



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

Atividade Física e Saúde Pública

**Políticas e estratégias de ação intersectorial na
promoção de *health-enhancing
physical activity (HEPA)* em Portugal**

João Gregório Gomes | Lisboa, julho de 2013



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

Atividade Física e Saúde Pública

**Políticas e estratégias de ação intersectorial na
promoção de *health-enhancing
physical activity (HEPA)* em Portugal**

XIV curso de mestrado em Saúde Pública (CMSP) - ramo de Promoção e Proteção da Saúde

João Gregório Gomes (CMSP - 2011/2013)

Orientação científica:

Celeste Lopes Gonçalves (Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública)

Lisboa, julho de 2013

Trabalho de projeto apresentado para a obtenção do grau de mestre em Saúde Pública, especialização em Promoção e Proteção da Saúde pela Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública, ao abrigo do Art.º 23º do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, publicado no D.R. n.º 60, Série I-A de 2006-03-24.

"In view of the prevalence, global reach, and health effect of physical inactivity, the issue should be appropriately described as pandemic, with far-reaching health, economic, environmental, and social consequences."

PAMELA DAS (SENIOR EXECUTIVE EDITOR)

RICHARD HORTON (EDITOR-IN-CHIEF)

THE LANCET - PHYSICAL ACTIVITY (JULY, 2012)

AGRADECIMENTO:

A todos quantos colaboraram, ajudaram, incentivaram, ou que de alguma forma contribuíram para que a resiliência necessária não me escasseasse e este trabalho possa agora ser lido,

o meu sincero obrigado.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSM	American College of Sports Medicine
AF	Atividade física
ANAFRE	Associação Nacional de Freguesias
ANMP	Associação Nacional de Municípios Portugueses
ANSR	Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
APA	Agência Portuguesa do Ambiente
ARS	Administração Regional de Saúde
CDC	Centers for Diseases Control and Prevention
CIAFEL	Centro de Investigação em Atividade Física e Lazer
CNADS	Conselho Nacional do Ambiente e Desenvolvimento Sustentável
CP	Comboios de Portugal
CS	Critério de sucesso
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DALY	Disability-adjusted life years
DE	Desporto Escolar
DGAE	Direção-Geral das Atividades Económicas
DGE	Direção-Geral da Educação
DGIDC	Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular
DGS	Direção-Geral da Saúde
DGT	Direção-Geral do Território
DoHA	Department of Health and Ageing - Government of Australia
DRE	Direção Regional de Educação
DSP	Departamento de Saúde Pública
ENSP-UNL	Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa
EP	Estradas de Portugal
EPHO	Essential Public Health Operations
ER-WCPT	European Region of World Confederation on Physical Therapy
EU/UE	European Union/União Europeia
FADE-UP	Faculdade de Desporto da Universidade do Porto
FMH-UTL	Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

FPCUB	Federação Portuguesa de Cicloturismo e Utilizadores de Bicicleta
GAPA	Global Advocacy for Physical Activity
GNR	Guarda Nacional Republicana
HEAT	Health Economic Assessment Tool
HEPA	Health-Enhancing Physical Activity
HEPA Europe	European Health-Enhancing Physical Activity Network
HEPA PAT	Health-Enhancing Physical Activity Policy Audit Tool
IA	Informação avaliativa
IDP	Instituto do Desporto de Portugal
IF	Informação factual
IMT/IMTT	Instituto da Mobilidade e dos Transportes
INR	Instituto Nacional para a Reabilitação
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
IPDJ	Instituto Português do Desporto e Juventude
IPJ	Instituto Português da Juventude
ISPAH	International Society for Physical Activity and Health
ISS	Instituto da Segurança Social
MEC	Ministério da Educação e Ciência
MET	Metabolic Equivalent
MS	Ministério da Saúde
MSSS	Ministério da Solidariedade e Segurança Social
NCDs	Non-communicable diseases (doenças não transmissíveis)
NPAP	United States of America National Physical Activity Plan
ONAFD	Observatório Nacional da Atividade Física e Desporto
ONG	Organizações Não governamentais
PAII	Programa de Apoio Integrado a Idosos
PASW/SPSS	Predictive Analytics SoftWare/Statistical Package for the Social Sciences
PCM	Presidência do Conselho de Ministros
PDM	Plano de Desenvolvimento Municipal
PHAC	Public Health Agency Canada
PN	Programa Nacional
PNAF	Plano Nacional de Atividade Física
PNS	Plano Nacional de Saúde
PP	Plano de pormenor

PRS	Plano Regional de Saúde
PSP	Polícia de Segurança Pública
PU	Plano de urbanismo
Q	Questão
REFER	Rede Ferroviária Nacional
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RPCS	Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis
SEDJ	Secretaria de Estado do Desporto e Juventude
SP	Saúde Pública
SRS-RA	Secretaria Regional de Saúde - Região Autónoma
UN/ONU	United Nations/Organização das Nações Unidas
UNECE	Comissão Económica Europeia das Nações Unidas
WCPT	World Confederation on Physical Therapy
WHO/OMS	World Health Organization/Organização Mundial de Saúde
WHO-EUR	World Health Organization - Regional Office for Europe

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A promoção de *health-enhancing physical activity (HEPA)*, entendida como atividade física para a saúde, revela-se um dos aspectos fulcrais do trabalho de ação intersectorial da saúde pública e um dos principais desafios atuais no combate a esta pandemia da inatividade física de consequências na saúde, económicas, ambientais e sociais. A inatividade física está identificada como sendo um dos fatores de risco que contribui largamente para a mortalidade global. Análises às abordagens políticas de promoção da atividade física para a saúde são importantes instrumentos de sistematização da informação relacionada com o estudo deste problