escritas não oficiais podemos incluir imprensa, publicações periódicas, livros e documentos intermediários, como por exemplo dicionários, enciclopédias, reportórios, anuários, catálogos ou bibliografias.

No domínio das fontes estatísticas, incluem-se as estatísticas correntes, as análises estatísticas e os dados provenientes de investigações anteriores.

Esta perspectiva é extensível a diversos autores e marca a diferença entre a pesquisa documental e pesquisa bibliográfica, na qual “*só estão em causa documentos escritos*” (*Ibid.*, p.32).

Assinalando esta diferença, e porque não se identificam grandes diferenças na sistematização e no tratamento a dar à informação recolhida, podemos considerar que a pesquisa bibliográfica se encaixa na pesquisa documental.

Para alcançar os objectivos propostos recorreremos à pesquisa documental, com incidência em fontes escritas oficiais, recorrendo a análise categorial e temática aos seus conteúdos (Bardin, 2004).

## **3.2. População e Amostra**

### **3.2.1. Amostra documental**

A utilização da técnica de análise documental pressupõe a constituição de um *Corpus*, o “*conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos*” (*Ibid.*, p. 90).

Bardin (*Ibid.*) situa o início da criação deste *Corpus* numa fase de pré-análise de documentação, destinada à organização e exploração de material e que antecede as fases de exploração do material e tratamento dos resultados.

A leitura geral dos três Documentos Estratégicos e a consulta de sites oficiais, como o do Governo, do ACS e da DGS, e dos *microsites* da PNS 2011-2016 e da Plataforma Contra a Obesidade, permitiu constituir um primeiro *Corpus* de documentos a analisar, uma selecção que atendeu a regras de *exaustividade*, procurando não deixar

de fora documentos relacionados com a temática, de *homogeneidade*, garantindo uma escolha dentro da temática e segundo critérios, e de *pertinência*, optando por documentos que se adequam aos objectivos da análise (*Ibid.*).

Este *Corpus* inicial expandiu-se para abarcar textos mencionados na bibliografia referenciada nos documentos bem como sugestões recolhidas nos contactos mantidos com Informadores Chave.

### **3.2.2. Amostra de informadores chave**

A selecção de informadores chave foi orientada por técnicas de amostragem não probabilística. Partindo de um conjunto inicial, seleccionado de uma forma *criterosa*, o conjunto de informadores chave foi expandido através da técnica de *bola de neve*.

Segundo Patton (2002), uma *amostra criteriosa* é aquela que é composta por todos os casos que correspondam a um conjunto de critérios. Os critérios definidos para esta selecção foram a participação nas equipas ministeriais responsáveis pelo processo de planeamento, nas equipas responsáveis pela elaboração dos Documentos Estratégicos ou sobre eles terem realizado trabalho académico, ou participação na implementação de Estratégias.

Não sendo viável contactar todos os indivíduos que preenchem uma destas condições, optámos por constituir uma *amostragem por conveniência*, à qual aplicaremos estes critérios. O alargamento da amostra inicial foi feito por *bola de neve*, através de sugestões recolhidas junto dos informadores contactados, uma técnica usada em situações em que é impossível obter uma lista completa da população que se pretende estudar (Carmo & Ferreira, 1998).

No decorrer da elaboração do trabalho, o contributo dos informadores chave foi unicamente o de sugerir e/ou disponibilizar documentação, que foi incluída no *Corpus* documental, o esclarecimento de dúvidas sobre os Documentos Estratégicos em si ou sobre a sua elaboração e a sugestão de outros informadores a contactar.

### 3.3. Análise dos documentos

Após constituição do *Corpus* documental, este foi organizado de acordo com as suas características, em cinco grupos distintos<sup>3</sup>:

- Documentos Políticos;
- Documentos Estratégicos;
- Programas Nacionais relacionados com o PNS 2004-2010 e Plataforma Contra Obesidade;
- Documentos Relativos ao processo de Elaboração do PNS 2011-2016;
- Documentos de Monitorização e Avaliação das Estratégias.

Para extrair a informação necessária para responder aos objectivos da investigação, optámos por uma análise de conteúdo focada na estrutura, na semântica e nos conteúdos, pela aplicação de grelhas de análise, de modo a obter uma visão ampla e sistematizada de cada um dos documentos (Bardin, 2004).

Para a análise semântica, foi construída uma grelha de análise com três categorias, isto é “*rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos*” (*Ibid.*, p. 111). Estas categorias, definidas no processo de pré-análise e correspondem a termos presentes nos textos: obesidade, alimentação e actividade física.

A cada uma destas categorias, que correspondem ao problema em estudo e a duas das suas principais causas apontadas na literatura, foi agregado um conjunto de subcategorias que com elas estão relacionadas (Quadro 5).

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
Obesidade	Obesidade infantil; Excesso de peso; Índice de Massa corporal/IMC.
Alimentação	Hábitos Alimentares; Comportamentos Alimentares; Problemas Alimentares; Distúrbios Alimentares; Bulimia; Anorexia; Dieta; Alimentação Saudável; Alimentação não saudável; Boa Nutrição; Nutrição Saudável; Malnutrição; Desnutrição; Subnutrição.

---

<sup>3</sup> Listagem em anexo

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
Actividade física	Inactividade Física; Vida Activa; Prática Desportiva; Desporto; Exercício físico; Sedentarismo; Actividade Sedentária.

**Quadro 5: Categorias e subcategorias para análise semântica.**

À aplicação desta grelha de análise foi atribuída uma função exploratória, servindo para uma abordagem inicial a cada documento, para identificar e localizar referências ao problema. A esta primeira visualização da estrutura do documento e da presença da temática nos seus conteúdos, segue-se a análise desses mesmos conteúdos.

A análise semântica foi também usada para excluir, entre os Programas Nacionais relacionados com o PNS 2004-2010 e as Análises Especializadas para a elaboração do PNS 2011-2016, aqueles cujos conteúdos não têm qualquer relação com a problemática em estudo.

A segunda grelha de análise, adaptadas aos diferentes grupos que constituem o *Corpus* documental e aplicada aos documentos mais relevantes, incide sobre a estrutura e organização e conteúdos de cada documento, em particular na abordagem feita à obesidade e à obesidade infantil em termos de identificação e caracterização do problema, propostas de estratégia, recomendações ou acções para lhe responder. Em anexo são apresentadas grelhas da análise feita aos documentos mais relevantes do *Corpus* documental.

Seguiu-se a análise dos resultados e a redacção do presente relatório.

### **3.4. Materiais**

Sendo este trabalho de investigação suportado por pesquisa e análise documental, na sua elaboração foram utilizados documentos em suporte de papel ou digital (a grande maioria). Foram utilizados os programas informáticos *Microsoft Word*, versão 2003, e *Adobe Acrobat 7.0 Professional*, que permite pesquisa e edição em documentos PDF.

## **CAPÍTULO 4: Resultados**

Ao longo deste capítulo serão descritos os principais resultados da investigação, organizados em torno da análise feita a cada um dos três documentos estratégicos.

### **4.1. Saúde um Compromisso: A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)**

#### **4.1.1. Contexto Político**

No ano de 1995, iniciou-se um novo ciclo político em Portugal, com o regresso do Partido Socialista ao governo, dez anos depois de ter deixado o poder.

No sector da saúde, o novo ciclo é marcado pelo processo de reforma do SNS lançado pelo XIII Governo Constitucional (1995-1999). Esta reforma é apontada como necessária para corrigir problemas “*geradores de subfinanciamento, permitindo a implementação de medidas que promovam a qualidade, a acessibilidade e a humanização*” (Governo de Portugal, 1995), com vista à melhoria dos níveis de saúde da população.

Acompanhando uma tendência já observada na Europa, as ideias liberalizantes que caracterizaram a governação da década anterior são preteridas por uma perspectiva que se propunha “*reinventar a governação*” (OPSS, 2001, p.16) pelo reforço dos sistemas de apoio social, reconhecendo críticas e debilidades apontadas, entre outros, aos sistemas de saúde, integrando algumas das práticas ensaiadas no período anterior, mas “*sem confiar excessivamente nas virtualidades do mercado na saúde*” (*Ibid.*, p. 17) que o caracterizou.

É nesta filosofia que se enquadra o documento *Saúde em Portugal - uma estratégia para o virar do século*. Apresentado no final de 1996, ali se projectava o ano de 1997 no sector da saúde, com a definição das linhas gerais e orientações concretas para dar início a um “*processo participado e amadurecido*” (DGS, 1997, p. 3), de planeamento e elaboração de uma Estratégia de Saúde. Tal processo, cuja duração prevista era de três anos, culminou com a apresentação, em 1999, do volume *Saúde um compromisso: A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)* (DGS, 1999), doravante denominada por *Estratégia*.

No prefácio da *Estratégia*, a Ministra da Saúde, Maria de Belém Roseira, responsável pela pasta ao longo do processo de planeamento, destaca a importância do documento de 1996 para a história do Ministério da Saúde, afirmando ter sido dado “*início a uma nova cultura – a do pensamento estratégico, na saúde*” (*Ibid.*, p. 9), um percurso que, segundo Peteleiro, Marques e Galhardo (2004, p. 2), levou o Sistema de Saúde Português a “*enfrentar o desafio de acompanhar a política europeia da Organização Mundial de Saúde, no sentido de concentrar a energia política, social, técnica e de gestão na realização dos objectivos propostos*”.

Pese sua abordagem inovadora, a *Estratégia* não recolheu consenso político necessário à sua prossecução no seio do XIII Governo (Justo, 2000), cujo mandato terminaria poucos meses após a apresentação do documento.

O Programa do XIV Governo, que, tal como o anterior, contava com o apoio de uma maioria simples do Partido Socialista, enuncia parte dos princípios da *Estratégia* sem nunca a nomear, mais um sinal de uma falta de apoio político ao documento que teve como consequência, entre outras, a não publicação de um volume com especificação dos indicadores para monitorização e avaliação das intervenções propostas (Governo de Portugal, 1999).

Embora limitando a sua implementação, esta contradição não apagou o valor das orientações definidas na *Estratégia*, sendo por elas que, como se pode ler em relatório do Director Geral de Saúde e do Alto Comissário de Saúde, se guiaram “*serviços do Ministério da Saúde, desde os centrais aos regionais e locais e, de um modo geral, o SNS*”, servindo o documento como “*referência explícita, consensual, para os objectivos e metas mais importantes para a saúde dos portugueses*” (DGS, 2002, p. 15).

É também em 1997 que o Ministério da Saúde publica *A Saúde dos Portugueses* (DGS, 1997b), que se constitui como uma “*compilação de factos que orientem, facilitem e apoiem as acções que promovam a saúde*” (*Ibid.*, p. 9). Neste documento é dado destaque aos principais problemas de saúde e sua origem, nomeadamente a influência que os estilos de vida têm na saúde da população (Simões, 2009).

Embora, na versão final da *Estratégia* não sejam feitas quaisquer referências ao papel de *A Saúde dos Portugueses*, esta compilação constitui-se como uma ferramenta para a sua compreensão mais alargada, já que contém a base de conhecimento em que

esta se alicerça (DGS, 1997a). Além de traçar um quadro geral da situação num contexto em que a informação é pouco sistematizada e é reconhecida a necessidade de melhorar o sistema de informação da saúde (DGS, 1997b; DGS, 1997a), são aqui apontadas algumas das soluções que a *Estratégia* veio desenvolver.

#### **4.1.2. Objectivos, estrutura e organização**

A *Estratégia*<sup>4</sup> “traduz uma nova Política de saúde” (DGS, 1999, p. 15) e a sua génese tem finalidades precisas e explícitas: estabelecer um compromisso colectivo; aumentar a coerência das iniciativas individuais e colectivas no quadro de um sistema de saúde complexo; definir metas que explicitam o compromisso; criar um instrumento de informação, comunicação e participação; promover o investimento na saúde, pelo estabelecer de objectivos concretos para desenvolvimento dos serviços, que se vão reflectir nas metas; constituir um quadro de referência para estabelecimento de metas de saúde a nível local, assim como iniciativas concretas que as permitam realizar. (*Ibid.*).

A nova política de saúde caracteriza-se por um conjunto elementos (resumidos no Quadro 6) que, quando vistos em conjunto, constituem “*um quadro de referência nacional a partir do qual é necessário estabelecer prioridades regionais e locais, de acordo com cada situação específica*” (*Ibid.*, p.25).

No que respeita à estrutura, o documento tem uma primeira parte onde se definem orientações estratégicas fundamentais e outra que aponta “*as metas e objectivos estabelecidos e as formas de actuação previstas nas principais áreas de actuação*” (*Ibid.*, p. 13).

### **A Nova Política de Saúde**

**1 – Compromisso explícito para melhorar a saúde** – Uma estratégia de saúde com metas concretas;

**2- Centralidade no cidadão** – Acesso a cuidados de saúde apropriados – sensibilidade a necessidades tangíveis;

**3- Contratualização** – uma nova relação entre contribuintes, os seus agentes

<sup>4</sup> As grelhas de análise da *Estratégia* podem ser consultadas em anexo.

“financiadores de serviços” e os prestadores;

**4- Reforma da gestão dos Centros de Saúde e Hospitais do SNS** – uma nova administração pública na Saúde: funcionalidade ao serviço das pessoas;

**5- Papel dos sectores social e privado** - Previsibilidade, estabilidade e desenvolvimento;

**6- Remunerações associadas ao desempenho** – o fim da discriminação negativa na saúde;

**7- Sistema de Qualidade na Saúde** – uma garantia para todos;

**8- Política para as profissões da Saúde** – correcção demográfica, liderança na qualidade, envolvimento na gestão, formação continuada;

**9- Sustentabilidade Financeira** – equilíbrio entre recursos, investimentos e gastos;

**10- Governação Horizontal para a Saúde** – novas formas de gestão para a “intersectorialidade” central e local.

**Quadro 6 – Elementos que caracterizam a Política de Saúde proposta na *Estratégia*.**

**Fonte: DGS, 1999, p. 15.**

A missão do Sistema de Saúde é definida como a de alcançar *ganhos em saúde*, garantindo uma “*resposta precisa, concertada, centrada no cidadão e nos valores da solidariedade e da qualidade para os problemas prioritários da saúde, em articulação com a melhoria dos mecanismos de gestão*” (*Ibid.*, p. 31). Assim, a identificação de problemas e as soluções propostas apresentadas no documento visam obter:

“- *Ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos (acrescentar anos à vida)*

- *Redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração (acrescentar mais saúde à vida)*

- *Diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devidas a doenças, traumatismos ou às suas sequelas e aumento da funcionalidade física e psicossocial (acrescentar mais vida aos anos)*

- *Redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde*” (Ibid., p. 31).

Os objectivos incluídos na *Estratégia* não abrangem todos os aspectos da saúde em Portugal, mas focam as questões mais importantes. Entre estes objectivos, um número mais limitado exprime-se por metas quantificadas, baseadas na opinião de especialistas, numa selecção que “*corresponde a áreas prioritárias onde se torna possível explicitar o compromisso colectivo que a Estratégia de Saúde reflecte e permitem concentrar os esforços dos parceiros envolvidos e avaliar os seus efeitos*” (Ibid., p. 26).

São definidas oito áreas de actuação que abrangem as diferentes vertentes do Sistema de Saúde: Cidadão e Comunidade, Melhor Saúde; Acesso a Serviços de Qualidade; Profissões de Saúde; Investir em Saúde; Gerir Recursos da Saúde; Informação, Conhecimento e Comunicação; Dimensão Europeia e Cooperação internacional.

No que respeita à *Melhor Saúde*, e numa perspectiva de obtenção de ganhos em saúde, são definidos 27 áreas de intervenção mais relevantes, agrupadas em torno das etapas ciclo vital e familiar, com referência “*aos problemas de saúde mais relevantes em cada uma dessas fases*” (Ibid., p. 31), e do ambiente quotidiano dos indivíduos. Para cada uma destas áreas de intervenção, são apresentados objectivos gerais para o sistema de saúde e metas específicas para alguns indicadores, a alcançar em cinco anos, horizontes qualitativos, para 10 anos, e apontadas orientações de acção para alcançar as metas, objectivos e horizontes estabelecidos.

#### **4.1.3. A Estratégia e a Obesidade**

Quando a *Estratégia* foi elaborada, a obesidade era já considerada como um problema pelas autoridades de saúde: alvo da atenção de diversos investigadores desde os anos 1960, o problema é pela primeira vez abordado num grande relatório da OMS em 1997, sendo então caracterizado como epidemia global (Carmo *et al.*, 2008).

A mudança nos padrões nutricionais das crianças e adolescentes era já um factor de preocupação, sendo notado um “*desvio alimentar no sentido do consumo de alimentos hipercalórico, com excesso de açúcares e de gorduras (...) e com carência em legumes e fruta*” (DGS, 1997b, p. 40) e uma prática desportiva aquém do desejável,

causas que, para os adultos, são apontadas como “*um dos principais factores de risco associados a uma grande parte das causas de mortalidade precoce (antes dos 65 anos)*” (*Ibid.*, p. 68), adiantando-se ainda para a necessidade de uma intervenção sobre estas determinantes, visando a prevenção de conjunto doenças não transmissíveis que inclui patologias cerebrovasculares, diabetes mellitus ou doenças oncológicas.

A análise à semântica e aos conteúdos da *Estratégia* permite verificar que os termos *excesso de peso* e *obesidade* não aparecem ao longo do texto, não se encontrando dados para a quantificação do problema nem referência aos critérios para a avaliação dos indivíduos, nomeadamente para o cálculo do Índice de Massa Corporal.

Pode então concluir-se que o excesso de peso ou a obesidade não são considerados como um problema prioritário de intervenção como, entre outros, a asma, a depressão ou as doenças renais. A única referência à obesidade em todo o texto é a classificação dos obesos como grupo de risco da diabetes mellitus (DGS, 1999, p.49).

#### **4.1.3.1. A *Estratégia* e a Obesidade Infantil e dos Jovens**

A ausência de referências à obesidade é extensível à obesidade infantil, que não é apontada entre os problemas mais relevantes da saúde das crianças e jovens identificados na *Estratégia*, não sendo apresentados indicadores, horizontes, metas, objectivos e orientações de actuação para lhe responder.

No entanto, e considerando que a *Estratégia* apresenta perspectiva intersectorial, uma análise às 27 áreas de intervenção prioritária permite identificar, em 11 delas, horizontes, metas, objectivos e orientações de acção que podem contribuir para combater e prevenir o problema junto das crianças e dos jovens, pois visam uma intervenção sobre algumas das causas do *Excesso de Peso*, como a alimentação e do padrão de actividade física, o aumento da vigilância do estado de saúde, o reforço de conhecimentos dos indivíduos ou a capacitação de professores, profissionais de saúde e respectivas equipas. O Quadro 7 resume esta distribuição de intervenções, podendo o quadro completo destes horizontes, metas, objectivos e orientações de acção ser consultado em anexo.

<u>Intervenção</u> <u>Área de intervenção</u>	Reforço da Vigilância em Saúde	Alterações do padrão Alimentar	Promoção da actividade física	Capacitar indivíduos	Capacitar professores, profissionais e serviços de saúde
<b><u>Fases do Ciclo Vital</u></b>					
Crescer saudável	X	X	X	X	X
<b><u>Qualidade de Vida e Determinantes da Saúde</u></b>					
Vida activa, Alimentação Saudável e gestão do “stress”		X	X	X	X
<b><u>Problemas Específicos</u></b>					
Depressão					X
Diabetes mellitus				X	X
Doenças do aparelho circulatório		X	X	X	X
Cancro		X		X	
Doenças osteoarticulares. Outras doenças de evolução prolongada		X	X		
Saúde Oral		X			
<b><u>Meio Ambiente</u></b>					
Ambientes Saudáveis			X		
Saúde Escolar	X	X	X	X	X
Saúde e segurança no lar, escolar e espaços de lazer			X		

Quadro 7: Áreas de Intervenções da *Estratégia* onde se identificam horizontes, metas, objectivos e orientações de acção que podem ter um efeito positivo sobre o Excesso de Peso.

#### 4.1.4. Avaliação – Ganhos em Saúde

No início de 2002, antecipando o final do ciclo de planeamento e, como veremos mais adiante, o final do ciclo político, o Director Geral de Saúde e o Alto-Comissário de Saúde publicaram o volume *Ganhos de Saúde em Portugal*<sup>5</sup>, (DGS, 2002) um relatório sobre a actividade dos organismos que dirigiam, dando destaque aos diversos domínios

<sup>5</sup> As grelhas de análise do documento podem ser consultadas em anexo.

contemplados na *Estratégia*, procurando assim contribuir para verificar o estado de saúde do país e dar “*um pequeno passo de alerta sobre os assuntos que, mais detalhadamente, deverão ser aprofundados*” (*Ibid.*, p. 13) na avaliação final, prevista para 2003.

Não existindo qualquer documento oficial referente à avaliação final da *Estratégia*, este relatório acabou por se constituir como um testemunho dos ganhos obtidos durante o ciclo de planeamento, pelo que considerámos pertinente a sua análise, a fim de compreender a atenção dada à questão da pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens.

O relatório está dividido em cinco capítulos temáticos, que seguem a estrutura da *Estratégia*. Em cada um dos domínios analisados é apresentado um resumo das questões de saúde mais relevantes, as principais intervenções dirigidas aos problemas citados, sendo apontadas algumas explicações para os resultados verificados e sugestões de intervenções futuras.

A análise à semântica e aos conteúdos do documento revela referências a *excesso de peso e obesidade*, que são apontados como um problema de saúde dos adolescentes que, a par das morbilidades que lhe estão associados, carece de indicadores actualizados para ser avaliado. Na abordagem aos determinantes da saúde relacionados com a *Vida Activa, Alimentação Saudável e Gestão do Stresse* é feita uma associação do problema com a dieta e o sedentarismo, propondo-se que, nesta matéria, haja um reforço da “*agenda para a saúde dos Portugueses*” (*Ibid.*, p. 187).

## **4.2. Plano Nacional de Saúde 2004-2010**

### **4.2.1. Contexto Político**

As eleições legislativas de 2002, decorrentes da demissão do XIV Governo, abriram um novo um novo ciclo político, impulsionado por uma maioria de centro direita garantida por um acordo pós-eleitoral entre PSD e CDS/PP.

No Programa do XV Governo estava inscrita nova reforma profunda do Serviço Nacional de Saúde, tendo em vista “*a criação de um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde justo e solidário*” (Governo de Portugal, 2002).

É neste contexto que é lançado o processo de elaboração do PNS 2004-2010, definido pelo Ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, como “*uma verdadeira “alavanca” com orientações estratégicas destinadas a sustentar - política, técnica e financeiramente - o Sistema Nacional de Saúde*” (DGS, 2004a, p. 13).

O novo documento estratégico é balizado pelo conhecimento existente sobre a situação da saúde em Portugal e por orientações oriundas de organizações como a União Europeia, OMS ou OCDE, assumindo continuidade com a *Estratégia* (OPSS, 2005).

A primeira versão do documento foi apresentada em 2003, tendo sido posta à discussão pública, processo que se estendeu até Fevereiro de 2004, culminando com a realização, em Lisboa, de um Fórum Nacional de Saúde. Antes da aprovação final do PNS, realizou-se ainda uma audição parlamentar sobre o mesmo (*Ibid.*).

Em Julho de 2004, tomou posse o XVI Governo, que manteve o apoio da maioria parlamentar e o Ministro da Saúde do Executivo cessante, dando continuidade às linhas gerais da política de saúde já definidas (Governo de Portugal, 2004). Este Executivo viu as suas funções interrompidas ao fim de cinco meses, após dissolução do Parlamento, por iniciativa do Presidente da República.

No início de 2005, a eleição do XVI Governo Constitucional, suportado por uma maioria absoluta do Partido Socialista, ditou o início de um novo ciclo político no país. No Programa de Governo, previa-se a reorganização do sistema “*a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão*”, valorizando “*a sua forte componente pública, o Serviço Nacional de Saúde (SNS)*” e assumindo que a “*agenda deve ser orientada para “ganhos em saúde”, anos de vida saudável, livres de doença e incapacidade*” e

clarificando que “os factores de risco a eliminar mais facilmente são os associados à maior carga de doença: tabaco, hipertensão arterial, consumo excessivo de álcool, obesidade, colesterol” (Governo de Portugal, 2005).

As diferenças programáticas entre os dois governos, que podem ser simbolizadas pela utilização alternada do termos *Sistema* e *Serviço* para dar significado ao primeiro S do acrónimo SNS, não apagaram do horizonte o PNS, que foi claramente assumido como a estratégia a pôr em prática no programa do novo Governo (*Ibid.*).

Esta maioria política manteve-se na governação até ao fim do ciclo de Planeamento Estratégico, período no qual aconteceu uma mudança de Ministro da Saúde (em Janeiro de 2008) e uma mudança de legislatura (em Setembro de 2009), tendo o Plano sido implementado de acordo com um guião definido para esse propósito, monitorizado por uma Comissão de Acompanhamento criada para o efeito (OPSS, 2006), e submetido a avaliação nacional e internacional. A experiência acumulada e os resultados obtidos serviram de base ao novo documento estratégico, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (ACS, 2009a).

#### **4.2.2. Objectivos, Estrutura e Organização**

O PNS<sup>6</sup> pretende ser um *fio condutor* para as “*instituições do Ministério da Saúde, outros organismos do sector da Saúde - governamentais, privados e de solidariedade social - e de outros sectores de actividade*” (DGS, 2004a, p. 13), definindo como objectivos estratégicos:

“• *Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;*

• *Utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;*

• *Garantir os mecanismos adequados para a efectivação do Plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo*

---

<sup>6</sup> As grelhas de análise à semântica, estruturas e conteúdos dos dois Volumes do PNS encontram-se em anexo.

*intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano” (Ibid., 2004a, p.19)*

Enquanto processo, o Plano é apresentado como *work in progress*, em actualização contínua, prevendo-se uma implementação nacional e a sua tradução ao nível regional, promovida pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), cujo percurso contempla três fases distintas, que, de forma resumida, correspondem à (I) definição de estrutura, orientações e metas, a concretizar até 2004 (II) Operacionalização de estruturas e procedimentos, até 2006, e (III) execução e monitorização, até 2010 (DGS, 2004a).

São definidas 13 orientações estratégicas globais que, de acordo com as suas características, foram agregadas em quatro categorias: (I) Estratégias gerais, (II) Estratégias para obter mais saúde para todos, (III) Estratégias para gestão da mudança, e (IV) Estratégias para garantir a execução do Plano (Quadro 8).

**I- Estratégias Gerais**

1. Prioridade aos mais pobres
2. Abordagem programática
3. Abordagem com base em *settings*

**II - Estratégias para Obter Mais Saúde para Todos**

4. Abordagem centrada na família e no ciclo de vida
5. Abordagem à gestão integrada da doença

**III - Estratégias para a Gestão da Mudança**

6. Mudança centrada no cidadão
7. Capacitar o sistema de saúde para a inovação
8. Reorientar o sistema de saúde
9. Acessibilidade e racionalidade da utilização do medicamento

**IV - Estratégias para Garantir a Execução do Plano**

10. Acompanhamento do Plano
11. Cativação de recursos
12. Diálogo
13. Quadro de referência legal

**Quadro 8: Estratégias e Orientações Globais do Plano Nacional de Saúde**

Fonte: DGS, 2004a, p. 39

As **Estratégias Gerais** são apresentadas como transversais a todo o sistema de saúde. A *prioridade aos mais pobres* põe a tónica na promoção do acesso aos serviços de saúde como pilar fundamental de equidade, essencial para a estratégia de Ganhos em Saúde. A *abordagem programática* dá continuação à política de desenvolvimento de “*Programas Nacionais de Intervenção para, de uma forma horizontal, serem executados por todos os intervenientes no sistema de saúde*” (*Ibid.*, p. 44), abrindo-se espaço à sua eventual revisão ou à criação de novos Programas Nacionais. Por fim, a *Abordagem por settings* é focada na escola, locais de trabalho e de lazer enquanto “*ambientes integradores de uma multiplicidade de intervenções de carácter diverso*” (*Ibid.*, pp. 44-45), de natureza intersectorial e interdisciplinar.

As **Estratégias para obter mais saúde para todos** propõem uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida, que permite uma percepção integrada dos “*problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida*” (*Ibid.*, p. 53), e uma abordagem à gestão integrada da doença, onde se define um conjunto de doenças cuja resposta é prioritária.

As **Estratégias Para a Gestão da Mudança** visam a promoção de uma “*mudança de cultura, de hábitos de trabalho e de formas de responsabilização*” (*Ibid.*, p. 64), através de uma abordagem sob três perspectivas: *A Mudança centrada no cidadão*, cujo eixo passa pela promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e pelo reforço do papel da cidadania enquanto agente activo do sistema de saúde; *Capacitar o sistema de saúde para a inovação* e desenvolvimento, comunicação e conhecimento e *Reorientar o Sistema de Saúde*, orientação que tal como a que é relativa à política de medicamento, visa uma intervenção ao nível do investimento e dos gastos em saúde.

Nas **Estratégias para Garantir a Execução do Plano**, através da especificação de recursos necessários, de mecanismos de diálogo intersectorial e com a sociedade civil e da definição um quadro de alterações legais a implementar, procura-se criar condições para a implementação e acompanhamento e avaliação do Plano.

Pela natureza intersectorial e pelo carácter ao mesmo tempo específico e abrangente da proposta que o PNS representa, estas 13 orientações estratégicas podiam,

de alguma forma, dar um contributo para prevenir e combater a Pré-obesidade e a obesidade infantil e dos jovens. No entanto, para obter mais saúde para todos “*privilegiam-se duas estratégias: centrar as intervenções na família e no ciclo de vida e abordar os problemas de saúde através de uma aproximação à gestão da doença*” (*Ibid.*, p.53), verificando-se que estas, no desenvolvimento que lhe é dado no segundo volume, acabam por enquadrar muitas das restantes orientações, como por exemplo a abordagem por planos e por *settings* ou a mudança centrada no cidadão, pelo que iremos centrar aqui a nossa análise, procurando a expressão concreta desse contributo.

O documento é constituído por dois volumes, onde são apresentadas as estratégias globais de intervenção, as prioridades e as metas a atingir no combate à doença e promoção da saúde, concretizadas pela definição uma série de medidas a pôr em prática.

No primeiro volume, são apresentadas as quatro categorias de estratégias, com destaque para as *Estratégias Gerais* e *Estratégias para Garantir a Execução do Plano*, definindo-se ainda as prioridades para *Obter Mais Saúde Para Todos* e para a *Gestão da Mudança*.

No segundo volume, partindo das prioridades definidas, são traçadas as orientações e intervenções necessárias para obter ganhos em saúde, clarificando-se também orientações e instrumentos para a gestão da mudança no sistema de saúde (DGS, 2004b).

#### **4.2.3. Os principais problemas de saúde da população**

O estado de saúde da população é descrito, ao longo do Plano, com base nos indicadores disponíveis. Pese a evolução geral positiva que se identifica, alcançada ao longo de várias décadas, regista-se alguma dificuldade de uma leitura mais regional da realidade, em virtude do “*limitado leque de indicadores disponíveis, reflexo do mau funcionamento do nosso sistema de gestão da informação e do conhecimento*”(DGS, 2004a, p. 24).

O recurso aos indicadores disponíveis, o processo de consulta pública e o debate havido no Fórum Nacional de Saúde permitiu estabelecer um conjunto de prioridades de intervenção (*Ibid.*):

- Doenças neoplásicas, particularmente os cancros da mama feminina, do colo do útero e do cólon e recto;
- Doenças do aparelho circulatório, particularmente a doença isquémica cardíaca e os acidentes vasculares cerebrais;
- Doenças infecciosas, particularmente a SIDA e a sífilis congénita.
- Doenças mentais, particularmente a depressão e o abuso e a dependência de álcool;
- Traumatismos, particularmente os acidentes de viação e os acidentes laborais.

As referências mais sistematizadas sobre o estado de saúde da população e os principais problemas de saúde são apresentadas no Volume II do Plano, onde, como já vimos, as *Estratégias para obter mais saúde para todos* são abordadas com pormenor.

Para cada etapa do *ciclo de vida*, é feita uma análise de situação, sendo apresentadas orientações estratégicas e intervenções necessárias, bem como os *settings* prioritários para actuação. Esta metodologia também é usada na *Abordagem à gestão integrada da doença*, que é orientada para as prioridades identificadas.

#### **4.2.4. Plano Nacional de Saúde e a Obesidade**

Quando o PNS 2004 -2010 foi elaborado, a problemática da obesidade estava já na ordem do dia. A *Expert Consultation*, organizada pela OMS em 1997, alertou para o problema, desencadeou um aumento dos estudos de prevalência que o puseram em evidência (Carmo *et al.*, 2008) e foi ponto de partida para o relatório *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, (WHO, 2000), que condensava informação epidemiológica e apresentava recomendações para o desenvolvimento de políticas públicas para lidar com o problema.

Em Portugal, os resultados do primeiro estudo promovido pela SPEO, entre 1995 e 1998, apontavam para uma prevalência de excesso de peso e obesidade a rondar os 50% da população adulta (Carmo *et al.*, 2008). A comparação dos resultados do 2º Inquérito Nacional de Saúde de 1995/96 com os do 3º Inquérito (1998/99) sugere um aumento da prevalência no período entre os dois estudos (Marques-Vidal & Dias, 2005).

A análise à semântica do Plano permite concluir que a obesidade é considerada um “*enorme problema de saúde pública*” (DGS, 2004b, p. 69), sendo uma das doenças do cronicodegenerativas abordadas no âmbito da *Estratégia para a Gestão Integrada da Doença*.

A análise aos conteúdos mostra que a obesidade é abordada a vários níveis.

São apresentados indicadores de prevalência de pré-obesidade e obesidade nas fases do ciclo de vida correspondentes à idade adulta e apontadas metas para a redução dos mesmos até 2010. Estes indicadores são acompanhados de outro para monitorizar os hábitos de actividade física/actividade sedentária (Quadro 9).

<b>Fase do ciclo vital</b>	<b>Indicador</b>	<b>Actual</b>	<b>Metas 2010</b>
“Uma juventude à procura de um futuro saudável” - 10/24 anos	Actividade física - % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (15-24 anos)	H=45,5 M=64,2	H=15 M=16
	Peso - % de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (18-24 anos)	H=6,8 M=4,6	H=5,0 M=3,5
	Obesidade - % de indivíduos com índice de massa corporal >30 (18-24 anos)	H=3,2 M=2,2	H=3,2 M=2,2
“Uma vida adulta produtiva” - 25/64 anos	Actividade física - % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (35-44 anos)	H=67,5 M=77,3	H=34 M=39
	Actividade física - % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (55-64 anos)	H=70,0 M=83,2	H=35 M=42
	Peso - % de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (35-44 anos)	H=22,6 M=16,3	H=17 M=12
	Peso - % de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (55-64 anos)	H=26,1 M=22,1	H=20 M=17
	Obesidade - % de indivíduos com índice de massa corporal >30 (35-44 anos)	H=11,8 M=11,8	H=6 M=6
“Um Envelhecimento Activo” - 65 anos ou mais	Actividade física - % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (65-74 anos)	H=75,5 M=87,8	H=38 M=44
	Peso - % de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (65-74 anos)	H=25,9 M=22,1	H=19 M=17
	Obesidade - % de indivíduos com índice de massa corporal igual ou maior que 30 (65-74 anos)	H=14,9 M=19,3	H=11 M=14

**Quadro 9: Indicadores e metas relacionados com obesidade.**

Fonte: DGS, 2004b, p. 54-55.

É apontada a necessidade de uma intervenção transversal preventiva da obesidade, que englobe as vertentes de promoção da saúde, curativa e de gestão da doença, abrangendo vários sectores (saúde, social, alimentar, educacional e cultural), através de um programa específico para o efeito, elaborado por uma equipa de peritos e definidor das linhas estratégicas de combate ao problema (*Ibid.*).

As alterações do padrão nutricional e a diminuição dos índices de actividade física da população são ainda visadas na *Estratégia para a Gestão da Mudança*, abordagem centrada no cidadão, sendo identificadas como factores de risco de patologias crónicas, como as doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus, doenças cancerígenas e a osteoporose, passíveis de uma intervenção direccionada, a garantir por programa específico (*Ibid.*).

À data da publicação do Plano, estava já em preparação o Programa Nacional de Combate à Obesidade, prevendo-se a sua articulação com o também já aprovado Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (*Ibid.*). Estes programas serão abordados com mais detalhe ao longo deste capítulo.

Estas temáticas são ainda apontadas como importantes no quadro da cooperação técnica no domínio da saúde, que o país vinha desenvolvendo com vários organismos internacionais e que deveria ser reforçada, nomeadamente nas relações com a OMS, União Europeia, Concelho da Europa e CPLP (*Ibid.*).

#### **4.2.4.1. O Plano Nacional de Saúde e a pré-obesidade e obesidade das crianças e dos jovens**

Apesar da Obesidade Infantil e dos Jovens já estar no centro das preocupações da comunidade científica, quando o PNS foi elaborado eram poucos os dados sobre a prevalência do problema em Portugal. Dos 14 estudos de prevalência de obesidade em crianças e jovens revistos por Moreira (2007), apenas três foram publicados em anos anteriores ao ano do PNS, e, destes, nenhum permite uma compreensão da dimensão do problema a nível nacional.

Na análise à semântica do Plano não se identifica a utilização da expressão *obesidade infantil* e a abordagem aos conteúdos mostra que o problema não está quantificado.

Na *Abordagem à família e ao ciclo de vida familiar* são apresentados quadros de indicadores e metas prioritárias para as três fases do ciclo onde se enquadram as crianças e os jovens. Nenhum dos indicadores se refere a pré-obesidade ou obesidade infantil e dos jovens, sendo estes visados apenas no indicador que pretende monitorizar e avaliar o tempo de actividade física e sedentarismo, com dados referentes à população com mais de 15 anos (DGS, 2004a).

Na *descrição da situação actual*, apresentada para a fase *Uma Juventude à descoberta de um futuro saudável* (10-24 anos), constata-se um aumento do sedentarismo e de desequilíbrios nutricionais nos jovens, admitindo-se que os indicadores disponíveis são limitados no que toca avaliação da morbilidade associada a problemas como obesidade, bulimia, anorexia (DGS, 2004b).

#### **4.2.5. Programas Nacionais**

A resposta aos principais problemas de saúde identificados no PNS 2004-2010 passou pela elaboração de Programas Nacionais ou pela revisão dos já existentes.

Dos 40 programas inicialmente previstos, apenas 22 foram elaborados<sup>7</sup> (WHO-Europe, 2010). Entre estes, fez-se uma selecção que inclui, além do Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade, aqueles que são orientados para a saúde das crianças e jovens. Aos restantes, foi aplicada uma grelha de análise semântica que permitiu identificar aqueles que abordam a problemática, programas esses que foram submetidos a uma análise mais detalhada. De acordo com estes critérios, e de modo a orientar a sua análise, os 10 programas seleccionados foram divididos por três grupos (Quadro 10).

#### **I - Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade**

#### **II - Programas dirigidos especificamente às crianças e jovens**

- Programa Nacional de Promoção da Saúde em Crianças e Jovens
- Programa Nacional de Saúde Escolar

<sup>7</sup> Lista dos planos previstos e dos planos elaborados encontra-se em anexo.

**III - Programas dirigidos a outras áreas e que podem ter influência na problemática em análise.**

- Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares
- Programa Nacional de Controlo da Diabetes
- Programa Nacional de Luta contra as Doenças Reumáticas
- Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida
- Programa Nacional de Saúde Ambiental

**Quadro 10: Programas Nacionais analisados nesta investigação**

Ao Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade foi feita uma análise aos conteúdos para compreender qual o enquadramento que nele é dado à problemática da obesidade infantil. Aos restantes programas, foram aplicadas grelhas para análise à semântica e aos conteúdos, com objectivo de<sup>8</sup>:

- 1 - Esclarecer se a pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens é apontada como um problema, cuja prevenção e combate permite obter ganhos na área de cada Programa;
- 2- Se as intervenções propostas podem influenciar o desenvolvimento do problema;
- 3 - Identificar propostas concretas que possam responder ao problema.

**4.2.5.1. Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade**

O Programa Nacional de Combate à Obesidade (DGS, 2005b) foi aprovado em Janeiro de 2005 e tinha duração prevista até 2009. A Comissão de Coordenação do Programa, criada em Março de 2005, tinha por objectivo acompanhar e avaliar o seu desenvolvimento.

---

<sup>8</sup> As grelhas de análise à semântica e conteúdos dos Programas Nacionais encontram-se em anexo.

Em 2007, na sequência da aprovação da *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade* (WHO-Europe 2006) e considerando o interesse de uma actuação integrada, transversal e intersectorial no combate à obesidade, foi criada a Plataforma Contra a Obesidade, que integrou as competências ao nível da prevenção secundária e terciária inscritas neste Programa Nacional. Quanto às atribuições referentes à cirurgia da obesidade, estas foram transferidas para a responsabilidade da Comissão Nacional de Avaliação do Tratamento Cirúrgico da Obesidade, criada em Agosto desse ano, levando a que o Programa e Comissão de Acompanhamento fossem extintos em Agosto de 2008 (Despacho n.º 22780/2008). A análise da intervenção promovida pela Plataforma será abordada em fase posterior deste trabalho.

O Programa foi elaborado por uma equipa de técnicos da Direcção-Geral de Saúde, em colaboração com as Sociedade Portuguesas de Ciências da Nutrição e Alimentação, de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, de Diabetologia, de Cirurgia da Obesidade, bem com a Associação de Doentes Obesos e Ex-Obesos de Portugal – ADEXO e com o aval científico da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (DGS, 2005b).

Perspectiva-se a sua articulação com outros Programas Nacionais, nomeadamente os de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, Controlo da Diabetes, Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares e Contra as Doenças Reumáticas.

O documento apresenta uma contextualização e um diagnóstico sobre a situação da obesidade na Europa e em Portugal, constatando-se o agravamento do problema. Nos seus princípios estão incluídos a definição de obesidade, critérios para diagnóstico, a classificação dos vários tipos de obesidade e a sua tipologia, bem como referências às co-morbilidades que lhe estão associadas e benefícios da perda de peso.

O objectivo geral do Programa era “*contrariar a taxa de crescimento da prevalência da pré-obesidade e obesidade em Portugal*” (DGS, 2005b, p. 16), e, para que tal fosse alcançado, definiram-se os seguintes objectivos específicos:

- “1. Reduzir a proporção de indivíduos com IMC entre 25 e 30.
2. Reduzir a proporção de indivíduos com IMC  $\geq 30$ .” (Ibid.)

Como população-alvo são consideradas as pessoas, de ambos os sexos e de qualquer idade, pré-obesas, obesas e ex-obesas, dando-se especial atenção às pessoas que se incluam nos seguintes grupos de risco:

- “1. Baixo ou elevado peso ao nascer;
2. Antecedentes familiares de obesidade;
3. Passado de doença de comportamento alimentar;
4. Mulheres com múltiplas gravidezes;
5. Mulheres na péri e pós-menopausa;
6. Ex-fumadores recentes” (*Ibid.*).

A intervenção proposta assenta em 23 Estratégias, divididas por três grupos: *Estratégias de intervenção* (E1 a E13), focadas na prevenção secundária do excesso de peso e suas co-morbilidades, *Estratégias de formação* (E14 a E21), visando acções de natureza informativa, pedagógica e formativa, dirigidas a profissionais de saúde e população, e *Estratégias de colheita e análise de informação* (E22, E23), para garantir melhor conhecimento epidemiológico da obesidade.

Se agruparmos as 13 *Estratégias de Intervenção* por áreas temáticas, verificamos que a maioria (sete) está orientada para o tratamento e cura do problema: Produção de orientações técnicas para profissionais de saúde (E1, E2) desenvolvimento da resposta hospitalar/cirúrgica (E3 a E9), reforço do apoio ao obeso nos cuidados primários (E10) política de medicamento (E11) e melhoria de padrão alimentar em cantinas (E12, E13).

É apresentado um cronograma para a implementação do Programa, bem como indicadores para monitorização da evolução da obesidade em Portugal.

### **O Programa Nacional de Combate à Obesidade e a Obesidade Infantil**

No diagnóstico de situação constata-se a elevada prevalência de pré-obesidade e obesidade entre crianças e jovens em Portugal, apontando-se disparidades regionais, étnicas e de condição social na sua distribuição.

Entre as causas da obesidade infantil, é dado destaque ao sedentarismo e aos factores genéticos, sublinhando-se uma tendência familiar com “*crianças obesas filhas*

*de pais obesos*” (Ibid., p.8), sem que seja abordada a relação crianças obesas/adultos obesos (Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002).

São apontados critérios para diagnóstico da obesidade nas crianças, através do percentil de crescimento.

A definição de objectivos é feita relativamente à população em geral e a grupos de risco, não sendo as crianças e jovens considerados como tal.

No domínio das Estratégias a implementar, verifica-se que todas elas podem servir a prevenção e o combate a obesidade infantil, sendo três delas particularmente dirigidas a crianças e jovens:

*“E13. Promover, junto do Ministério da Educação, a criação de condições para a disponibilidade de refeições equilibradas, sob o ponto de vista energético, nos estabelecimentos de ensino.*

*E14. Produzir e divulgar, pelas equipas de saúde escolar, orientações técnicas sobre abordagem da pré-obesidade e da obesidade.*

*E15. Produzir e divulgar, pelas equipas de saúde escolar, orientações técnicas sobre identificação de crianças com factores de risco para a obesidade.”* (Ibid., p.19).

Nenhuma das Estratégias apresentadas é dirigida à promoção da vida activa e combate ao sedentarismo. Embora este programa se articule com outros que também podiam contemplar tais medidas, verifica-se uma duplicidade de critérios, uma vez que as questões relacionadas com a saúde escolar são aqui abordadas, ao mesmo tempo que existe um programa sobre saúde escolar.

Quanto à monitorização do Programa, previa-se realização periódica de avaliações de prevalência em crianças de diversas idades: 12 e 24 meses, 5, 11, 15 e 18 anos.

#### **4.2.5.2. Programas Nacionais dirigidos especificamente às crianças e jovens**

##### **Programa Nacional de Saúde dos Jovens**

Criado em 2006, o Programa Nacional de Saúde dos Jovens visava os jovens dos 10 aos 24 anos e tinha por *“finalidade o contribuir para a concretização plena do*

*potencial de desenvolvimento dos jovens, mediante a obtenção de mais ganhos de saúde e de bem-estar, reduzindo o ónus das doenças e das lesões evitáveis” (DGS, 2005a, p. 16).*

Todo o programa foi construído numa perspectiva de aprofundamento do conhecimento da saúde dos jovens e dos seus determinantes, bem como da criação de meios para facilitar a proximidade dos jovens aos serviços de saúde, sem que haja uma proposta muito concreta de Estratégias a desenvolver. A temática da obesidade não é abordada, aparecendo apenas, entre os seus objectivos prioritários, através da referência à necessidade de promoção de alimentação equilibrada e exercício físico.

### **Programa Nacional de Saúde Escolar**

Com mais de um século de tradição em Portugal (DGS, 2006), a Saúde Escolar é considerada uma área de intervenção por excelência junto de crianças e jovens, tendo a escola sido definida como *setting* prioritário na implementação do Plano Nacional de Saúde Escolar.

Criado em 2006, o Programa Nacional de Saúde Escolar dá continuidade a um trabalho com décadas de caminho feito. As estratégias propostas visam a saúde de crianças, jovens e restante comunidade educativa, através da “*vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde*” (*Ibid.*, p. 6).

A pré-obesidade e obesidade não são visadas no documento, não sendo consideradas entre os problemas passíveis de prevenção e combate. As questões da alimentação e da actividade física são consideradas áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis, mas não é feita qualquer relação entre estas e a obesidade.

Em termos de organização da intervenção, é proposto que o Programa tenha coordenações de nível nacional, regional e local. A Coordenação Nacional tem responsabilidades na orientação técnica das escolas, a Regional de desenvolver iniciativas regionais dentro das prioridades estabelecidas, cabendo às Coordenações Locais a aplicação no terreno dessas iniciativas (*Ibid.*), abrindo-se possibilidade da problemática da obesidade infantil ser trabalhada pelas equipas de saúde escolar.

**Programas Nacionais dirigidos especificamente às crianças e jovens, uma síntese**

O Quadro 11 resume os resultados da análise a estes dois programas, no que respeita à abordagem que fazem à Obesidade Infantil.

<b>Programa</b>	<b>Obesidade Infantil é considerada problema?</b>	<b>Prevenção/combate à Obesidade Infantil é apontada como contributo para atingir objectivos do programa?</b>	<b>Estratégias que visam explicitamente o combate à Obesidade Infantil</b>	<b>Estratégias que podem contribuir para prevenir e combater Obesidade Infantil</b>
<b>Saúde dos Jovens</b>	Não	Não	Nenhuma das estratégias é dirigida ao problema	Generalidade das medidas propostas pode contribuir para este desígnio
<b>Saúde Escolar</b>	Obesidade infantil não é referida, sendo apontada a necessidade de melhoria do padrão alimentar e aumento da actividade física.	Não	Nenhuma das estratégias é dirigida ao problema	Além das actividades obrigatórias da Saúde Escolar, definem-se projectos de promoção da saúde prioritários, a desenvolver ao nível local, onde o problema poderá ser contemplado

**Quadro 11: Resumo da análise aos Programas Nacionais dirigidos a crianças e jovens.**

**4.2.5.3. Programas Nacionais dirigidos a outras áreas e que podem ter influência na problemática em análise**

**Programa Nacional Promoção da Saúde Oral**

O Programa Nacional de Promoção Saúde Oral foi criado, em 2005, para dar continuidade aos programas da Saúde oral em meio escolar, que se realizavam em Portugal desde 1986 (DGS, 2005c). A intervenção proposta organiza-se em três estratégias:

- “ -*Promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar;*
- *Prevenção das doenças orais;*

- *Diagnóstico precoce e tratamento dentário;*” (Ibid., p. 4).

A cada uma destas estratégias correspondem orientações de actuação, sendo definidas responsabilidades nacionais, regionais e locais para a sua implementação, bem como critérios e indicadores para a sua avaliação.

A análise semântica ao programa revela uma abordagem centrada nos hábitos e comportamentos alimentares e na necessidade de promoção de uma alimentação saudável, não sendo feita nenhuma associação com eventuais ganhos a nível da prevenção e combate ao excesso de peso.

No entanto, e partindo do princípio de que a escola “*tem um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares das crianças e dos jovens*” (Ibid., p.8), verifica-se que parte das orientações definidas, nomeadamente aquelas que abordam a dieta alimentar - oferta nos bares, política nutricional, conteúdos curriculares relacionados com o tema, etc. - constituem um contributo para a prevenção da pré-obesidade e obesidade.

Em anexo a este programa, a Divisão de Saúde Escolar da DGS produziu o documento *Estratégias e Técnicas de Educação e Promoção da Saúde*, onde é feita alguma relação entre higiene alimentar e prevenção da obesidade.

### **Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Oncológicas**

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, apresentado em 2007, pretende “*estabelecer uma estratégia global de acção nas diferentes áreas relacionadas com a prevenção e tratamento do cancro*” (DGS, 2007b, p.5)

A análise à semântica do programa revela referências à obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares como determinantes no desenvolvimento de doenças oncológicas, sendo um dos objectivos do programa a actuar na prevenção primária das doenças oncológicas “*através da promoção de estilos de vida saudáveis, designadamente pelo combate ao tabagismo e sedentarismo, e prevenção da obesidade*” (Ibid., p 10).

As estratégias a implementar não são enumeradas, nem é apontada necessidade de prevenção direccionada às crianças e jovens, definindo-se como orientação que esta intervenção preventiva deverá envolver as Comissões de Oncologia Regionais,

Direcção-Geral de Saúde, Centros de Saúde, estabelecimentos de ensino, autarquias e instituições não-governamentais, abrangendo também o âmbito dos Programas Nacionais de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, Combate à Obesidade, da Diabetes, de Saúde Escolar, e de Acção Ambiente e Saúde (*Ibid.*).

### **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares**

Datado de 2003, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares visa a redução global dos riscos cardiovasculares, através de “*estratégias de intervenção, de estratégias de melhoria de qualidade e de estratégias de melhoria dos sistemas de informação*” e do desenvolvimento de iniciativas nacionais, que deverão ser adequadas e replicadas ao nível regional (DGS, 2003b, p. 8).

Tal intervenção deve ser articulada com as respostas já existentes nos serviços de saúde e com aquelas que estão inscritas noutros Programas Nacionais, nomeadamente no de Controlo da Diabetes e no Oncológico Nacional 2001-2005.

É apresentado um diagnóstico de situação, com referências à prevalência da obesidade, sedentarismo ou hábitos alimentares nos adultos. Estas questões são consideradas factores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo objecto explícito de duas das estratégias de intervenção propostas: 5. *Reduzir o número de pessoas com Excesso de Peso / Obesidade* e 6. *Aumentar a prática regular de Actividade Física*. (*Ibid.*, pp.14-15)

Nas medidas contempladas nestas duas estratégias existem propostas especificamente direccionadas para promoção de alimentação saudável e actividade física das crianças jovens, prevendo-se a elaboração, pela DGS, de:

“ - *informação sobre adequação alimentar e nutricional, destinada à população em geral e a grupos etários específicos, como crianças, jovens e pessoas idosas;*  
- *programa informático inter-activo e pedagógico sobre adequação alimentar e nutricional, destinado não apenas a crianças e jovens em período de escolaridade obrigatória, como aos seus educadores.*

(...)

- *programa informático inter-activo e pedagógico sobre a prática regular de actividade física ao longo da vida, destinado não apenas a crianças e jovens em*

*período de escolaridade obrigatória, como aos seus educadores” (Ibid., pp.14-15).*

Para lá destas medidas específicas, verifica-se ainda que a generalidade das intervenções propostas podem contribuir para prevenção e combate à obesidade.

### **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes**

Na continuidade de uma intervenção de quase cinco décadas, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (DGS, 2008) propõe uma estratégia assente na prevenção primária, através da redução dos factores de risco conhecidos, na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e do seu tratamento adequado, na prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes e na qualidade da prestação dos cuidados à pessoa com diabetes.

O Programa deve ser implementado em estreita articulação com os Programas de Intervenção Integrada sobre os Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, Combate à Obesidade e com a Plataforma Nacional Contra a Obesidade, visando prevenir a pré-obesidade e obesidade em todos os grupos etários da população (*Ibid.*).

A pré-obesidade e obesidade são identificadas como factores de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes, não sendo feita nenhuma distinção entre crianças e adultos.

São definidas 17 estratégias de intervenção, nenhuma visando as crianças e jovens em particular. No entanto, parte destas estratégias pode dar um contributo para a prevenção e combate da pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens, com especial destaque para as que promovem a prevenção primária:

*“E1. Implementar programas de intervenção comunitária, destinados à população em geral, visando a prevenção primária da diabetes.*

*E2. Divulgar, à população em geral, informação sobre a diabetes e os seus factores de risco.*

*E3. Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes, através de inquérito, por questionário, a ser aplicado pelos profissionais de saúde.*

*E4. Rastrear pessoas com diabetes entre os grupos de risco acrescido de desenvolvimento da doença.*

*E5. Elaborar e divulgar manual de boas práticas na vigilância da diabetes, a ser distribuído aos profissionais dos cuidados de saúde primários, que inclua orientações técnicas sobre: a) Promoção de estilos de vida saudável. (...)*”  
(*Ibid.*, p. 11)

### **Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas**

O Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas (DGS, 2004c) pretende alcançar um conjunto de objectivos relacionados com prevenção e controlo de doenças, ou conjuntos de doenças, reumáticas. São propostas 21 Estratégias, que se dividem entre *Estratégias de Intervenção* (11), *Estratégias de Formação* (8) e *Estratégias de Colheita e Análise de Informação* (2) e cuja implementação deverá ser garantida a nível nacional, regional e local.

É também apresentado um conjunto de *Orientações Técnicas* para prevenção, tratamento e acompanhamento de doenças, ou grupo de doenças, de origem reumática. A obesidade e a inactividade física são apontadas como factor de risco para algumas destas patologias e a promoção da dieta saudável, do desporto e da actividade física apontados como factores preventivos. Não é feita qualquer referência para uma prevenção destes factores junto de crianças e jovens.

### **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**

Datado de 2004, o Programa tem como objectivo geral a redução da “prevalência de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de factores de protecção, relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial” (DGS, 2003a, p. 4).

A obesidade, excesso de peso, alimentação e a actividade física são considerados factores de risco no aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis. Estes factores de risco estão relacionados com os estilos de vida passíveis de alteração, através de uma actuação preventiva, que se traduz em sete dos dez objectivos específicos do programa:

“(…)

- *Aumentar a proporção de população fisicamente activa (pelo menos 30 minutos diários de actividade física moderada).*

- *Reduzir o consumo de sal (menos de 5 gr/dia).*

- *Reduzir a prevalência de excesso de peso e obesidade (IMC <25).*

- *Aumentar o consumo adequado de frutos, legumes e vegetais (pelo menos 400 gr/dia).*

- *Reduzir o consumo total de gorduras para valores entre 15 a 30% da ingestão calórica diária.*

- *Reduzir o consumo excessivo de gorduras saturadas (< 10% da ingestão calórica diária).*

- *Reduzir o consumo excessivo de gorduras trans (< 1% da ingestão calórica diária). (...)*”(Ibid., p. 4).

O programa é direccionado à população em geral e a grupos específicos “*a definir*” (Ibid., p. 7) e propõe um conjunto de *Actividades de Âmbito Nacional*. Nenhuma destas actividades é dirigida especificamente a crianças e jovens, existindo, no entanto, um conjunto delas que podem contribuir para a prevenção e combate ao problema, nomeadamente a “*Realização de um Diagnóstico de base sobre Saúde e Estilos de Vida da População*” (Ibid., p. 9) e a caracterização epidemiológica dos factores de risco, para permitir “*calcular riscos atribuíveis e respectiva carga da doença e analisar os aspectos comportamentais e ambientais que os condicionam*” (Ibid., p. 10).

### **Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde**

Da responsabilidade conjunta da Agência Portuguesa de Ambiente e do Direcção-Geral de Saúde, este plano, a implementar no período 2007-2013, apresenta como desígnio “*melhorar a eficácia das políticas de prevenção, controlo e redução de riscos para a saúde com origem em factores ambientais*”, através da “*integração do conhecimento e a inovação, contribuindo também, desta forma, para o desenvolvimento económico e social do país*” (APA/DGS, 2007, p. 7).

Da análise semântica e de conteúdos do documento regista-se que, para a obesidade, podem “*ser identificados factores de risco de natureza ambiental na multifactorialidade que lhe está subjacente*” (*Ibid.*, p. 107), não sendo dado qualquer destaque particular à obesidade infantil e dos jovens.

A intervenção proposta visa alargar o conhecimento e capacitar o país para uma intervenção mais orientada sobre ambiente e saúde, assentando em cinco Vectores, a desenvolver em nove domínios prioritários com a implementação de trinta e três Acções Programáticas.

A intervenção mais relevante no que respeita à prevenção e combate à obesidade situa-se no vector I - *Integração de Informação e Investigação Aplicada*, domínio prioritário de *Intervenção Sobre os Espaços Construídos*, propondo-se a realização de um estudo que permita identificar as características dos espaços verdes e equipamentos de desporto e lazer que mais contribuem para a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e desenvolver orientações quanto às características dos mesmos (*Ibid.*)

#### **Programas dirigidos a outras áreas e que podem ter influência na problemática em análise – uma síntese**

A análise sistemática dos sete programas seleccionados permite-nos uma visão geral sobre a forma como a obesidade é abordada a este nível de planeamento.

Embora a excesso de peso e a obesidade, os comportamentos alimentares ou o sedentarismo sejam identificados como factores de risco em seis dos sete programas, em nenhum se relacionam os propósitos com a necessidade de prevenção e combate à obesidade infantil e dos jovens.

Só o programa de combate às doenças cardiovasculares propõe intervenções para prevenir excesso de peso/obesidade entre crianças e jovens, nomeadamente alteração de hábitos alimentares e combate ao sedentarismo. O resumo destes resultados aparece no Quadro 12.

<b>Programa</b>	<b>Obesidade Infantil é considerada um problema no âmbito deste programa?</b>	<b>Prevenção/combate à Obesidade Infantil é apontada como contributo para atingir objectivos?</b>	<b>Estratégias que visam explicitamente o combate à Obesidade Infantil</b>
<b>Promoção de Saúde Oral</b>	Não	Não. DGS produziu em anexo ao plano o documento <i>Estratégias e Técnicas de Educação e Promoção da Saúde</i> , que faz relação entre higiene alimentar e prevenção da obesidade	Não.
<b>Controlo das Doenças Oncológicas</b>	Obesidade, alimentação e sedentarismo vistos como determinantes. Não há destaque para crianças/jovens	Não	Não
<b>Doenças Cardiovasculares</b>	Pré-obesidade e obesidade consideradas factores de risco, sem referências a obesidade Infantil/Jovens	Nenhum objectivo é especificamente dirigido para jovens e crianças	Estratégias 5 e 6 visam alimentação e combate ao sedentarismo e contemplam medidas direccionadas a crianças e jovens
<b>Prevenção e Controlo da Diabetes</b>	Pré-obesidade e obesidade consideradas factores de risco, sem referências a obesidade Infantil/Jovens	Nenhum objectivo é especificamente dirigido para jovens e crianças	Não
<b>Contra Doenças reumáticas</b>	Pré-obesidade e obesidade consideradas factores de risco, sem referências a obesidade Infantil/Jovens	Não	Não, todas as estratégias visam população em geral
<b>Intervenção sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida</b>	Pré-obesidade e obesidade consideradas factores de risco, sem referências a obesidade Infantil/Jovens	7 dos 10 objectivos específicos são sobre actividade física ou alimentação, nenhum visa crianças e jovens em particular	Não, todas as estratégias visam população em geral
<b>Acção Ambiente e Saúde</b>	Pré-obesidade e obesidade consideradas factores de risco, sem referências a obesidade Infantil/Jovens	Não	Não

**Quadro 12: Programas dirigidos a outras áreas e que podem ter influência na problemática em análise – uma síntese.**

Por outro lado, verifica-se que todos os programas apresentam medidas que, não sendo explicitamente dirigidas para a prevenção e combate à obesidade infantil e dos jovens, poderão contribuir para este desígnio. Embora apresentadas com diversas formulações e com especificidades ligadas a cada programa, é possível agrupar as medidas propostas por categorias, de acordo com as suas características, obtendo-se assim uma leitura de conjunto, presente no Quadro 13.

<b>Programa Nacional</b> <b>Estratégias</b>	<b>Saúde Oral</b>	<b>Doenças Oncológicas</b>	<b>Doenças Cardiovasculares</b>	<b>Diabetes</b>	<b>Doenças Reumáticas</b>	<b>Determinantes da saúde</b>	<b>Ambiente e Saúde</b>
Alterações à oferta alimentar em escolas, locais de trabalho ou outros	X						
Promoção da actividade física			X		X		
Intervenções no meio			X				X
Identificar grupos e comportamentos de risco			X	X	X		
Monitorização/Rastreio	X		X	X			
Estudo epidemiológico						X	
Avaliação de determinantes						X	X
Promoção de acesso e da resposta dos serviços de saúde			X				
Intervenção junto da população			X	X			
Promover informação à população			X	X	X	X	
Promover informação a doentes			X		X		
Promover formação dos técnicos de saúde			X	X	X	X	
Promover formação a professores	X		X		X	X	
Cooperação internacional				X			
Articulação com outros Programas		X	X	X	X	X	X

**Quadro 13: Medidas inscritas nos Programas Nacionais que podem contribuir para a prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens.**

#### **4.2.6. Plataforma Contra a Obesidade**

A Plataforma Contra a Obesidade foi criada em 2007 para concretizar os objectivos da *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade* (WHO-Europe, 2006), sendo apresentada como “*uma medida estratégica, assumida politicamente a nível nacional,*

*que visa criar sinergias intersectoriais, a nível governamental e da sociedade civil”* (DGS, 2007a, p. 5), assumindo explicitamente a prevenção e o combate à obesidade como uma prioridade política.

Para implementar esta intervenção, foi definido um conjunto alargado de Estratégias. Na prevenção primária, foram estabelecidas 23 estratégias, em áreas como a política/regulamentação, prestação de cuidados, comunicação, informação, investigação, educação e formação e intervenções intersectoriais. Na prevenção secundária e terciária, foram definidas nove medidas, distribuídas entre política/regulamentação e prestação de cuidados.

### **A Plataforma Contra a Obesidade e a obesidade infantil**

Tendo a plataforma assumido o desígnio estabelecido pela *Carta*, verifica-se que, além de objectivos e estratégias de intervenção explicitamente dirigidas às crianças, toda a intervenção proposta poderá surtir efeitos positivos juntos dos mais novos. Por outro lado, a consulta do site da plataforma, permite identificar um conjunto de parcerias e iniciativas protagonizadas ou apoiadas pela plataforma que tem as crianças e jovens como grupo alvo.

Nos dois primeiros anos de actividade, a Plataforma centrou a sua acção na prevenção primária, promovendo a implementação de medidas de política e regulamentação, medidas ao nível de prestação de cuidados, medidas intersectoriais e medidas no âmbito da Comunicação, Informação, Investigação, Educação e Formação. Foram desenvolvidas centenas de iniciativas direccionadas a crianças, jovens e suas famílias, parcerias estratégicas entre os Ministério da Saúde e da Educação, abrangendo também Autarquias, bem como acções de comunicação ou a implementação de medidas legislativas com impacto directo nestes grupos etários (PCO, 2010), prevendo-se a continuação e o reforço desta actividade (PCO, 2011).

#### **4.2.7. Monitorização e Avaliação do Plano Nacional de Saúde**

##### **4.2.7.1. Comissão de Acompanhamento do Plano**

A criação de uma Comissão de Acompanhamento do Plano, com funções de monitorizar a sua implementação bem como a evolução dos seus indicadores, estava inscrita nas *Estratégias para Garantir a Execução do Plano* (DGS, 2004a) A primeira

Comissão de Acompanhamento foi criada em 2004 (Despacho n.º 15.846/2004), sendo substituída por uma nova em 2007 (Despacho n.º 18.800/2007).

A segunda Comissão manteve, entre Setembro de 2007 e Novembro de 2010, um conjunto de reuniões regulares, tendo, em cada uma delas, sido debatidos temas relativos à saúde da população e à implementação do Plano, nomeadamente a cooperação intersectorial, acidentes, saúde mental, doenças oncológicas, cuidados continuados, obesidade e diabetes, tendo ainda dedicado um encontro ao modelo conceptual do (novo) Plano Nacional de Saúde 2011-2016 e outro à avaliação externa do Plano, feita pela OMS Europa (ACS, 2010l).

Para cada uma destas reuniões foi editado um número do boletim *PNS em Foco*, documento de apoio à Comissão da responsabilidade do Alto Comissariado da Saúde, contendo informação relevante sobre a temática em análise (ACS, 2010j).

Na reunião dedicada à obesidade e diabetes, realizada em Novembro de 2010, os coordenadores da Plataforma contra a Obesidade e do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes fizeram o ponto de situação das duas patologias em Portugal, focando-se na prevalência e incidência, custos associados, tratamento e impacto na população. O boletim então produzido apresentava indicadores e dados estatísticos actualizados, com destaque à prevalência da obesidade infantil em Portugal (ACS, 2010j).

#### **4.2.7.2. Fórum Nacional de Saúde**

Em 2006, Coimbra acolheu nova edição do Fórum Nacional da Saúde, encontro que, passados dois anos sobre a vigência do PNS, teve por finalidade de debater, rever e melhorar a sua implementação e conteúdo. Foi um momento de reavaliação de prioridades nacionais e produzir recomendações para a revisão e aplicação do Plano (ACS, 2007b).

A iniciativa contemplou um conjunto de painéis temáticos, sobre a implementação do PNS ao nível nacional e regional, o ponto de situação no que concerne a alguns dos Programas Nacionais previstos e às áreas prioritárias do Plano, a formação e a investigação em saúde e uma análise dos contributos da sociedade civil para a saúde (*Ibid.*).

A análise ao volume onde que “*reúne o essencial das múltiplas comunicações apresentadas no Fórum*” (*Ibid.*, p. 13) permite concluir que a obesidade e excesso de peso não estiveram no centro da reflexão de nenhum dos oradores, sendo estas temáticas, tal como a actividade física, o sedentarismo ou a alimentação, abordadas enquanto factores e comportamentos de risco de outras patologias.

## **II Fórum Nacional de Saúde**

A terceira edição do Fórum Nacional, que oficialmente se denominou II Fórum Nacional de Saúde, decorreu em Lisboa em Fevereiro de 2009 e tinha por objectivo identificar ganhos em saúde alcançados, bem como novas estratégias a adoptar no âmbito do Plano Nacional de Saúde (ACS, 2009b).

Do programa da iniciativa constou um conjunto de sessões temáticas, envolvendo governantes, académicos, dirigentes do Serviço Nacional de Saúde, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil. Os temas abordados foram a gestão da informação e do conhecimento, a redução das desigualdades em saúde, os jovens e os estilos de vida saudáveis, o papel do sector social no Plano, a responsabilidade social na saúde, os Programas Nacionais e o cuidado do doente, a saúde numa perspectiva intersectorial e as Estratégias Locais de Saúde (*Ibid.*).

A Consulta do programa e das conclusões do evento disponibilizadas pela organização, o Alto Comissariado da Saúde, não permitem aferir se foi dada alguma atenção particular à temática da obesidade.

## **3º Fórum Nacional de Saúde**

A quarta edição do Fórum Nacional, oficialmente denominado como 3º Fórum Nacional de Saúde, teve lugar em Lisboa, em Março de 2010, e teve por objectivo debater, com todos os sectores da sociedade, as prioridades para o Plano Nacional de Saúde 2011-16 e a evolução do PNS 2004-2010.

O seu programa incluiu sessões dedicadas ao contributo do sector social para o PNS, ao envelhecimento activo e à saúde dos jovens. Realizaram-se também sessões temáticas dedicadas aos quatro pilares do Plano 2011-16: Cidadania, Acesso, Políticas Saudáveis e Qualidade (ACS, 2010m).

A análise da documentação disponibilizada pelo Alto Comissariado da Saúde sobre o fórum permite concluir que as temáticas da obesidade, excesso de peso ou actividade física não estiveram destaque em nenhuma das intervenções, sendo utilizadas por vários oradores da sessão dedicada às polícias saudáveis, como um exemplo prático de implementação de saúde em todas as políticas.

#### **4.2.7.3. Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010**

A melhoria das fontes de informação para caracterização do estado de saúde da população e criação de indicadores fiáveis e abrangentes é uma necessidade expressa no Plano Nacional de Saúde. Também o era na Estratégia.

Durante o período de vigência do Plano, o Alto Comissariado da Saúde promoveu um conjunto de iniciativas nesse sentido, de modo a operacionalizar a avaliação dos indicadores e metas definidos.

São disso exemplo a reflexão em torno dos indicadores feita no Fórum Nacional de Saúde de 2006, que foi seguido da organização de iniciativas para a sua revisão (ACS, 2007d), ou a disponibilização de informação sobre indicadores num *microsite*<sup>9</sup> a que foi associada uma ferramenta informática de georreferenciação – *websig* – que possibilita desagregação dos indicadores disponíveis a diferentes níveis geográficos (por concelho e região) e temporais, bem como por género, e sua comparação a nível Europeu.

Foram também disponibilizadas várias publicações sobre a evolução dos indicadores, como por exemplo:

- Plano Nacional de Saúde 2004-2010 - Avaliação de Indicadores 2001-2006: Ganhos em Saúde. (ACS, 2007a)
- Indicadores Actuais do PNS – Outubro de 2008 (ACS, 2008a)
- Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010 – Dezembro de 2010 (ACS, 2010f)

Estes três documentos e a ferramenta informática acima referida apenas permitem avaliar a evolução dos indicadores definidos no Plano, não permitindo aferir a evolução de objectivos estabelecidos nos Programas Nacionais que dele decorrem.

---

<sup>9</sup> *Microsite* em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/>

### **Evolução da obesidade/excesso de peso**

Da análise ao PNS 2004-2000 feita no decorrer deste trabalho, concluímos que, para monitorizar e avaliar a evolução do excesso de peso e da obesidade, foram estabelecidos indicadores e metas prioritárias para jovens dos 18 aos 24 anos, para adultos e para idosos. Foi ainda estabelecido um indicador para avaliar actividade física e sedentarismo da população com mais de 15 anos.

Da avaliação aos três documentos acima referidos, conclui-se que os indicadores de actividade física não são reportados, não estando também disponíveis no site do Alto Comissariado à data da elaboração deste texto.

Quanto aos indicadores referentes ao excesso de peso e obesidade, verifica-se que estes são dependentes do Inquérito Nacional de Saúde, pelo que os dados disponíveis são referentes ao inquérito de 2005/2006.

Este facto é extensível a outros indicadores – auto-apreciação do estado de saúde, consumo de tabaco e consumo de álcool, e está de acordo com recomendações internacionais (WHO-Europe, 2010). No entanto, para colmatar esta lacuna de informação, o Alto Comissariado da Saúde e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, celebraram um protocolo para a realização de um estudo para estimar os valores destes indicadores em 2010.

Estas estimativas não podem, contudo, ser comparadas com os indicadores provenientes dos Inquéritos Nacionais de Saúde, pois existem diferenças de amostragem e de método de recolha de dados. No entanto, a repetição anual destes estudos pode ajudar a traçar um perfil da evolução do problema antes da realização do 5º Inquérito, previsto para 2013 (ACS, 2010f).

#### **4.2.7.4. Avaliação do Plano Nacional de Saúde pela OMS Europa**

A pedido do Ministério da Saúde, a OMS Europa levou a cabo, entre 2008 e 2009, uma avaliação externa ao Plano Nacional de Saúde, (WHO-Europe, 2010) centrando-se na sua estrutura, implementação e no seu impacto, para uma melhor compreensão das oportunidades de melhorar a performance do Sistema de Saúde e melhorar a implementação do Plano, bem como fazer recomendações para apoiar a formulação de políticas a ter em conta na elaboração do futuro documento estratégico.

A análise e reflexão sobre a avaliação da OMS Europa ao PNS 2004-2010 ajuda a compreender um conjunto de questões relacionadas com Planeamento Estratégico no sector da Saúde, nomeadamente sobre a implementação e monitorização deste Plano e o processo de construção do PNS 2011-2016. No entanto, e porque o centro da avaliação não está directamente relacionado com problemática central da investigação, optámos remeter para anexo a análise feita a este documento.

### **4.3. Plano Nacional de Saúde 2011-2016**

#### **4.3.1. Contexto Político**

No seguimento da orientação, definida no Programa do XVII Governo, de operacionalizar o Plano Nacional de Saúde para garantir a obtenção de ganhos em saúde para a população, o Ministério da Saúde, através do Alto Comissariado da Saúde, deu início, em 2009, à elaboração do PNS 2011-2016 (ACS, 2010i)

Apesar da crise económica e financeira que, desde 2007, afectava a economia mundial e Portuguesa (Amaral, 2010), este processo inicia-se num contexto de relativa estabilidade e continuidade política, sendo plenamente assumido pelo XVIII Governo Constitucional, suportado por uma maioria relativa do Partido Socialista, eleita em 27 de Setembro de 2009.

O novo Executivo mantém a Ministra titular da pasta da Saúde e reafirma, no seu Programa, o compromisso de um novo PNS, apontando a sua construção através de um processo participado por *“profissionais e pelo conjunto da sociedade, orientado no sentido de uma priorização clara das intervenções, com base na evidência acerca do que gera mais ganhos em saúde”* (Governo de Portugal, 2009).

Prevista para estar concluída em Dezembro de 2010, a elaboração do Plano a sofreu um atraso, tendo a versão preliminar final do documento sido apresentada para debate público no final do primeiro semestre de 2011 (ACS, 2011p)

Durante este período, o cenário de estabilidade e continuidade política inicialmente apontado é radicalmente alterado, verificando-se uma agudização da crise económica e financeira, levando o Governo a apresentar vários planos para redução da despesa e aumento da receita, contendo medidas com repercussões sociais directas para a população e para o funcionamento do Estado (OPSS, 2011).

É neste contexto de redução de despesa que, em Dezembro de 2010, é anunciado um conjunto de medidas a aplicar pelo Ministério da Saúde, entre as quais se inscreve a extinção do Alto Comissariado da Saúde, medida que levou à demissão da Alta Comissária da Saúde e que lançou o debate sobre a viabilidade do processo de construção do Plano (Campos, 2010). Contudo, a extinção não teve efeitos imediatos e o processo continuou.

A demissão do XVIII Governo Constitucional, em Março de 2011, e a realização de eleições legislativas, no início de Junho, operou uma nova mudança de ciclo político no país.

Conduzido por uma maioria de centro direita, o novo ciclo será profundamente marcado quer pelo programa liberal dos partidos que formaram o XIX Governo Constitucional, quer pelas escolhas políticas feitas ao abrigo do acordo de resgate financeiro estabelecido entre o Estado Português e o Banco Central Europeu, Fundo Monetário Internacional e Comissão Europeia, também conhecido por ‘Memorando da Troika’.

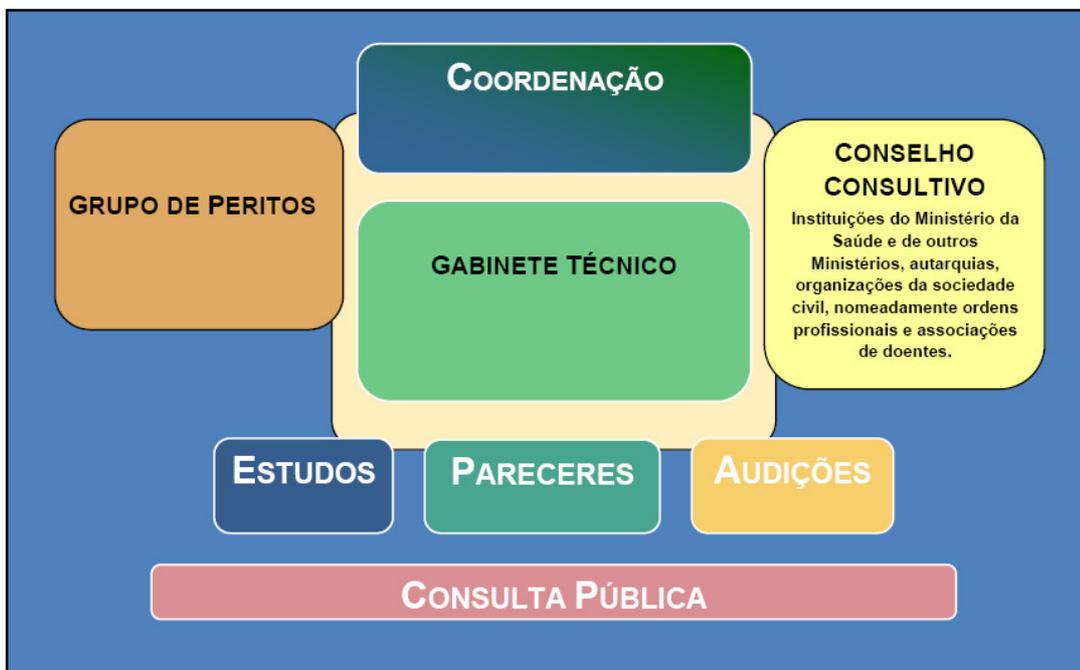
No entanto, este novo ciclo já está fora do horizonte temporal desta análise. Por questões metodológicas, iremos abordar o processo de elaboração do PNS 2011-2016 até à versão preliminar final, dando particular atenção à questão da pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens.

#### **4.3.2. O Processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016**

##### **O Caderno de Encargos**

A recolha de opiniões levada a cabo no II Fórum Nacional de Saúde é apontada como o momento de início do novo ciclo de planeamento (ACS, 2010i). O processo é formalizado, em Agosto 2009, com apresentação do *Caderno de Encargos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016* (ACS, 2009a), onde se definem os princípios, objectivos, estrutura, funções, processos, resultados esperados, recursos necessários, o cronograma da construção do novo Plano e as quatro metas (M1, M2, M3, M4) a alcançar ao longo deste percurso.

A primeira Meta (M1) cumpre-se em Setembro, quando a Ministra da Saúde aprovou o *Grupo de Projecto* do Plano (Figura 6), estrutura enquadrada pelo Alto Comissariado da Saúde, que lhe garante os recursos necessários para o seu funcionamento. O *Grupo de Projecto* é constituído por uma equipa de *Coordenação*, um *Grupo de Peritos*, composto por personalidades de reconhecido valor na área do planeamento em saúde, um *Conselho Consultivo*, com representantes de várias áreas do Estado, profissionais de saúde e sociedade civil, e um *Gabinete Técnico* permanente (ACS, 2010i).



**Figura 6: Organograma do Grupo de Projecto do PNS 2011-2016**

Fonte: ACS, 2009a

Começa então a ter lugar um conjunto processos para elaboração do novo Plano, nomeadamente a **pesquisa** e recolha de planos e documentos estratégicos nacionais e internacionais, planos sectoriais, documentação sobre estudos, estudos de caso, recomendações e boas práticas nacionais e internacionais, entre outros; a **análise** desta documentação e daquela que, estando relacionada com o PNS 2004-2010, com o planeamento em Saúde e com Sistemas de Saúde, possa contribuir para este processo; O **envolvimento** de departamentos do Ministério da saúde e de outros sectores, *stakeholders* e da sociedade civil; a **criação de instrumentos estratégicos** e momentos de **consulta pública** ao longo das diversas fases (ACS, 2009a).

### **O Documento Estratégico**

A primeira etapa da elaboração do Plano coincide com a segunda meta prevista (M2), a apresentação do Documento Estratégico do *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*, intitulado *Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração* (ACS, 2010a).

Datado de Março de 2010, o *Documento Estratégico* reafirma e aprofunda os pressupostos inscritos do *Caderno de Encargos* e descreve o seu **Modelo Conceptual**, o **Processo de Envolvimento** de especialistas, profissionais, da sociedade civil e cidadãos, traçando um roteiro pormenorizado da estratégia e recursos necessários para a sua elaboração, assente nos processos acima descritos, bem como uma antevisão dos produtos finais a alcançar e um projecto de índice detalhado do documento final (*Ibid.*)

Como pontos de partida do novo Plano, são apontadas a reflexão em torno da experiência do PNS 2004-2010 e da avaliação que dele é feita pela OMS Europa (WHO-Europe, 2010), o Modelo Conceptual e uma abordagem temática a fazer através de *Análises Especializadas* (*Ibid.*).

O processo de construção alinha estratégias, instrumentos e iniciativas para o ciclo de planeamento. Entre as iniciativas desenvolvidas, destacam-se as reuniões internas da *Equipa de Projecto*; a apresentação e debate do Modelo Conceptual à Comissão de Acompanhamento do PNS 2004-2010; as reuniões com a Direcção-Geral de Saúde e Administrações Regionais de Saúde, para definir aspectos relacionados com planificação vertical e regional; os encontros com outros organismos do Ministério da Saúde e de outros sectores da governação; a audição de individualidades com reconhecido mérito na área; a recolha de contributos especializados, de entidades e de cidadãos; o contacto com entidades nacionais e internacionais, entre as quais a OMS Europa; a participação em várias iniciativas públicas para divulgação do Plano e debate com a *stakeholders* e sociedade civil; o desenvolvimento do Plano de Comunicação do Plano, que incluiu edição de um boletim em papel, *Pensar Saúde*, e uma forte aposta na produção de conteúdos para Web 2.0 – criação de *newsletter* e de um *microsite* com funções de informação e repositório da documentação produzida, aberto à inserção de comentários; a realização do 3º Fórum Nacional de Saúde e de cinco Fóruns Regionais de Saúde; a redacção do Plano e a sua disponibilização para contributos (ACS, 2010g; ACS 2010h).

### **A versão final preliminar do Plano**

A terceira meta inscrita no *Caderno de Encargos* (M3) é a apresentação da versão final preliminar do PNS 2011-2016, para discussão pública. Prevista para Junho

de 2010, a disponibilização, no *microsite*, dos primeiros capítulos do documento inicia-se em Março de 2011 e a discussão pública é anunciada em Junho (ACS, 2011p).

### **A versão final do Plano**

A apresentação da versão final do Plano para aprovação, M4, prevista para final de Outubro de 2010, projecta-se numa data posterior ao horizonte temporal deste trabalho.

### **4.3.3. Abordagem à problemática da obesidade durante a elaboração do PNS 2011-2016**

Quando o PNS 2011-2016 começou a ser elaborado, a obesidade e, em particular, a obesidade infantil, continuava a ser tema central nas preocupações não só de especialistas como de responsáveis políticos. O aparecimento da *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade* (WHO-Europe, 2006) ou do *Livro Branco* (CEE, 2007) que a Comissão Europeia dedicou ao tema ilustra a valorização crescente do problema. Partindo da constatação do aumento de incidência e prevalência na Europa, estes documentos propõem linhas de acção que estiveram na origem de intervenções concretas em diferentes países, em grande parte lideradas pelo sector da saúde mas de carácter intersectorial (DGHC/CE, 2010).

Em Portugal, o segundo estudo de âmbito nacional à prevalência da pré-obesidade e obesidade promovido pela SPEO (Carmo *et al.*, 2008) e os resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde (INE/INSA, 2007) permitiam constatar evolução negativa do problema entre os adultos, enquanto que os resultados dos primeiros estudos de âmbito Nacional dirigidos a crianças e jovens confirmam uma alta prevalência de pré-obesidade e obesidade nestas faixas etárias (Rito *et al.*, 2011).

Não sendo objectivo deste trabalho reconstituir pormenorizadamente a construção do PNS 2011-2016, optámos por uma breve análise aos resultados de algumas das iniciativas levadas a cabo durante sua elaboração - Fóruns Regionais de Saúde, as *Análises Especializadas* produzidas e alguns dos *Contributos* enviados por especialistas, entidades e cidadãos -, de modo a compreender em que medida a problemática da pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens esteve presente ao longo deste percurso.

#### **4.3.3.1. Fóruns Regionais de Saúde**

Dando corpo à recomendação da OMS Europa para uma maior responsabilização das entidades regionais na operacionalização e implementação das estratégias de saúde, as parcerias estratégicas com as ARS são valorizadas na construção do PNS, reforçando o papel destas estruturas no planeamento, envolvimento e operacionalização regional do Plano (ACS, 2007a).

Nesse sentido, em Junho e Julho de 2010 realizaram-se cinco Fóruns Regionais de Saúde, momentos de debate entre a *Equipa de Projecto* e responsáveis regionais e locais, profissionais de saúde e cidadãos, com lugar para uma reflexão em torno do Modelo Conceptual ou dos Eixos Estratégicos, bem como sobre as prioridades de saúde de cada Região e sobre a intervenção planeada e protagonizada localmente (ACS, 2010g).

Da análise aos programas dos Fóruns, constata-se que apenas o do Algarve contemplou um debate sobre a temática da obesidade, tendo a prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens sido uma prioridade de intervenção na região nos últimos anos (*Ibid.*).

#### **4.3.3.2. Análises Especializadas**

Apontadas como uma das âncoras do Plano, as *Análises Especializadas* são estudos sectoriais ou transversais, realizados com objectivo de aumentar a base de conhecimento e evidência para a sua construção. Foram alvo de discussão em sede especializada e/ou pública, constituindo a base dos pareceres e estratégias posteriormente solicitadas às instituições envolvidas no processo de elaboração (ACS, 2010a).

Inicialmente, foram elaboradas 20 *Análises*, cinco delas pelo Gabinete Técnico do Plano e 15 solicitadas a consultores externos, focando múltiplas áreas relacionadas com o Sistema de Saúde e o Planeamento Estratégico (ACS, 2010h). A nossa análise centrou-se em 13 delas, podendo as grelhas ser consultadas em anexo.

#### **Cidadania e Saúde: um caminho a percorrer**

Esta *Análise* debruça-se sobre a “*cidadania em saúde*’ como meio para atingir *objectivos comuns de saúde e de bem-estar*”, abordando-a como “*um instrumento que*

*pode contribuir para atenuar ou resolver alguns dos principais problemas do sistema de saúde e da sociedade portuguesa” (Gonçalves & Ramos, 2010, p.3).*

No que respeita à pré-obesidade e obesidade, o aumento de prevalência, em particular entre crianças e jovens é apontado como exemplo de um dos graves problemas de saúde relacionados com os ambientes sócio-cultural e sócio-ocupacional, estilos de vida, comportamentos individuais e colectivos, aos quais uma intervenção orientada no campo da *cidadania e saúde* pode trazer benefícios (*Ibid.*, pp. 4-5).

São feitas propostas de intervenção, como a disponibilização no Portal da Saúde de ferramentas informáticas que permitam melhorar acesso à informação e empoderamento dos cidadãos e cidadãs, pelo acesso a “*check-up on-line, planos de actividade física e de dieta, calculadoras de saúde (IMC, calendário de gravidez), comunidades, fóruns, blogs ou redes virtuais*” (*Ibid.*, p.64). Relacionado com as questões da nutrição e da actividade física, o programa *Quebec en Forme* é apontado como um exemplo de iniciativa de promoção de estilos de vida saudáveis a ter em atenção (*Ibid.*, p.53).

### **Equidade e acesso aos serviços de saúde**

Esta *Análise* é feita numa perspectiva de melhoria da equidade em saúde, pela redução das desigualdades no acesso aos cuidados (Furtado & Pereira, 2010)

A obesidade, as doenças cardiovasculares e a diabetes tipo 2 são usadas para ilustrar as desigualdades existentes, verificando-se prevalências “*significativas entre as pessoas com o maior e menor nível de educação*” (*Ibid.*, p.14), justificando-se uma intervenção que tenha por objectivos estratégicos

“ -*Reduzir as desigualdades socioeconómicas na morbilidade e mortalidade;*

- *Reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde;*

- *Melhorar a informação e conhecimento*” (*Ibid.*, p.38).

### **Políticas Públicas Saudáveis**

Este *Análise* aborda o conceito de políticas públicas saudáveis enquanto intervenções que fora do sector da saúde que têm uma acção positiva sobre os determinantes da saúde, fazendo nove recomendações para reforçar a implementação de políticas públicas saudáveis através do PNS (Ferrinho & Rego, 2011)

Não há, ao longo do documento, nenhuma abordagem particular ao excesso de peso e obesidade, mas o reforço nesta área poderá contribuir para uma prevenção e combate mais efectivo ao problema, uma vez que interage com todo um conjunto de factores que nele têm influência.

### **Ordenamento do Território**

Ao longo deste documento é defendida a perspectiva que o ordenamento do território, a forma como as cidades e os espaços são pensados, tem um impacto grande na saúde individual e das comunidades que os habitam. No particular da obesidade e do excesso de peso, são apontados como uma consequência de cidades promotoras de vida inactiva.

Para inverter esta situação, sublinha-se a necessidade de readaptar os instrumentos de ordenamento existentes, na perspectiva de que as “*questões da saúde são fundamentais para assegurar um desenvolvimento sustentável devendo integrar de forma relevante os planos territoriais, em especial os de nível local*” (Gonçalves & Miranda, 2010, p. 35).

Definem-se três recomendações, acompanhadas de objectivos, linhas de acção e indicadores, para intervir nesta relação bidireccional e dinâmica entre políticas de ordenamento e políticas de saúde:

R1 - Garantir que as políticas de saúde contribuem positivamente para a consolidação de modelos mais equilibrados de organização do território:

R2 Promover a integração da perspectiva da saúde nos processos de planeamento e de intervenção territoriais;

R3 - Incentivar e promover acções conducentes à constituição de territórios e cidades saudáveis (*Ibid.*, pp. 35-44).

### **Integração e Continuidade de Cuidados**

As questões da obesidade, alimentação e de actividade física não são directamente focadas nesta *Análise*, mas a temática que aborda pode contribuir para o planeamento e implementação de políticas de prevenção e combate à obesidade, uma vez que a integração de cuidados “*significa disponibilizar o tipo e volume adequado de*

*recursos às necessidades específicas dos utentes, no local certo e em tempo útil”* (Dias & Queirós, 2010, p.3).

### **Cuidados de Saúde Primários**

Esta *Análise* aborda a evolução dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal e o seu contributo na melhoria da qualidade de vida da população e na estruturação e desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde. Reconhecem-se “*lacunas na provisão de cuidados em algumas áreas específicas*” (Miguel & Brito de Sá, 2010, p. 5), sendo proposto o reforço geral dos CSP e dada especial atenção a cinco áreas que, na opinião dos autores, não têm tido respostas de acordo com as necessidades: cessação tabágica, comportamentos alimentares, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva e saúde oral.

A escolha de cada uma destas áreas é justificada de forma pormenorizada, com recurso a indicadores de prevalência, de mortalidade e morbilidade, co-morbildidade ou impactos económicos sobre o sistema de saúde.

No particular da pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens, considera-se importante que os CSP tenham uma intervenção orientada para a prevenção, no sentido de “*educar as famílias sobre hábitos alimentares saudáveis e aproveitar todos os contactos com as equipas de cuidados de saúde primários para abordagem oportunistica dos comportamentos alimentares*” (*Ibid.*, p.22).

### **Estratégias Locais de Saúde**

Esta *Análise* aborda a experiência de criação de cinco Estratégias Locais de Saúde em Portugal para perspectivar esta prática como uma forma de organização para a acção local.

As Estratégias Locais de Saúde “*pretendem levar a mudança e a inovação junto dos cidadãos e profissionais*” (Santos *et al.*, 2010, p.35) e têm o Plano e os programas de saúde como um estímulo, uma referência para a acção. Constituem por isso uma oportunidade para alterar a relação entre os intervenientes de uma determinada comunidade e fortalecer a “*promoção da cidadania, das políticas públicas saudáveis, da equidade e do acesso adequado aos cuidados de saúde*” (*Ibid.*, p.35).

A escolha de prioridades ao nível local, feita com critério e método, tem um papel central nesta proposta, pois promove vinculação e compromisso com a implementação das estratégias. Os exemplos apontados no documento evidenciam este ganho, mostrando que pode por isso constituir uma mais valia na prevenção e combate à obesidade.

### **Painel de Informação para o Planeamento em Saúde**

Esta *Análise* pretendeu listar indicadores e realizar a caracterização básica da informação monitorizável e útil para o planeamento em saúde do ponto de vista da saúde pública, políticas de saúde, serviços de saúde e outros sectores fora da saúde (ACS, 2011).

O quadro proposto agrega informação utilizada em documentos estratégicos da área da saúde, de âmbito institucional, regional, nacional ou internacional. Contempla cinco entradas relacionadas com a temática em análise:

- “ - *Distribuição da população segundo o Índice de Massa Corporal;*
- *Distribuição da população por tipo de alimentos consumidos na(s) refeições principais;*
- *Consumo diário de grupos de alimentação em gramas por indivíduos entre 18-79 anos de idade;*
- *Distribuição da população segundo os níveis semanais de (in) Actividade física;*
- *Proporção da população que atinge os níveis recomendados de Actividade física.” (Ibid., pp.17-18).*

### **Análise de Planos Nacionais de Saúde de outros países**

É estabelecida uma comparação de 12 documentos estratégicos de oito países e uma região, de modo a contextualizar os objectivos, estratégias, instrumentos e mecanismos do PNS português no âmbito das práticas e estratégias internacionais (Machaqueiro, Cortes & Nicola, 2010)

Com base num conjunto de critérios, foram seleccionados dois programas de Saúde Pública – Finlândia 2001 e Quebec (2003-2012), dois relatórios anuais de saúde – França (2002) e Alemanha (2008), e oito Planos Nacionais: Escócia (2007-2017),

Reino Unido (2000-2004, 2004-2008 e 2010-2015), Estónia (2009-2020), Nova Zelândia (2000), Noruega (2007-2010), Brasil (2004-2007).

As principais conclusões apontam para o enquadramento do PNS no contexto de diferentes planos nacionais, sendo recomendada a implementação de boas práticas aplicadas noutros países. No campo das políticas públicas saudáveis, recomenda-se

- Desenvolver novas formas de transporte e locais propícios à actividade física, contribuindo para que os indivíduos se tornem fisicamente mais activos (e.g. Projecto de Cidades, Comunidades e Ambientes Protectores da Vida, do Ministério do Meio Ambiente do Brasil).

- Desenvolver intervenções nas escolas e outros locais de influência de crianças e jovens, de modo a incentivar a adopção de hábitos e comportamentos saudáveis (e.g. tabagismo; álcool; alimentação (*Ibid.*)).

No que respeita à obesidade, os dados disponíveis permitem concluir que as questões relacionadas com a temática estão presentes em sete dos oito documentos em causa (só o da Finlândia é omissa) sendo abordadas de perspectivas diversas. O Quadro 14 sintetiza a abordagem nos diversos Planos.

<b>Plano</b>	<b>Abordagem à obesidade/excesso de Peso/actividade física</b>
<b>Escócia</b>	<p><b>Prioridade:</b> Promoção da actividade física e combate à obesidade.</p> <p><b>Estratégias e acções:</b> “<i>Plano de Acção sobre Alimentação para impulsionar uma dieta mais saudável a nível nacional</i>”; “<i>completar o programa de intervenção no peso infantil até 2010/2011</i>”.</p> <p><b>Meta:</b> “<i>50% dos adultos e 80% das crianças atinjam os níveis recomendados de actividade física até 2022</i>” (p.32).</p>
<b>Estónia</b>	<p><b>Prioridade:</b> Promoção da actividade física e combate à obesidade.</p> <p><b>Metas:</b> “<i>Redução da percentagem de indivíduos com excesso de peso no grupo dos 16 aos 64 anos de idade de 31% (2006) para 25% em 2020, bem como a redução da percentagem de indivíduos obesos no mesmo grupo etário, dos 15% (2006) para os 12% em 2020</i>” (p. 53).</p> <p><b>Políticas saudáveis:</b> “<i>O Ministério da Cultura desenvolveu o Programa de Desenvolvimento Estratégico do Desporto para Todos (2006-2010)</i>” (p. 53)</p>
<b>Nova Zelândia</b>	<p><b>Prioridades:</b> Promoção da actividade física e combate à obesidade.</p>

<b>Plano</b>	<b>Abordagem à obesidade/excesso de Peso/atividade física</b>
<b>Quebec</b>	Promoção da actividade física, combate à obesidade e hábitos alimentares são abordados enquanto determinantes da saúde. <b>Prioridades:</b> Promoção da actividade física, combate à obesidade e alimentação saudável.
<b>Brasil</b>	Promoção da alimentação saudável considerada prioridade. <b>Estratégia:</b> Rotulagem nutricional dos alimentos, a desenvolver em conjunto com associações de defesa do consumidor, de profissionais e indústria.
<b>Finlândia</b>	Promoção da actividade física e combate à obesidade são abordados enquanto determinantes da saúde.
<b>Alemanha</b>	Promoção da actividade física, combate à obesidade e hábitos alimentares são abordados enquanto determinantes da saúde.
<b>Noruega</b>	Promoção da actividade física, combate à obesidade e hábitos alimentares são abordados enquanto determinantes da saúde.
<b>R. Unido 2000</b>	Hábitos alimentares são abordados enquanto determinantes da saúde.
<b>R. Unido 2004</b>	Hábitos alimentares são abordados enquanto determinantes da saúde. <b>Estratégias:</b> “trabalho conjunto entre o Departamento de Saúde e o Departamento de Transportes, destinado a encorajar esquemas de transporte locais e a promover a deslocação a pé e de bicicleta; a promoção de hábitos mais saudáveis em crianças e jovens, através de programas como a Estratégia Nacional para a Educação Física e Desporto Escolar, o Programa Nacional Escolas Saudáveis, o Programa Comida nas Escolas” (p.50).
<b>R. Unido 2010</b>	Hábitos alimentares são abordados enquanto determinantes da saúde. <b>Metas:</b> “necessidade de os indivíduos assumirem cada vez mais responsabilidade pela melhoria da sua própria saúde, através da adopção de estilos de vida mais saudáveis (maior actividade física, alimentação saudável (...))” (p. 50).

**Quadro 14: Estratégias para responder à Obesidade nos documentos Estratégicos de sete Países.**

**Fonte: Machaqueiro, Cortes & Nicola, 2010, pp. 30-55**

### **Levantamento de Recomendações de Organizações Internacionais da Saúde**

Com o intuito de reforçar o carácter estratégico do PNS e garantir uma linha de continuidade com evidência e recomendações nacionais e internacionais, e o planeamento estratégico institucional, foi levado a cabo um levantamento das orientações de Autoridades/Entidades Europeias e Mundiais e dos compromissos assumidos por Portugal Internacionalmente.

Este levantamento engloba documentação produzida, entre 2007 e o fim do primeiro semestre de 2010, ao nível da União Europeia, do Conselho da Europa, da cooperação para o desenvolvimento e da Organização Mundial da Saúde. Após a primeira selecção dos documentos e compromissos relevantes, previa-se a sua análise para identificar metas, recomendações e iniciativas propostas em cada um deles, não estando esta informação disponível para consulta.

Entre os documentos e compromissos seleccionados, podem encontrar-se alguns que estão relacionados com a temática da obesidade infantil e dos jovens (Quadros 15 e 16).

<b>União Europeia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclusões do Conselho sobre uma Estratégia europeia para os <b>problemas de saúde ligados à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade</b>, aprovadas na sessão do Conselho EPSCO de 5 e 6 de Dezembro de 2007</li> <li>- Livro Branco sobre uma <b>estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligados à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade</b>, aprovado pela Comissão Europeia em 30.05.2007</li> <li>- Conclusões em matéria de <b>promoção da saúde – alimentação e actividade física</b>, aprovadas na sessão do Conselho EPSCO de 30 e 31 de Maio de 2010.</li> </ul>

**Quadro 15: Determinações e recomendações em Saúde na União Europeia relacionadas com a obesidade**

Fonte: ACS, 2010b, p. 5 e 6

<b>Organização Mundial de Saúde</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Health promotion in a globalized world</i></li> <li>- <i>Reducing health inequities through action on the social determinants of health</i></li> <li>- <i>Infant and young child nutrition</i></li> <li>- <i>Advancing food safety initiatives</i></li> <li>- <i>Marketing of food and non-alcoholic beverages to children</i></li> <li>- <i>Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy</i></li> <li>- <i>Follow-up to the WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity and Second European Action Plan for Food and Nutrition Policy</i></li> </ul>

**Quadro 16: Determinações e recomendações em Saúde na Organização Mundial de Saúde relacionadas com a obesidade**

Fonte: ACS, 2010d, p. 6

#### 4.3.3.3. Recolha de Contributos

A recolha de contributos acompanhou a elaboração do PNS, promovendo a discussão e reflexão com profissionais de saúde, especialistas, cidadãos e organizações da sociedade civil, bem como de todas as instituições de Ministério da Saúde e de outras áreas da governação a nível nacional, local e regional. Teve como plataforma o *microsite* do PNS e organizou-se em três fases:

- Consulta das expectativas a diferentes entidades e cidadãos;
- Discussão pública das análises especializadas, por sugestão dos próprios autores, como forma de enriquecer o seu conteúdo.
- Discussão pública da proposta de PNS 2011-2016 (em curso)

Em Outubro de 2010, o *Gabinete Técnico* elaborou um relatório síntese dos Contributos recebidos, contabilizando, além de 258 comentários, 113 contributos às Análises Especializadas e 195 contributos gerais, correspondentes à primeira fase (ACS, 2010k).

A análise pormenorizada de cada contributo seria uma tarefa que, pela extensão e complexidade que permite adivinhar, justificaria um trabalho de investigação exclusivo. Tendo em conta os objectivos deste trabalho, optámos por fazer uma análise genérica aos contributos gerais identificados no relatório supramencionado, de modo a compreender se a obesidade esteve no centro das preocupações destes participantes na construção do Plano.

Para tal, aplicámos uma grelha de análise semântica às sínteses dos contributos gerais apresentada no relatório, concluindo que a obesidade/ excesso de peso, actividade física e alimentação saudável foi o centro de seis reflexões, a que se juntam mais cinco dedicados ao tema da promoção de estilos de vida/comportamentos saudáveis – Quadro 17.

<b>Temática</b>	<b>Contributos: Autor/título/resumo</b>
<b>Obesidade/ Excesso de Peso</b>	<b>ADEXO - Associação de Doentes Obesos e ex-Obesos de Portugal: Programa Nacional de Combate à Obesidade</b> - Diz que é necessário que exista a coragem e determinação superior para acabar e colocar em funcionamento o Programa Nacional de Combate à Obesidade.
<b>Alimentação Saudável</b>	<b>Associação Portuguesa de Nutricionistas: Nutrição no próximo PNS</b> entende que no próximo PNS dever-se-ia dar maior enfoque à nutrição, visto ser uma área determinante para a promoção da saúde e para o tratamento de diversas doenças. <b>Associação Portuguesa de Dietistas: Saúde Nutricional dos Portugueses</b> - Para se ir ao encontro das metas e ganhos em saúde deve existir uma estratégia integrada e intersectorial na saúde nutricional dos cidadãos.
<b>Actividade física</b>	<b>Escola Superior de Desporto de Rio Maior do Instituto Politécnico de Santarém: Actividade Física e Saúde</b> - Refere o facto da actividade física ser promotora de saúde, evidência esta comprovada cientificamente. <b>Câmara Municipal de Silves: Interacção do Poder Local na Obtenção de Ganhos em Saúde</b> - Caracteriza as possíveis articulações entre o poder local e ganhos em saúde, como seja a promoção de estilos de vida e alimentação saudáveis, bem como actividade física e reabilitação, entre outras. <b>Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve: Exercício Físico na Promoção da Saúde</b> - A em que propõe a criação de um novo programa nacional da área do exercício físico na promoção da saúde.
<b>Estilos de vida /comportame ntos saudáveis</b>	<b>Câmara Municipal de Silves: Interacção do Poder Local na Obtenção de Ganhos em Saúde</b> - Caracteriza as possíveis articulações entre o poder local e ganhos em saúde, como seja a promoção de estilos de vida e alimentação saudáveis, bem como actividade física e reabilitação, entre outras. <b>Ordem dos Enfermeiros: Comentário Global às Análises Especializadas</b> - Diz que “o desempenho no futuro pode estar comprometido por estilos de vida pouco saudáveis”, como mencionado pela Organização Mundial da Saúde. <b>Câmara Municipal de Évora: Aposta nas Parcerias Locais</b> - Reforça a necessidade de ser reconhecido o papel fulcral das autarquias na promoção de estilos de vida saudáveis. <b>Universidade do Minho: Saúde Escolar</b> - Os resultados da investigação sobre a saúde das crianças e dos adolescentes, realizados nos últimos anos, permitem concluir que as ameaças à sua saúde advêm sobretudo da sua conduta. A escola é um dos locais e a Educação para a Saúde o meio que muito pode contribuir para a promoção de comportamentos saudáveis nos futuros cidadãos. <b>Opinião: Capacitação e responsabilização – “a saúde depende de si”</b> - Torcato Santos sugere como estratégia de planeamento para o PNS a obtenção de ganhos em saúde através da capacitação de largas camadas da população nas atitudes e comportamentos saudáveis.

**Quadro 17: Elaboração do PNS 2011-2016 - Contributos relacionados com a problemática**

**Fonte: ACS, 2010k, pp. 17-40**

#### **4.3.4. O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (versão para discussão pública)**

A proposta de índice<sup>10</sup> do Plano apresenta uma estrutura de conteúdos dividida em duas partes, que se presume venham a corresponder a dois volumes distintos. A primeira é dedicada às *Estratégias para a Saúde*<sup>11</sup> e será abordada nas próximas páginas. A segunda parte, orientada para a *Operacionalização do Plano Nacional de Saúde*, não foi publicamente disponibilizada.

##### **4.3.4.1. Objectivos, estrutura e organização**

A primeira parte inicia-se com um *Enquadramento* do Plano, com especificação da sua Missão, Visão, Processo de Construção, Pressupostos (valores e princípios), Modelo Conceptual e Estrutura, seguindo-se um *Perfil da Saúde em Portugal*, onde é caracterizado o estado de saúde da população, bem como de recursos, prestação de cuidados e financiamento do sistema de saúde e uma análise comparativa com outros países da Europa no que respeita à evolução de um conjunto de indicadores de saúde.

Segue-se uma abordagem detalhada a cada um dos *Eixos Estratégicos* e *Objectivos para o Sistema de Saúde* (OSS) propostos para o ciclo de planeamento. As *Estratégias para a Saúde* culminam com um capítulo denominado *Os Cadernos do Plano Nacional de Saúde*, contendo a compilação das *Acções e Recomendações* para operacionalização dos *Eixos* e *Objectivos*, os *Indicadores e Metas* para a sua monitorização e avaliação, e a *Bibliografia* do documento.

O PNS é apresentado como a estratégia central para a área da saúde em Portugal no período 2011-2016, dando continuidade aos anteriores documentos estratégicos elaborados e implantados a nível Nacional e Regional, aprofundando a sua proposta com base em conhecimento, evidência e boas práticas. Tem por **Missão**:

*“Afirmar os valores e os princípios que suportam a identidade do Sistema de Saúde e reforçar a coerência do sistema em torno destes;*

*Enquadrar e contextualizar os vários níveis de decisão estratégica e operacional;*

---

<sup>10</sup> Índice em Anexo.

<sup>11</sup> Em anexo, encontram-se as grelhas de análise.

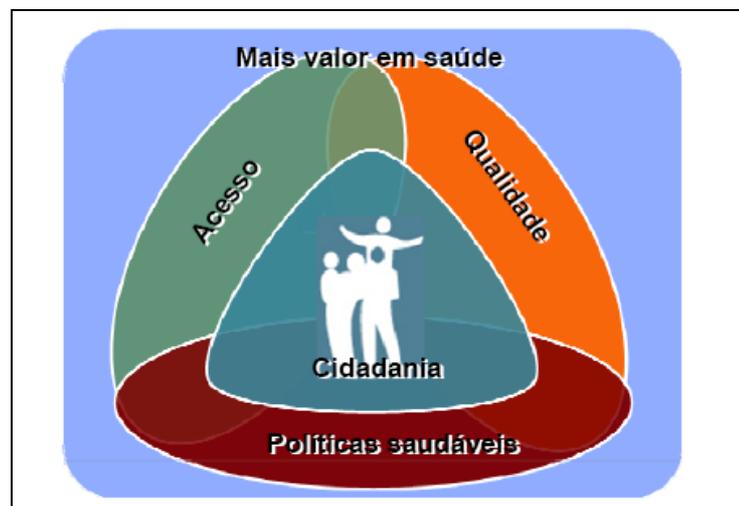
*Criar e sustentar uma expectativa de desenvolvimento do Sistema de Saúde, através de orientações e propostas de acção;*

*Ser referência e permitir a monitorização e avaliação da adequação, desempenho e desenvolvimento dos serviços.” (ACS, 2011a, p.2)*

Como **Visão**, pretende-se “*maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores, com foco na cidadania, equidade e acesso, políticas saudáveis e qualidade*” (Ibid.).

Os **Valores** do Plano são, tal como no anterior, a universalidade; o acesso a cuidados de qualidade, a equidade, a solidariedade, a justiça social, a capacitação do cidadão, a prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa, o respeito, a solicitude e a decisão apoiada na evidência científica.

O **Modelo Conceptual** explicita opções de estrutura e temáticas do Plano, resumindo a proposta cumprir os seus objectivos e reforçar o sistema de saúde. Esta síntese é ilustrada pela Figura 7.



**Figura 7: Modelo Conceptual do PNS 2011-2016**

**Fonte: ACS, 2010a, p. 7**

Para cumprir a sua Visão e Missão, o PNS assume duas dimensões distintas, as *Extrínsecas* e *Intrínsecas*. De forma abreviada, pode dizer-se que o documento se estrutura em termos temáticos em torno as *Dimensões Extrínsecas*, servindo as

*Intrínsecas* para construir e consolidar cada uma das abordagens apresentadas, garantindo-lhe unidade e coerência.

As *Dimensões Extrínsecas* são apresentadas como “*perspectivas estratégicas complementares que asseguram a coerência do Sistema de Saúde*” (Ibid., p.8). As suas componentes encontram-se especificadas no quadro 18.

**Dimensões Extrínsecas**

- Eixos estratégicos;
- Objectivos do Sistema de Saúde;
- Políticas transversais:
  - Cuidados de saúde: Comunitários/primários, Hospitalares, Continuados/integrados, Integração e continuidade de cuidados;
  - Ordenamento do Território;
  - Recursos Humanos;
  - Tecnologias de informação e comunicação;
  - Medicamentos, dispositivos médicos e avaliação das tecnologias;
  - Investigação;
  - Sustentabilidade;
- Processos e instrumentos de operacionalização:
  - Governação;
  - Influência;
  - Mobilização e participação;
  - Avaliação.

**Quadro 18: Dimensões Extrínsecas do PNS 2011-2016**

**Fonte: ACS, 2011a, p. 8**

As *Dimensões Intrínsecas* são definidas como a “*linguagem e processos de apoio às orientações estratégicas, acções e recomendações*” (Ibid.), e as suas componentes encontram-se resumidas no Quadro 19.

### **Dimensões Intrínsecas**

- Reforço estratégico do Sistema de Saúde;
- Alinhamento estratégico;
- Integração estratégica;
- Sustentabilidade;
- Definição, evidência e concretização das orientações estratégicas;
- Explicitação de conceitos e princípios;
- Situação actual;
- Orientações e evidencia para a acção;
- Visão para 2016;
- Acções e recomendações.

**Quadro 19: Dimensões Intrínsecas do PNS 2011-2016**

**Fonte: ACS, 2011a, p. 8**

### **Os Eixos Estratégicos**

Transversais a todo o Plano, os **Eixos Estratégicos** são “*domínios do âmbito, responsabilidade e competência de cada stakeholder (...), cuja melhoria exige reconhecer a sua interdependência, reforçando a perspectiva de sistema de saúde*” (*Ibid.*, p10), garantindo-lhe alinhamento, integração, sustentabilidade e a capacidade de se desenvolver como um todo. São propostos quatro Eixos - *Cidadania em Saúde, Equidade no Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis*, apresentados segundo um modelo que contempla (*Ibid.*):

- **Explicitação de conceitos e princípios**, de modo a garantir uma homogeneidade de linguagem, um entendimento comum, fazendo ainda referência a ganhos em saúde, determinantes, instrumentos e mecanismos, pondo em destaque oportunidade e ameaças relacionadas com cada área.

- **Situação actual**, com referência ao enquadramento dos recursos legais e normativos existentes, bem como documentos estratégicos, estudos e análises da situação, instrumentos e mecanismos relevantes, boas práticas e projectos-piloto e perspectivas futuras e de inovação.

- **Orientações e evidência**, contendo propostas suportadas por modelos, estudos e recomendações.

- **Visão para 2016**, propondo um horizonte a alcançar

- **Quadro sinóptico de acções e recomendações**, estabelecendo concretização das orientações em acções (compromissos do Sistema Saúde) e recomendações (para o cidadão e os restantes sectores do Sistema de Saúde).

- **Acções e recomendações** para a sua operacionalização, contendo referência a objectivos, descrição, especificação de produtos, metas para a concretização e identificada a instituição líder, outras a envolver e a responsável pela avaliação - não foram publicamente disponibilizadas.

A **Cidadania em Saúde** é definida como “*o direito e dever das populações em participar individual e colectivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde (Alma-Ata, 1978)*” (ACS, 2011c, p.3), reconhecendo-se que uma melhoria da saúde individual e colectiva pode ser alcançada pelo reforço do poder e responsabilidade do cidadão, conseguidos através de uma aposta na literacia em saúde, numa cultura de pro-actividade, compromisso e auto controlo dos indivíduo.

A **Equidade no Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde** pode ser definida como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde, garantida pela oferta de serviços de Saúde que providenciem os cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado. É reconhecida como fomentador de ganhos em saúde, garante de coesão e justiça social e, por isso, promotor do desenvolvimento do país (ACS, 2011d).

A **Qualidade em Saúde** é definida como “*prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão*” (Saturno et al., 1990 citados em ACS, 2011e, p.2). Condicionada por múltiplos factores, a Qualidade em

Saúde implica adequação dos cuidados, às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível (ACS, 2011e).

**Políticas Saudáveis** são aquelas que, implementadas a nível central, regional e local e da responsabilidade do sector da saúde, de todas as outras área de governação, do sector privado e social, visam criar ambientes físicos e sociais promotores do “*bem-estar e a saúde das populações, garantindo que cada cidadão tenha igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis (WHO Report, 2010) e de cumprir o seu potencial de saúde*” (ACS, 2011f, p.2).

Partindo da perspectiva de que a saúde é resultado da interacção de determinantes, influenciáveis por diferentes níveis e que todas as políticas têm um potencial de impacto na saúde, as políticas saudáveis são apontadas como “*definidoras da acção i) na resposta a necessidades de saúde; ii) na distribuição de recursos para a saúde; iii) na potencialização de impactos positivos para a saúde, ou mitigação de impactos negativos, da resposta a outras prioridades políticas (WHO, 1998)*” (ACS, 2011f, p.2).

### **Os Objectivos para o Sistema de Saúde**

São definidos quatro *Objectivos para o Sistema de Saúde (OSS)*: *Obter Ganhos em Saúde; Promover um Contexto Favorável à Saúde, ao Longo do Ciclo de Vida; Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença; e Reforçar a Participação de Portugal na Saúde Global.*

Estes Objectivos visam garantir a concretização dos valores e princípios do Sistema de Saúde de forma objectiva e avaliável, assegurando que este é orientado para a obtenção de resultados de forma integrada, alinhada e aberta, dispondo de instrumentos e processos adequados para esse efeito, e que promove garantias de resposta, efectividade, protecção, solidariedade e inovação (ACS, 2011a).

A abordagem a cada um destes objectivos segue um modelo similar ao utilizado para descrever os *Eixos Estratégicos*.

#### **OSS1 - Obter Ganhos em Saúde**

Os Ganhos em Saúde correspondem a uma melhoria da saúde da população, sendo medidos pela evolução positiva de indicadores de saúde. Deverão ser alcançados

pela definição de *ganhos potenciais, prioridades de intervenção e metas*, tendo em conta o custo-efectividade destas escolhas, ou seja, o impacto causado na saúde da população e os recursos disponíveis (ACS, 2011g).

Na definição deste objectivo, são considerados quatro grupos de indicadores para aferir os ganhos em saúde: *Mortalidade, Morbilidade, Incapacidade e Auto-Percepção do Estado de Saúde*. Para os três primeiros, são propostos um conjunto de prioridades, com definição de indicadores e metas, bem como uma estimativa de ganhos a obter tanto a nível Nacional como em cada uma das cinco Regiões de Saúde, com clarificação das metodologias usadas (*Ibid.*)

No que respeita à *Auto Percepção do Estado de Saúde*, não são apresentadas propostas de prioridades, indicadores, metas, ganhos estimados ou referências à metodologia a usar para a sua definição.

### **OSS2- Promover um contexto favorável à saúde ao longo do ciclo de vida**

Dando continuidade às estratégias de *Abordagem Centrada na Família e no Ciclo de Vida*, de *Gestão Integrada da Doença* e de *Abordagem Baseada em Settings* feita no PNS 2004-2010, o novo Plano assume como objectivo a criação e manutenção de um contexto favorável à saúde ao longo do ciclo de vida, que implica a promoção, protecção e manutenção da saúde (ACS, 2011h).

Para cada fase do ciclo de vida é feito um enquadramento legal, normativo e estratégico, com referência às entidades, estratégias e intervenções com mais relevo na promoção da saúde, é apresentada uma análise de situação actual de saúde, onde se destaca a evolução dos indicadores do PNS2004-2010, e são indicadas áreas onde se verifica necessidade de intervenção.

Os “contextos” são definidos como os espaços onde se desenvolvem as vivências individuais e que podem ter impacto potencial na saúde, nomeadamente “*a família, escolas, cresces, universidades, locais de trabalho, locais de desporto e recreio, locais de lazer, locais de acolhimento (lares, acolhimento de deficientes, acolhimento de crianças e mulheres em risco), prisões, comunidades*” (*Ibid.*, p.19). É feita uma pequena descrição de cada um destes contextos, com referência, não muito sistemática, a instrumentos legais, aos programas de promoção da saúde existentes, à evolução dos indicadores do PNS 2004-2010 e identificação de recursos disponíveis ou

de áreas para uma potencial intervenção. São ainda apresentadas orientações e evidências para acções e recomendações.

### **OSS3 – Reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença**

Este objectivo vai ao encontro de princípios de equidade e acesso a cuidados de qualidade, assumindo que o Sistema de Saúde deve “*ser gerador e gestor de recursos capazes de proteger o cidadão, a família e os cuidadores informais na promoção da saúde, prevenção da doença e no acesso a cuidados*” (ACS, 2011i, p. 2), guiando-se por “*critérios de custo-efectividade e sustentabilidade, de forma a obter o maior retorno em ganhos em saúde e valor económico e social com os recursos disponíveis*” (Ibid.).

A saúde é valorizada enquanto capital humano e social, cabendo ao Sistema de Saúde contribuir para evitar o peso social e económico da doença, particularmente sobre os cidadãos mais vulneráveis aos seus custos directos e indirectos, numa perspectiva de aprofundamento dos mecanismos de solidariedade e protecção da doença, determinantes para a coesão, justiça e segurança social.

### **OSS4 – Reforçar a participação de Portugal na Saúde Global**

O fenómeno da *Globalização*, enquanto liberalização de fluxos de comércio, capitais, tecnologia, informação e mão-de-obra, trouxe ao sector da saúde desafios e oportunidades, bem como vulnerabilidades, riscos e ameaças, exigindo aos sistemas de saúde que contribuam para respostas globais à escala nacional, só possíveis através de sistemas abertos, inter-dependentes, com capacidade de desenvolvimento e de resposta a novas ameaças (ACS, 2011j).

Este objectivo propõe uma participação sólida de Portugal na Saúde Global, pelo reforço da iniciativa das condições que permitam a partilha de inovação, a articulação internacional, o desenvolvimento solidário de outros sistemas e a incorporação dos avanços internacionais em vários campos (Ibid.)

#### **4.3.4.2. Abordagem à pré-obesidade e obesidade na versão preliminar do Plano**

A análise semântica aos documentos correspondentes às *Estratégias para a Saúde*, permite concluir que a temática da obesidade é abordada por diversas vezes ao longo do Plano, nomeadamente no *Perfil de Saúde em Portugal*, nos *Eixos Estratégicos*

de *Cidadania em Saúde e Políticas Saudáveis*, e nos Objectivos do Sistema de Saúde, em particular no *OSS2: Promover um contexto favorável à saúde ao longo do ciclo de vida*. A análise de conteúdos permite-nos compreender a natureza desta abordagem.

No *Perfil de Saúde* é apontado o aumento da prevalência de pré-obesidade e obesidade nos adultos entre 1996 e 2006 (2º/4º Inquérito Nacional de Saúde), com assimetrias na sua distribuição regional.

No quadro europeu, Portugal apresenta cerca de 20% a mais de população com pré-obesidade e obesidade do que o país com melhores resultados para este indicador (ACS, 2011b). Esta elevada prevalência entre adultos é apontada como “*causa de maior risco de hipertensão, hiperlipidemia e diabetes, devido à relação entre a obesidade abdominal e as síndromes metabólicas (EUGLOREH, 2007)*” (ACS, 2011h, p. 6).

O aumento da prevalência do problema entre crianças e jovens ao nível da Europa é assinalado como “*factor de risco de doença crónica associado a mortalidade prematura*” (*Ibid.*, p.5). Não são apresentados dados de prevalência em Portugal.

A obesidade é considerada risco de saúde pública, constatando-se que, paralelamente à evolução positiva da generalidade dos indicadores de Saúde Materna se regista a ocorrência de maior número de gestações de risco, mais prematuridade e mais recém-nascidos com baixo peso e atraso de crescimento intrauterino, situações podem ter influência no desenvolvimento de obesidade e de outras patologias (ACS, 2011b).

A obesidade não figura entre as áreas prioritárias de intervenção nacional ao abrigo do PNS definidas no *OSSI*. No entanto, poderá vir a ser considerada prioridade de intervenção regional, uma vez que os futuros Planos Regionais de Saúde, além de responderem às prioridades nacionais, deverão estabelecer o seu quadro de prioridades (ACS, 2011g).

No *OSS2*, o problema é valorizado nas diversas fases do Ciclo de Vida. No entanto, só para uma destas fases é que se aponta, de forma explícita, a necessidade de uma intervenção direccionada à obesidade. Nas restantes fases, são definidas áreas de intervenção que, não visando directamente o problema, interferem com as suas causas. O Quadro 20 faz a súmula das áreas de intervenção acima referidas.

<b>Fase do ciclo de vida</b>	<b>Áreas passíveis de intervenção com influência na prevalência de obesidade</b>
<b>Nascer com Saúde</b>	“- Seguimento adequado da grávida nos cuidados primários e da gestação de risco nos serviços de referência - Prevenção da prematuridade e baixo-peso ao nascer e cuidados adequados pós natais nestas situações” (p.13)
<b>Crescer com segurança</b>	“- Prevenção da prematuridade e baixo-peso ao nascer e cuidados adequados pós natais nestas situações - <b>Prevenção dos acidentes, da obesidade e da depressão infantil</b> ” (p.14)
<b>Juventude à procura de um futuro saudável</b>	“- <i>Determinantes de saúde: redução do consumo de tabaco e álcool; promoção da actividade física, (...)</i> ” (p.15)
<b>Uma vida adulta produtiva</b>	“- <i>Prevenção primária, secundária e terciária das Doenças Oncológicas</i> - <i>Prevenção primária, secundária e terciária das doenças cardio e cerebrovasculares;</i> - <i>Determinantes de saúde e estilos de vida saudáveis: redução do consumo de tabaco e álcool; promoção da actividade física adequada à idade e de uma alimentação saudável; (...)</i> ” (p.16)
<b>Envelhecimento activo</b>	“- <i>Determinantes de saúde e estilos de vida saudáveis: redução do consumo de tabaco e álcool; promoção da actividade física adequada à idade e de uma alimentação saudável; (...)</i> ” (p.17)

**Quadro 20: PNS 2011-2016 - Abordagem ao longo do ciclo de vida – áreas de intervenção relacionadas com a problemática**

**Fonte: ACS, 2011h, p.13-17**

São definidos indicadores para monitorizar a implementação do PNS e a evolução da saúde da população. A previsão de metas a alcançar em 2016 não consta do documento em discussão pública.

No Quadro 21, apresenta-se uma selecção dos indicadores propostos que se relacionam com a problemática da obesidade. Para a prevalência de excesso de peso e obesidade, verifica-se a manutenção dos indicadores do PNS 2004/2010, sendo a monitorização alargada às crianças de 6 e 13 anos.

Indicador	2009			Meta 2016
	HM	H	M	
População residente com excesso de peso (IMC $\geq 25$ e $< 30 \text{Kg/m}^2$ ) (%)	(2005/2006)	(2005/2006)	(2005/2006)	
<b>-Total</b>	<b>35,7</b>	<b>40,7</b>	<b>31,1</b>	
- Crianças (6 e 13)	ND	ND	ND	
- 18-24	15,1	17,8	12,3	
- 35-64	40,3	45,0	35,8	
$\geq 65$ anos	40,3	45,1	36,9	
População residente obesa (IMC $\geq 30 \text{Kg/m}^2$ ) (%)	(2005/2006)	(2005/2006)	(2005/2006)	
<b>-Total</b>	<b>15,2</b>	<b>14,4</b>	<b>15,9</b>	
- Crianças (6 e 13)	ND	ND	ND	
- 18-24	3,8	4,2	3,4	
- 35-64	18,5	18,3	18,6	
$\geq 65$ anos	19,3	17,3	20,8	
Tempo médio de actividade física de leve, moderada e vigorosa intensidade (minutos/dia)	Aguarda-se informação do observatório nacional de actividade física			

**Quadro 21: indicadores e metas ínsitos no PNS 2011-2016 para monitorizar e avaliar excesso de peso, obesidade e actividade física.**

**Fonte: ACS, 2011k, pp. 11-47**

A operacionalização do Plano implica a definição de um quadro de acções e recomendações que, como já vimos, ainda não foi disponibilizado. No entanto, face à valorização do problema ao longo do documento, que é pautado por referências à experiência da Plataforma Contra a Obesidade, aos programas de Saúde Escolar, ao projecto de Cidades Saudáveis e das Escolas Promotoras de Saúde, como exemplo de intervenção a desenvolver, e perante a definição de *Orientações e Evidência* a nível dos *Eixos Estratégicos* e dos *Objectivos para o Sistema de Saúde* abrem perspectivas para um quadro de acções que respondam directa ou indirectamente ao aumento da incidência e da prevalência da obesidade em Portugal, nomeadamente da obesidade infantil.

## **CAPÍTULO 5: Discussão de resultados e conclusões**

Partindo do objectivo geral do trabalho e de uma breve menção a questões metodológicas relacionadas com a investigação realizada, neste capítulo abordaremos criticamente os seus principais resultados, ligando-os ao quadro conceptual estabelecido, de modo a sintetizar conclusões.

A reflexão em torno dos resultados é orientada pelos objectivos específicos definidos e incide sobre os documentos estratégicos em si, detendo-se na sua orientação política e em alguns aspectos relacionados com a sua estrutura, processo de planeamento e na abordagem que neles é feita à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens.

Concluiremos com a referência a algumas das interrogações surgidas durante o trabalho de pesquisa e análise e que ficam em aberto para futuras abordagens, bem como com a apresentação de um conjunto de aspectos que julgamos pertinentes para o desenvolvimento do PNS 2011-2016.

### **5.1. Ponto de partida**

Com a elaboração deste trabalho pretendeu-se fazer uma retrospectiva das políticas e das principais estratégias de prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens implementadas em Portugal ao abrigo da *Estratégia de Saúde para o virar do Século* e do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, procurando compreender em que medida é que estas influenciaram as opções inscritas nos documentos preliminares do Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Para tal, optámos por uma metodologia de investigação qualitativa, assente em análise documental, visando a compreensão alargada do fenómeno.

A aplicação de metodologias qualitativas no campo da ciência tem sido alvo de reflexão de vários autores. O facto de não haver uma mensuração quantitativa dos fenómenos dificulta a avaliação dos resultados quanto à sua *validade*, ou seja, à correspondência com a realidade e à sua *fiabilidade*, que será tanto maior quanto maior for a possibilidade de serem idênticos se houver uma repetição do estudo (Carmo & Ferreira, 1998).

Tratando-se de uma investigação baseada na análise documental, esta questão é mais premente, uma vez que o rigor da técnica e a objectividade têm de prevalecer aos juízos, valores e ideias pré-concebidas de quem investiga. Esta foi uma das dificuldades mais sentidas ao longo deste trabalho, resultando num desafio e numa aprendizagem permanentes, mas consideramos que a validade e a fiabilidade ficam asseguradas através da clarificação dos procedimentos de selecção e análise do *Corpus* documental e com a disponibilização, em anexo, de elementos referente a essa mesma análise.

## **5.2. Sobre a *Estratégia*, o PNS 2004 - 2010 e o PNS 2011-2016**

A análise do *Corpus* documental que serviu de base à investigação permitiu-nos uma visão sequencial do processo de planeamento estratégico da saúde em Portugal e da sua evolução num contexto em mudança e sob a influência de vários factores (Green *et al.*, 2002).

Embora não estivesse entre os nossos objectivos elaborar uma descrição sistematizada e exaustiva destes documentos e do processo de planeamento, a sua compreensão permitiu-nos uma visão contextualizada das principais estratégias de prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens neles inscritas ou em alguns dos documentos com eles relacionados, tais como os Programas Nacionais decorrentes do PNS 2004-2010 ou os documentos preparatórios do PNS 2011-2016.

A política de saúde que enquadra os três documentos estratégicos vai ao encontro da matriz ideológica e dos programas dos Governos em funções, espelhando também a evolução e maturação da sociedade portuguesa e do próprio Serviço Nacional de Saúde.

Apesar das naturais diferenças de concepção, a concretização das diferentes orientações político-ideológicas acaba por se traduzir numa perspectiva comum de obtenção de ganhos em saúde, apontada como missão do sistema de saúde na *Estratégia*, como um dos objectivos estratégico do PNS 2004-2010 e como parte da visão para o sistema de saúde proposta pelo do PNS 2011-2016.

A *Estratégia* propôs-se estabelecer um “*um quadro de referência nacional a partir do qual é necessário estabelecer prioridades regionais e locais, de acordo com cada situação específica*” (DGS, 1999, p. 25). Esta opção, que se enquadra numa visão

e direcção propostas para o sistema de saúde (Mintzberg, 1994), teve continuidade nos Planos subsequentes, que expressam ainda a intenção de garantir a integração da experiência adquirida e de elementos relativos à avaliação e monitorização feitas aos documentos anteriores.

A linha de continuidade observada, indiciadora de consistência associada ao planeamento (Craveiro & Ferrinho, 2002) é mais evidente entre o PNS 2004-2010 e o PNS 2011-2016 do que entre aquele Plano e a *Estratégia*, o que talvez se possa explicar pelo facto da implementação desta ter sido limitado por opções políticas (Justo, 2000), um dos constrangimentos que pode interferir no planeamento (Green *et al.*, 2002).

Os três documentos estão alinhados com a evidência, orientações e boas práticas internacionais, partindo do conhecimento existente sobre o estado de saúde da população para consensualizar prioridades de intervenção, que procuram ter em conta as características, necessidades e recursos do sistema de saúde. São apresentados como *work in progress*, passíveis de alteração e melhoramentos, prevendo mecanismos para a sua monitorização e avaliação, que, no caso do PNS 2004-2010, foram implementados e serviram de base para o novo Plano.

A integração no processo de planeamento de governantes e políticos com responsabilidade nacional, regional e local, de gestores do sistema de saúde, de profissionais de saúde, de representantes da sociedade civil e cidadãos, necessária para garantir um maior envolvimento, responsabilização e compromisso com as estratégias propostas (WHO-Europe, 2010), foi uma prática seguida e consolidada nos três processos de planeamento.

O desenho dos processos de planeamento, com disseminação de informação relativa aos mesmos, através do suporte em papel e recorrendo às novas tecnologias da comunicação, e a orientação que acima se identifica de alinhamento estratégico e envolvimento de múltiplos actores, reflecte a preocupação de ancorar estes processos na realidade e nos contextos em que decorrem (Mintzberg, 1994; Green *et al.*, 2002).

### **5.3. Abordagem à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens na *Estratégia*, no PNS 2004-2010 e na versão preliminar do PNS 2011-2016.**

A elaboração da *Estratégia* é contemporânea da classificação, pela OMS, da obesidade enquanto epidemia de escala global (WHO, 2000). Não estando inscrita entre os problemas prioritários apontados pela *Estratégia*, onde apenas aparece referida uma vez, enquanto factor de risco da diabetes mellitus, é possível identificar, nas áreas de intervenção prioritária definidas, metas, objectivos e orientações de acção que podem contribuir para combater e prevenir o problema junto das crianças e dos jovens, pois visam uma intervenção sobre algumas das causas do problema.

À data da elaboração do PNS 2004-2010, existiam dados que apontavam para uma elevada prevalência de pré-obesidade e obesidade na população adulta em Portugal, sendo poucos os dados sobre a prevalência do problema nas crianças e nos jovens (Carmo *et al.*, 2008) e havia orientações internacionais para uma intervenção direccionada ao problema (WHO, 2000) que desse destaque à prevenção e combate nas idades infanto-juvenis (IOTF/EASO 2002; WHO/FAO, 2003).

A obesidade é considerada, no PNS 2004-2010, como “*um enorme problema de Saúde Pública*” (DGS, 2004b, p. 69). Porém, a análise deste Plano permite verificar que o problema não foi incluído nas cinco áreas prioritárias de intervenção, sendo valorizado mais como factor risco de outras doenças, e até como um determinante da saúde (DGS, 2004a), do que enquanto doença *em si* (Jung, 1997).

A nível das Orientações Estratégicas propostas, a obesidade é focada nas seguintes abordagens:

- Família e ciclo de vida, onde, embora se reconheça existência de alterações do padrão alimentar e aumento do sedentarismo entre adolescentes, bem como pouca informação para avaliar os efeitos da obesidade na sua saúde, apenas são definidos indicadores para monitorização e avaliação da evolução da prevalência, que apenas contemplam indivíduos com mais de 18 anos;

- Gestão integrada da doença, onde se reflecte sobre a necessidade de um melhor conhecimento, prevenção e combate ao problema;

- Programática, sendo considerado passível de uma intervenção direccionada e transversal, que se veio a traduzir, em 2005, através do Programa Nacional de Combate à Obesidade.

A centralidade política da prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade, em particular, nas idades infanto-juvenis, é assumida em 2007, com a criação da Plataforma Contra a Obesidade, na sequência da aprovação da *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade* (WHO-Europe, 2006), de que Portugal é signatário.

O processo de elaboração do PNS 2011-2016 decorre pois no contexto de uma prioridade política assumida para prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade e de um conhecimento mais alargado sobre a prevalência do problema na população portuguesa, fruto do desenvolvimento da investigação sobre o mesmo (Carmo *et al*, 2008).

Na versão preliminar do PNS 2011-2016, é possível encontrar referências a uma elevada prevalência do problema na população adulta, sendo esta apontada como um factor de risco para desenvolvimento de outras patologias. A prevalência em idades infanto-juvenis não é quantificada, mas o problema é considerado factor de risco de doença crónica associado a mortalidade prematura para crianças e referida a necessidade de uma actividade orientada para prevenção junto destes grupos etários.

Ao nível dos Objectivos estabelecidos para o Sistema de Saúde, é feita uma projecção de Ganhos em Saúde a alcançar através de intervenções que previnam a mortalidade precoce ou evitável, a morbilidade e a incapacidade originada por um conjunto de patologias ou causas externas. A obesidade não figura entre as patologias consideradas nesta avaliação e, por isso, definidas como prioridade de intervenção nacional.

Na abordagem centrada no ciclo de vida e na família, a obesidade é apontada como problema de saúde das crianças. A novidade em relação à abordagem feita no Plano anterior, é que, agora, a obesidade infantil e dos jovens é considerada como factor de risco para outras patologias na idade adulta e são definidos indicadores para monitorizar e avaliar evolução do problema (as metas ainda não foram divulgadas).

Também se verifica continuidade na abordagem centrada na gestão integrada da doença, com a Plataforma Contra a Obesidade a ser apontada como um exemplo de boa

prática implementada ao nível nacional. No entanto, a *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade* não figura entre os documentos que integram o quadro legal, normativo, regulamentar e estratégico apresentado ao longo do PNS 2011-2016.

É ainda proposta uma intervenção preventiva da obesidade ao nível dos contextos de vida dos indivíduos, nomeadamente a nível escolar e no ordenamento do território.

A análise da abordagem à problemática da obesidade ao nível do PNS 2011-2016 fica limitada pelo facto da versão posta à discussão pública não estar completa, não sendo ainda conhecido a proposta de quadro de acções e recomendações para a sua implementação e operacionalização.

Verifica-se, no entanto, a existência de um conjunto de reflexões e propostas feitas durante o processo de planeamento, no âmbito das *Análises Especializadas* e dos *Contributos* enviados por entidades, organizações, especialistas e cidadãos, que, a serem acolhidas e integradas neste quadro de acções, poderão vir a ter impacto positivo sobre o problema ou nas suas causas.

Entre as propostas identificadas na nossa análise, destacamos a adopção de boas práticas implementadas noutros países, a atribuição de responsabilidade e meios para uma intervenção dirigida ao problema e suas causas ao nível dos Cuidados Primários, o reforço das estratégias locais de saúde e de iniciativas que promovam saúde em todas as políticas, cidadania em saúde ou equidade no acesso, a promoção da saúde e da actividade física em meio urbano através de uma alteração dos instrumentos de ordenamento do território.

Da análise feita nesta investigação à abordagem da pré-obesidade e obesidade a nível da *Estratégia*, do PNS 2004-2010 e da versão preliminar do PNS 2011-2016, é possível concluir que a obesidade tem vindo a ganhar importância entre as preocupações das autoridades de saúde, expressas ao nível do planeamento estratégico. O mesmo se pode concluir sobre a importância dada ao aumento da prevalência verificada nas crianças e jovens e a necessidade de prevenir e combater o problema junto destas faixas etárias, verificando-se, no entanto, que este percurso tem sido mais lento.

#### **5.4. A abordagem à problemática nos Programas Nacionais decorrentes do PNS 2004-2010**

O Programa Nacional de Combate à Obesidade (DGS, 2005b) dirigia-se à população em geral, não incluindo as crianças e jovens enquanto grupo de risco. Os seus objectivos específicos apontam para a redução da percentagem de indivíduos pré-obesos e obesos, prevendo-se uma monitorização da evolução do problema em crianças e jovens de várias idades, a quem eram dirigidas algumas das Estratégias preconizadas. A criação da Plataforma Contra a Obesidade levou à extinção do programa em 2008.

A Plataforma Contra a Obesidade trouxe uma atenção redobrada ao problema, sendo a primeira estratégia que, na definição de objectivos, diferenciou as crianças e jovens como grupo-alvo na redução de prevalência de pré-obesidade e obesidade (DGS, 2007a).

As finalidades, objectivos e estratégias definidas para a Plataforma visaram a implementação da estratégia inscrita na *Carta Europeia*, através de uma acção transversal a toda a sociedade, com forte impacto mediático, centrada na prevenção primária, secundária e terciária e focada em medida políticas e de regulamentação, de prestação de cuidados, intersectoriais e de investigação/comunicação/divulgação/formação sobre o problema (DGS, 2007a).

Para além das intervenções inscritas no Plano Nacional de Luta Contra a Obesidade, é possível identificar, em nove dos vinte e dois Programas Nacionais elaborados na sequência do PNS 2004-2010, intervenções que podem contribuir para prevenir e combater a obesidade, porque visam uma acção positiva sobre algumas das suas causas, nomeadamente melhorias do padrão alimentar e promoção da vida activa, a melhoria da vigilância de saúde e da resposta dos serviços, ou a capacitação de indivíduos, profissionais de saúde e professores.

Nenhum dos programas relaciona as medidas propostas com possíveis ganhos a nível da prevenção e combate ao excesso de peso das crianças e jovens. Verifica-se ainda que a prevenção e o combater ao excesso de peso nestas faixas etárias como meio de obter ganhos em saúde só é explicitamente abordado no Programa de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (DGS, 2003b).

Estes resultados permitem-nos concluir que a inexistência de uma preocupação formal com a obesidade infantil e dos jovens, no sentido da sua priorização enquanto problema, não limitou as respostas ao mesmo, porque existiam conhecimento e recursos para impulsioná-las. No entanto, o facto de passar haver um referencial de liderança e acção (Minstzberg, Ahlstrand & Lampel, 2005) deu uma nova dimensão ao problema.

### **5.5. Questões em aberto**

À medida que a investigação se foi desenrolando, e perante os resultados que se começavam a desenhar, surgiu-nos uma interrogação que pensamos importante referir nesta discussão: A inexistência de uma afirmação da pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens enquanto prioridade de intervenção limita ou não uma intervenção direccionada à prevenção e combate à obesidade infantil e dos jovens?

A leitura que fizemos da *Estratégia* e dos Programas Nacionais e as referências que fomos encontrando sobre programas e projectos promovidos por escolas, universidades, hospitais ou entidades locais ajuda a responder a esta interrogação e vai ao encontro da perspectiva que os planos estratégicos devem ser abrangentes e suficientemente flexíveis, para direccionar e inspirar a acção sem que esta seja condicionada pela formalização (Minstzberg, Ahlstrand & Lampel, 2005).

No entanto, também verificámos que a assunção do problema enquanto prioridade política, na sequência da *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade*, foi motor de desenvolvimento de uma estratégia nacional que procurou enquadrar experiências existentes, alargá-las e impulsionar outras similares. Esta constatação reforça a pertinência da pergunta acima formulada, deixando-a em aberto para outra investigação e abrindo a porta a mais algumas que, por ora, também ficam sem resposta:

- O facto de determinado problema de saúde ser considerado como uma prioridade a nível nacional terá impacto na abordagem que dele é feito ao nível do planeamento das estratégias regionais de saúde ou ao nível do planeamento tático e operacional, onde se situam os respectivamente os Programas Nacionais e os projectos ou intervenções de base local (Sena, Ferrinho & Miguel, 2006)?

- De que modo as disparidades identificadas ao nível da prevalência regional da obesidade (INE/INSA, 2007) influencia a selecção de prioridades de intervenção?

- Qual é abordagem feita à problemática da pré-obesidade e obesidade das crianças e dos jovens ao nível regional?

Pensamos ainda que seria interessante uma abordagem focada na forma como os planos estratégicos da saúde são implementados ao nível das regiões. Esta questão foi-nos suscitada por várias referências a este processo em documentos (DGS, 2002; ACS, 2010g) ou em *websites* de diversos organismos e entidades, e porque a OMS recomenda um maior envolvimento das regiões no próximo ciclo de planeamento (WHO- Europe, 2010).

## **5.6. Recomendações**

No enquadramento teórico desta investigação é dado destaque ao compromisso político e à proposta de intervenção estabelecidos na *Carta Europeia de Luta contra a Obesidade*, adoptando-a como um quadro de referência para a prevenção e combate à obesidade.

Consideramos que é possível estabelecer uma correspondência entre os princípios da *Carta Europeia* e as *Dimensões Extrínsecas* do PNS 2011-2016, ou seja, as perspectivas estratégicas que asseguram a coerência do sistema de saúde. Vimos, no entanto, que a iniciativa da OMS Europa não é referida na versão preliminar do Plano 2011-2016.

Sendo uma das funções de um plano desta natureza garantir direcção e continuidade do sistema de saúde (Green *et al.*, 2002), somos da opinião de que este alinhamento deverá ser reforçado, no sentido de se clarificar e acentuar a direcção do sistema de saúde neste aspecto particular, nomeadamente através de:

- Explicitação, no texto do Plano, do alinhamento com a *Carta*, reforçando a vinculação do sistema de saúde com os seus princípios;

- Inclusão da *Carta* entre os documentos de referência e orientação do Plano, opção que fará das propostas de intervenção nela contidas um referencial não só para o quadro de acções e recomendações a definir no documento, como também na implementação e operacionalização do plano ao nível regional e local;

- Inclusão da obesidade no quadro de áreas prioritárias de acção previsto nos Objectivos para o Sistema de Saúde 1, levando a que, tal como acontece com a diabetes,

as doenças cardiovasculares ou as outras áreas prioritárias, a prevenção e o combate à obesidade sejam assumidos como prioritários, não só a nível nacional, como também ao nível de todas as regiões, estando na primeira linha das prioridades das estratégias locais de saúde.

- A nível dos Objectivos para o Sistema de Saúde 2 do Plano, a prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade devem ser considerados como área passível de intervenção em todas as fases do ciclo de vida.

## Referências Bibliográficas

- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2007a) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Avaliação de Indicadores 2001-2006 - Ganhos em Saúde* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <[http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/pns-2004-2010-avaliacao-de-indicadores-2001-2006\\_ganhos-em-saude29-11-2007.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/pns-2004-2010-avaliacao-de-indicadores-2001-2006_ganhos-em-saude29-11-2007.pdf)> [Acedido a 08 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2007b) *Fórum Nacional de Saúde: Implementação do Plano Nacional de Saúde - Parte I - Implementação do PNS* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/05/forumnacionalsaude1.pdf>> [Acedido a 08 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2007c) *Fórum Nacional de Saúde: Implementação do Plano Nacional de Saúde - Parte II - Áreas Prioritárias da Saúde* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/05/forumnacionalsaude2.pdf>> [Acedido a 08 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2007d) *Conclusões do Workshop: Indicadores de Monitorização do PNS* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/conclusoeswsabril.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2008a) *Indicadores Actuais do PNS* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/10/mcm-curia-out2008.pdf>> [Acedido em 07 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2008b) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Avaliação de Indicadores 2001-2007 – Metodologia* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns/files/2009/09/metodologia-23set2009.pdf>> [Acedido em 07 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2009a) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Caderno de Encargos* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/12/caderno-de-encargos-pns-2011-16-2009-10-13.pdf>> [Acedido em 07 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2009b) *Conclusões do II Fórum Nacional de Saúde – Para um Futuro com Saúde* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/2009/01/20/iifns/>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010a) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-2016.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010b) *Levantamento de Determinações e Recomendações em Saúde da União Europeia (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] ACS, Lisboa. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2010/08/03/files/2010/08/DRS1.pdf>> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]

- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010c) *Principais compromissos internacionais, reconhecidos e ratificados pelo Estado Português, que proporcionam um enquadramento normativo e uma base de referência na área da Cooperação para o Desenvolvimento no domínio da Saúde (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] ACS, Lisboa. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/DRS-C.pdf>> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010d) *Levantamento de determinações e recomendações da Organização Mundial da Saúde em Saúde (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] ACS, Lisboa. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/DRS-OMS.pdf>> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010e) *PNS 2004-2010: Avaliação de indicadores* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <[http://www.acs.min-saude.pt/pns/files/2007/11/Regioes\\_Meta\\_20Maio20103.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns/files/2007/11/Regioes_Meta_20Maio20103.pdf)> [Acedido em 07 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010f) *Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/02/EvolucaoIndicadoresPNS.pdf>> [Acedido em 07 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010g) *Relatório Síntese das Actividades do Grupo de Projecto do Plano Nacional de Saúde: Julho de 2010* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/rjulho3.pdf>> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010h) *Relatório Síntese das Actividades do Grupo de Projecto do Plano Nacional de Saúde: Novembro de 2010* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/11/RIA-Nov.pdf>> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010i) *Relatório de Actividades de 2009 do ACS* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/alto-comissariado-da-saude/files/2007/11/Relatorio-de-actividades-ACS-2009.pdf>> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010j) *Obesidade e Diabetes em Portugal. PNS em Foco* [Internet] Novembro de 2010, n.º 6. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/01/PNSemFoco6.pdf>> [Acedido em 07 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010k) *Relatório Síntese de Contributos para o PNS 2011-2016* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2010/10/22/rel-cont/>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- ACS - Alto Comissariado da Saúde (2010l) *Repositório online de Actividades da Comissão de Acompanhamento 2004-2010* [Internet] Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/plano-nacional-de-saude/comissao-de-acompanhamento>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- ACS - Alto Comissariado da Saúde (2010m) *Repositório online do III Fórum Nacional de Saúde* [Internet] Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/plano-nacional-de-saude/fns>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011a) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Enquadramento (Versão Discussão)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em

- <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/psp\\_15-04-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/psp_15-04-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011b) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Perfil de Saúde em Portugal (Versão Discussão)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/psp\\_15-04-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/psp_15-04-2011.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
  - ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011c) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cidadania em Saúde (Versão Discussão)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/cs\\_17-03-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/cs_17-03-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
  - ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011d) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde (Versão Discussão)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/ea\\_16-03-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/ea_16-03-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
  - ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011e) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Qualidade em Saúde (Versão Discussão)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/qs\\_18-03-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
  - ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011f) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Políticas Saudáveis (Versão Discussão)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/ps\\_16-03-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/ps_16-03-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
  - ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011g) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Objectivos para o Sistema de Saúde 1: Obter Ganhos em Saúde (Versão Discussão)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS1\\_25-03-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS1_25-03-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
  - ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011h) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Objectivos para o Sistema de Saúde 2: Promover um contexto favorável à saúde, ao da vida (Versão Discussão)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS2\\_20-06-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
  - ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011i) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Objectivos para o Sistema de Saúde 3: Reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença (Versão Discussão)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS3\\_20-06-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS3_20-06-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
  - ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011j) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Objectivos para o Sistema de Saúde 4: Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global (Versão Discussão)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS4\\_01-06-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS4_01-06-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
  - ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011k) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cadernos - Indicadores e Metas em Saúde (Versão Discussão)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/im\\_26-05-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/im_26-05-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]

- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011i) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias para a Saúde - Anexo - Cálculo de Metas para 2016 (Versão Discussão - Documento de Trabalho)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/06/cm\\_20-06-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/06/cm_20-06-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011m) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias para a Saúde - Anexo - Cálculo de Ganhos em Saúde (Versão Discussão - Documento de Trabalho)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/06/cg\\_20-06-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/06/cg_20-06-2011.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011n) *Painel de Informação para o Planeamento em Saúde (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PIPS.pdf>> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011o) *PNS 2004-2010: Evolução dos valores dos indicadores em Portugal Continental (2001-2009)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <[http://www.acs.min-saude.pt/pns/files/2007/11/EvolucaoContinente\\_20Jul2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns/files/2007/11/EvolucaoContinente_20Jul2011.pdf)> [Acedido em 07 de Novembro de 2011]
- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011p) Anúncio da Discussão Pública do PNS 2011-2016. *Microsite PNS* [Internet] 04/06/2011. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2011/06/04/pns-disc/>> [Acedido em 07 de Novembro de 2011]
- Albarelo, L., Digneffe, F., Hiernaux, J.P., Maroy, C., Ruquoy, D. & Georges, P.S. (1997) *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.
- Amaral, L. (2010) Portugal, a Grande Recessão e a Europa. *R:I Relações Internacionais*, n.º 27, pp. 83-91.
- APA/DGS – Agência Portuguesa do Ambiente / Direcção-Geral da Saúde (2007) *Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde* [Internet] Lisboa, APA. Disponível em: <[http://www.apambiente.pt/politicasambiente/AmbienteSaude/empportugal/Documents/PNAA\\_S.pdf](http://www.apambiente.pt/politicasambiente/AmbienteSaude/empportugal/Documents/PNAA_S.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Bardin, L. (2004) *Análise de Conteúdos*. 3º Ed. Lisboa, Edições 70.
- Barros, P. & Simões, J.A. (2007) Portugal - health system review. *European observatory on health systems and politics*, vol. 9, n.º 5, pp. 1-140.
- British Medical Association – Board of Science (2005) *Preventing Childhood Obesity*. London, BMA.
- Campos, A. (2010) Ministério extingue Alto Comissariado da Saúde. *Público* [Internet] 06 de Dezembro. Disponível em <[http://www.publico.pt/Sociedade/ministerio-extingue-alto-comissariado--da-saude\\_1469754](http://www.publico.pt/Sociedade/ministerio-extingue-alto-comissariado--da-saude_1469754)> [Acedido a 07 de Novembro de 2011]
- Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A.V. (2010) *A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] CEMBE - UL, Lisboa. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/Q2.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998) *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta.

- Carmo, I., Camolas, J., Santos, O. & Vieira, J. (2008) *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- CCE – Comissão das Comunidades Europeias (2007) *Livro Branco sobre uma estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligados à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade* [Internet] Bruxelas, CCE. Disponível em <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:PT:PDF>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Craveiro, I. & Ferrinho, P. (2001) Planear estrategicamente: a prática do SNS. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 19, n.º 2, pp. 27-37.
- CRP - Constituição da República Portuguesa 1976. [Internet] Disponível em: <<http://dre.pt/comum/html/legis/crp.html>> [Acedido em 09 de Novembro de 2011]
- Decreto-Lei n.º 212/2006. D.R. Iª Série. 208 (27/10/2006) 7517- 7525 - Lei Orgânica do Ministério da Saúde [Internet] Disponível em: <<http://www.dre.pt/pdf1s/2006/10/20800/75177525.pdf>> [Acedido em 09 de Novembro de 2011]
- Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merchant, A.T. (2005) Childhood obesity, prevalence and prevention. Nutrition Journal [Internet] 08 de Setembro de 2005, vol. 4, n.º 24. Disponível em <<http://www.nutritionj.com/content/4/1/24>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Despacho n.º 15.846/2004. D.R. IIª Série. 183 (05/08/2004) 11804 - 11805- Cria uma comissão de acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, designada Comissão de Acompanhamento do PNS para coordenar e acompanhar a execução do PNS 2004-2010 [Internet] Disponível em: <<http://dre.pt/pdfgratis2s/2004/08/2S183A0000S00.pdf>> [Acedido em 09 de Novembro de 2011]
- Despacho n.º 18.800/2007. D.R. IIª Série. 161 (22/08/ 2007) 24063- 24064 - Reformula a constituição e a orgânica dos mecanismos de coordenação e do Plano Nacional de Saúde (PNS), criando, para o efeito, uma nova Comissão de Acompanhamento [Internet] Disponível em: <<http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/08/2S161A0000S00.pdf>> [Acedido em 09 de Novembro de 2011]
- Despacho n.º 22780/2008. D.R. IIª Série. 172 (05/09/2008) 38742 - Extinção do Programa Nacional de Combate à Obesidade e da comissão de coordenação do Programa Nacional de Combate à Obesidade [Internet] Disponível em: <<http://dre.pt/pdf2sdip/2008/09/172000000/3874138742.pdf>> [Acedido em 09 de Novembro de 2011]
- DGHC/CE - Directorate General for Health & Consumers/Comissão Europeia 2010, Relatório de evolução da implementação desta Estratégia, apresentado em Dezembro de 2010
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (1997a) *Uma estratégia para o virar do século 1998-2002 – Orientações para 1998*. Lisboa, DGS.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (1997b) *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa, DGS.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (1999) *Saúde um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2002) *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação (Relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde)* [Internet] Lisboa, DGS. Disponível

- em <[http://www.arsalgarve.min-saude.pt/docs/ganho\\_saude\\_pt.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/docs/ganho_saude_pt.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2003a) *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida* [Internet] Lisboa, DGS. Disponível em <[http://static.publico.pt/docs/pesoamedida/DGS\\_Programa\\_Nacional\\_Intervencao\\_Integrada\\_Determinantes\\_Saude\\_Relacionados\\_Estilos\\_Vida\\_2003.pdf](http://static.publico.pt/docs/pesoamedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
  - DGS – Direcção-Geral de Saúde (2003b) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares* [Internet] Lisboa, DGS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2007/12/pnpdcvalteracoesdez2005.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
  - DGS – Direcção-Geral de Saúde (2004a) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos, Vol. I: Prioridades*. Lisboa, DGS.
  - DGS – Direcção-Geral de Saúde (2004b) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos, Vol. II: Orientações estratégicas*. Lisboa, DGS.
  - DGS – Direcção-Geral de Saúde (2004c) *Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas* [Internet] Lisboa, DGS. Disponível em <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
  - DGS – Direcção-Geral de Saúde (2005a) *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010* [Internet] Lisboa, DGS. Disponível em <<http://www.adolescenciaalape.org/sites/www.adolescenciaalape.org/files/Programa%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20dos%20jovens.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
  - DGS – Direcção-Geral de Saúde (2005b) *Programa Nacional de Combate à Obesidade* [Internet] Lisboa, DGS. Disponível em <[http://estilosdevida.anirsf.pt/folder/questao/doc/12\\_Programa.pdf](http://estilosdevida.anirsf.pt/folder/questao/doc/12_Programa.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
  - DGS – Direcção-Geral de Saúde (2005c) *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral* [Internet] Lisboa, DGS. Disponível em <[http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/SOral/SOr\\_doc1.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/SOral/SOr_doc1.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
  - DGS – Direcção-Geral de Saúde (2006) *Programa Nacional de Saúde Escolar* [Internet] Lisboa, DGS. Disponível em <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
  - DGS – Direcção-Geral de Saúde (2007a) *Plataforma contra a Obesidade* (brochura de apresentação). Lisboa, DGS.
  - DGS – Direcção-Geral de Saúde (2007b) *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010* [Internet] Lisboa, DGS. Disponível em <[http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/06/pnpcco\\_2007\\_versao-final.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/06/pnpcco_2007_versao-final.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]

- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2008) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes* [Internet] Lisboa, DGS. Disponível em <<http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?id=5519>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Dias, A. & Queirós, A. (2010) *Integração e Continuidade de Cuidados (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] ACS, Lisboa. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/ICC3.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Ebbeling, C.B., Pawlak, D.B. & Ludwig, D.S. (2002) Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, vol. 360, pp. 473-482.
- Ferrinho, P. & Rego, I. (2011) *Políticas Públicas Saudáveis (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical/UNL. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/09/PPS1.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Fortin, M.F. (2003) *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Furtado, C. & Pereira, J. (2010) *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/EA1.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Global Weight Loss Clinic (2008) *About Obesity* [Internet] Ahmedabad, GWLC. Disponível em: <<http://www.obesityindia.in>> [Acedido em 25 de Julho de 2008]
- Gonçalves, C. & Ramos, V. (2010) *Cidadania e Saúde: Um Caminho A Percorrer... (versão revista) (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/CS2.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Gonçalves, S. & Miranda, A. (2010) *Ordenamento do território e saúde (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/OT1.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Governo de Portugal (1995) IV - Política de Saúde in Programa do XIII Governo [Internet] Lisboa, Governo de Portugal. Disponível em <<http://www.portugal.gov.pt/pt/GC13/Governo/ProgramaGoverno/Pages/ProgramaGoverno.aspx>> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- Governo de Portugal (1999) II - A Saúde, a nova prioridade da política social in Programa do XIV Governo [Internet] Lisboa, Governo de Portugal. Disponível em <<http://www.portugal.gov.pt/pt/GC14/Governo/ProgramaGoverno/Pages/ProgramaGoverno.aspx>> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- Governo de Portugal (2002) IV - Saúde in Programa do XV Governo [Internet] Lisboa, Governo de Portugal. Disponível em <[http://www.portugal.gov.pt/pt/GC15/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa\\_p024.aspx](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC15/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa_p024.aspx)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- Governo de Portugal (2004) III - Saúde in Programa do XVI Governo [Internet] Lisboa, Governo de Portugal. Disponível em <[http://www.portugal.gov.pt/pt/GC16/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa\\_p020.aspx](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC16/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa_p020.aspx)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]

- Governo de Portugal (2005) II - Saúde: um Bem para as Pessoas in Programa do XVII Governo [Internet] Lisboa, Governo de Portugal. Disponível em [http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa\\_p011.aspx](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa_p011.aspx) > [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- Governo de Portugal (2009) III - Saúde: um valor para todos in Programa do XVIII Governo [Internet] Lisboa, Governo de Portugal. Disponível em [http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Governo/ProgramaGoverno/Pages/Programa\\_Governo\\_13.aspx](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Governo/ProgramaGoverno/Pages/Programa_Governo_13.aspx) > [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- Green, A., Collins, C., Hagos, B., Gebreselassie, S., Stefanini, A., Craveiro, I., Ferrinho, P., Adam, Y., Abdullah, M., Chapman, G., Omar, M. & Gideon, J. (2002) *Strategic Health Planning: guidelines for developing Countries*. Leeds, Nuffield Institute for Health.
- Guerra, I.C. (2006) *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdos – Sentidos e formas de uso*. Estoril, Principia Editora.
- Hérbert, M.L., Boutin, G. & Goyette, G. (2005) *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa, Instituto Piaget.
- INE/INSA - Instituto Nacional de Estatística / Instituto Nacional de Saúde (2007) *4º Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) – Informação à Imprensa* [Internet] Lisboa, INE/INSA. Disponível em [http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Imprensa/ComNotas/ComunicadosNotas/INS-2005-2006\\_Principais%20Indicadores.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Imprensa/ComNotas/ComunicadosNotas/INS-2005-2006_Principais%20Indicadores.pdf) > [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- IOTF/EASO - International Obesity Task Force / European Association for the Study of Obesity (2002) *Obesity in Europe – the case for Action* [Internet] London, IOTF-EASO. Disponível em: [http://www.iaso.org/site\\_media/uploads/Sep\\_2002\\_Obesity\\_in\\_Europe\\_Case\\_for\\_Action\\_2002.pdf](http://www.iaso.org/site_media/uploads/Sep_2002_Obesity_in_Europe_Case_for_Action_2002.pdf) > [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Jung, R.T. (1997) Obesity as a disease. British Medical Bulletin [Internet] Vol. 53, n.º 2, pp. 307-321. Disponível em: <http://bmb.oxfordjournals.org/content/53/2/307.full.pdf+html> > [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Justo, C. (2000) *O estado das coisas de Estado: Políticas de Saúde em Portugal*. Porto, Campo das Letras.
- Landim, F.L.P., Lourinho, L.A.E, Lira, R.C.M. & Santos, Z.M.S.A. (2006) Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. Revista Brasileira de Promoção da Saúde [Internet] Vol. 19, n.º 1, pp. 53-58. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/408/40819110.pdf> > [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Lei nº 27/2002. D.R. Iª Série-A. 258 (08/11/2002) 7150-7154 - Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) [Internet] Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2002/11/258A00/71507154.pdf> > [Consultado em 09 de Novembro de 2011]
- Lei nº 48/1990. D.R. Iª Série. 195 (24/08/1990) 3452-3459 - Lei de Bases da Saúde [Internet] Disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1990/08/19500.pdf> > [Acedido em 09 de Novembro de 2011]

- Lobstein, T., Baur, L. & Uayu, R. (2004) Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews* [Internet] 2004, vol. 5, supl. 1. Disponível em: [http://www.iaso.org/site\\_media/uploads/Report.pdf](http://www.iaso.org/site_media/uploads/Report.pdf) [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Machaqueiro, S., Cortes, M.A. & Nicola, P. (2010) *Análise de Planos Nacionais de Saúde de Outros Países (Análises Especializadas PNS 2011-2016)*. [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/10/EVP.pdf> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Marques-Vidal, P. & Dias, C.M. (2005) Trends in Overweight and Obesity in Portugal: The National Health Surveys 1995–6 and 1998–9. *Obesity Research*, vol. 13, n.º 7, pp. 1141-1145.
- Miguel, L.S. & Brito de Sá, A. (2010) *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/CSP1.pdf> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- Mintzberg H., Ahlstrand, B. & Lampel J. (1998) *Strategy Safari: A Guided Tourthrough the Wilds of Strategic Management*. The Free Press, New York.
- Mintzberg H., Ahlstrand, B. & Lampel J. (2005) *Strategy Bites Back: It Is A Lot More, And Less, Than You Ever Imagined*. New Jersey, Pearson Prentice Hall.
- Mintzberg, H. (1994) The Fall and Rise of Strategic Planning. *Harvard Business Review* [Internet] 01 de Janeiro de 1994, pp. 107-114. Disponível em: [http://leaders.dal.ca/uploads/document/fall-rise-of-strategic-planning\\_72538.pdf](http://leaders.dal.ca/uploads/document/fall-rise-of-strategic-planning_72538.pdf) [Acedido em 12 de Novembro de 2011]
- Miranda, A.C. (coord.) (2009) *Estudo de Prevalência da Obesidade Infantil (dos 2 aos 5 anos) e dos Adolescentes (dos 11 aos 15 anos) em Portugal Continental: projecto EPOBIA* [Internet] Lisboa, ONOCOP. Disponível em: [http://onocop.pt/conteudos/documentos/Ana\\_Cristina\\_Miranda\\_EPOBIA.pdf](http://onocop.pt/conteudos/documentos/Ana_Cristina_Miranda_EPOBIA.pdf) [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- Moreira, P. (2007) Overweight and obesity in Portuguese children and adolescents. *Journal of Public Health*. [Internet] Vol. 15, n.º 3, pp. 155-161. Disponível em: <http://onocop.pt/conteudos/documentos/ObesityChildren.pdf> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (2009) *Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies. OECD Health Working Papers n.º 48*.
- OPAS/OMS - Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (2003) *Obesidade nas Américas: O Desafio da Promoção da Nutrição Sadia e da Vida Ativa* (Documento preparatório do 132º do Comité Executivo da OPAS/OMS) [Internet] Washington, OPAS/OMS. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce132-21-p.pdf> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001) *Conhecer os Caminhos da Saúde - Relatório de primavera de 2001 (Síntese)* [Internet] Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2001\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2001_OPSS.pdf) [Acedido em 08 de Novembro de 2011]

- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002) *O estado da Saúde e a saúde do Estado - Relatório de Primavera de 2002* [Internet] Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em:  
<[http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2002\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2002_OPSS.pdf)>  
[Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003) *Enciclopédia de conceitos* [Internet] Lisboa, OPSS. Disponível em: <<http://www.observaport.org/glossary>>
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2004) *Incertezas: gestão da mudança na saúde – Relatório de Primavera 2004* [Internet] Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em:  
<[http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2004\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2004_OPSS.pdf)>  
[Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005) *Novo Serviço Público da Saúde. Novos desafios - Relatório Primavera 2005* [Internet] Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em:  
<[http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2005\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2005_OPSS.pdf)>  
[Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006) *Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados – Relatório de Primavera 2006* [Internet] Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública / Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Disponível em:  
<[http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2006\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2006_OPSS.pdf)>  
[Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011) *A depressão da crise, para a governação prospectiva da saúde - Relatório Primavera 2011* [Internet] Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública / Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra / Universidade de Évora. Disponível em:  
<[http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011\\_OPSS\\_1.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf)>  
> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Padez, C., Fernandes, T., Moura, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004) Prevalence of Overweight and Obesity in 7–9-Year-Old Portuguese Children: Trends in Body Mass Index From 1970–2002. *American Journal of Human Biology* [Internet] Vol. 16, pp 670-678. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/8079/1/obra.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Patton, M.Q. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3ª ed. Thousand Oaks, Sage Publications.
- PCO - Plataforma contra Obesidade (2010) *Relatório de Actividades Maio 2007-Janeiro 2010* (Apresentação de Diapositivos). Lisboa, PCO.
- PCO - Plataforma contra Obesidade (2011) *A Plataforma contra a Obesidade em Portugal: Metas, Estratégias e Avaliação 2010-2011* (Apresentação de Diapositivos). Lisboa, PCO.
- Pereira, J. & Mateus, C. (2003) Custos Indirectos Associados à Obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [Internet] 2003, vol. temático 3, pp. 65-80. Disponível

- em: <[http://www.adexo.pt/pdf/JP\\_CM\\_obesidade%20RPSP\\_final.pdf](http://www.adexo.pt/pdf/JP_CM_obesidade%20RPSP_final.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Pereira, J., Mateus, C., & Amaral, M.J. (1999) *Custos da Obesidade em Portugal - documento de trabalho* [Internet] Lisboa, Associação Portuguesa de Economistas da Saúde. Disponível em: <[http://www.apes.pt/files/dts/dt\\_041999.pdf](http://www.apes.pt/files/dts/dt_041999.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Peteleiro, M., Marques, R. & Galhardo, T (2004) *Uma análise crítica das orientações estratégicas / O Plano Nacional de Saúde Português* [Internet] Lisboa, OPSS. Disponível em: <<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Plano-Nacional-de-Saude.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Poínhos, R., Franchini, B., Afonso, C., Correia, F., Teixeira, V.H., Moreira, P., Durão, C., Pinho, O., Silva, D., Lima Reis, J.P., Veríssimo, T. & Almeida, M. D. V. (2009) Alimentação e estilos de vida da população portuguesa: metodologia e resultados preliminares. *Revista Alimentação Humana* [Internet] Vol. 15, n.º 3, pp. 43-60. Disponível em: <<http://www.spcna.pt/publicacoes/?imc=7n&publicacao=21&edicao=71&fmo=pa>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Rito, A., Paixão, E., Carvalho, M. & Ramos, C. (2011) *Childhood Obesity Surveillance Initiative: Così Portugal 2008* [Internet] Lisboa, INSA. Disponível em: <[http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/AlimentacaoNutricao/Relatorio\\_COSI.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/AlimentacaoNutricao/Relatorio_COSI.pdf)> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- Sakellarides, C. (2006) *De Alma a Harry - Crónica da democratização da saúde*. Lisboa, Edições Almedina.
- Santos, A.I., Dias, C., Gonçalves C & Sakellarides, C. (2010) *Estratégias Locais de Saúde (Análises Especializadas PNS 2011-2016)* [Internet] Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/09/ELS.pdf>> [Acedido em 06 de Novembro de 2011]
- Secretaria de Políticas de Saúde - Ministério da Saúde do Brasil (1998) *Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação* [Internet] Brasília, MSB-SPS. Disponível em: <[http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/capa\\_politicas.pdf](http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/capa_politicas.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- Sena, C., Ferrinho, P. & Miguel, J.P. (2006) Planos e programas de Saúde em Portugal: Questões Metodológicas e Macroanálise dos Programas Nacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 24, pp. 05-20.
- Simões, J. (2009) *Retrato Político da Saúde - dependência do percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra, Edições Almedina.
- UNICEF (2011) *Situação Mundial da Infância 2011* [Internet] New Jersey, Hatteras Press. Disponível em: <[http://www.unicef.pt/18/Relatorio\\_SOWC\\_2011.pdf](http://www.unicef.pt/18/Relatorio_SOWC_2011.pdf)> [Acedido em 07 de Novembro de 2011]
- WHO - World Health Organization (1998) *Health Promotion Glossary* [Internet] Geneva, WHO. Disponível em: <[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- WHO - World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation. *WHO Technical Report Series, n.º 894* [Internet]

- Geneva, WHO. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_894.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- WHO/FAO – World Health Organisation / Food and Agriculture Organization (2003) *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. WHO Technical Report Series, n.º 916 [Internet] Geneva, WHO. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf)>[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- WHO-Europe - World Health Organization - Europe (2003) *Social determinants of health: The Solid Facts* [Internet] Copenhagen, WHO-Europe. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- WHO-Europe - World Health Organization Europe (2006) *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade*. [Internet] Copenhagen, WHO-Europe. Disponível em: <<http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=605&menuid=143&exmenuid=-1>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- WHO-Europe - World Health Organization Europe (2007) *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: Summary* [Internet] Copenhagen, WHO-Europe. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98243/E89858.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf)> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]
- WHO-Europe - World Health Organization Europe (2010) *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)* [Internet] Copenhagen, WHO-Europe. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/02/avaext.pdf>> [Acedido em 08 de Novembro de 2011]

## LISTAGEM DE SÍTIOS DE INTERNET CONSULTADOS

- International Obesity Task Force [Internet] Disponível em: <<http://www.ietf.org>>
- Obesidade on-line [Internet] Disponível em: <<http://www.obesidade.online.pt>>
- Obesidade.info [Internet] Disponível em: <<http://www.obesidade.info>>
- Peso & Medida [Internet] Disponível em: <<http://static.publico.clix.pt/pesoemedia/>>
- Plataforma contra a Obesidade [Internet] Disponível em: <<http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt/>>

## Lista de Gráficos, Figuras e Quadros

### **GRÁFICOS**

Gráfico 1: Prevalência das categorias de IMC em 1995/98 e em 2003/05 .....	18
Gráfico 2: Evolução da Pré-obesidade e Obesidade da População Portuguesa entre o 3º e 4º Inquérito Nacional de Saúde .....	19
Gráfico 3: Prevalência de pré-obesidade e obesidade entre crianças até 11 anos em países da região Europeia da OMS, com base em estudos concluídos em 1999 ou depois.....	21

### **FIGURAS**

Figura 1: Esquema do estudo a realizar .....	5
Figura 2: Política de Saúde e Planeamento em Saúde .....	10
Figura 3: Causas da Obesidade.....	15
Figura 4: Factores que influenciam desenvolvimento da obesidade.....	16
Figura 5 – Oportunidades de influenciar o ambiente das crianças.....	24
Figura 6: Organigrama do Grupo de Projecto do PNS 2011-2016 .....	74
Figura 7: Modelo Conceptual do PNS 2011-2016.....	88

### **QUADROS**

Quadro 1: Classificação de Obesidade de acordo com a OMS.....	13
Quadro 2: Prevalência de pré-obesidade e obesidade entre adultos, por sexo, em três estudos recentes... 20	
Quadro 3: Quatro Estudos de Prevalência de pré-obesidade e Obesidade infantil e dos jovens em Portugal. ....	22
Quadro 4: Estratégias de prevenção do Excesso de Peso junto das crianças e jovens. ....	25
Quadro 5: Categorias e subcategorias para análise semântica. ....	34
Quadro 6 – Elementos que caracterizam a Política de Saúde proposta na <i>Estratégia</i> . ....	38
Quadro 7: Áreas de Intervenções da <i>Estratégia</i> onde se identificam horizontes, metas, objectivos e orientações de acção que podem ter um efeito positivo sobre o Excesso de Peso. ....	41
Quadro 8: Estratégias e Orientações Globais do Plano Nacional de Saúde.....	45
Quadro 9: Indicadores e metas relacionados com obesidade.....	49
Quadro 10: Programas Nacionais analisados nesta investigação.....	52
Quadro 11: Resumo da análise aos Programas Nacionais dirigidos a crianças e jovens. ....	57
Quadro 12: Programas dirigidos a outras áreas e que podem ter influência na problemática em análise – uma síntese.....	64
Quadro 13: Medidas inscritas nos Programas Nacionais que podem contribuir para a prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens. ....	65
Quadro 14: Estratégias para responder à Obesidade nos documentos Estratégicos de sete Países. ....	83
Quadro 15: Determinações e recomendações em Saúde na União Europeia relacionadas com a obesidade .....	84
Quadro 16: Determinações e recomendações em Saúde na Organização Mundial de Saúde relacionadas com a obesidade.....	84
Quadro 17: Elaboração do PNS 2011-2016 - Contributos relacionados com a problemática.....	86
Quadro 18: Dimensões Extrínsecas do PNS 2011-2016.....	89
Quadro 19: Dimensões Intrínsecas do PNS 2011-2016.....	90
Quadro 20: PNS 2011-2016 - Abordagem ao longo do ciclo de vida – áreas de intervenção relacionadas com a problemática.....	96
Quadro 21: indicadores e metas ínsitos no PNS 2011-2016 para monitorizar e avaliar excesso de peso, obesidade e actividade física.....	97

## **Lista de Anexos**

### **Revisão de Literatura**

- (1) *Carta Europeia de Luta contra Obesidade*

### **Métodos e material**

- (2) Lista com *Corpus* Documental

### **Estratégia**

- (3) Grelhas de Análise da Estratégia
- (4) Grelhas de Análise de “Ganhos em Saúde”
- (5) Tabela: 27 Áreas de Intervenção da Estratégia: Horizontes, metas, objectivos e orientações de acção que podem ter um efeito positivo sobre o Excesso de Peso das crianças e Jovens - Tabela Extensa, cuja versão resumida é o quadro 7 do trabalho

### **PNS 2004-2010**

- (6) Tabela de análise de conteúdos dos Volumes do Plano
- (7) Lista dos 40 Programas iniciais e dos 22 planos analisados
- (8) Tabelas de Análise de conteúdos dos programas nacionais
- (9) Avaliação da OMS Europa ao PNS 2004-2011 OK

### **PNS 2011- 2016**

- (10) Projecto de índice do PNS
- (11) Lista das análises especializadas, com referência às indisponíveis e às analisadas
- (12) Tabelas de análise de conteúdos das análises especializadas
- (13) Tabelas de análise de conteúdos dos capítulos do Plano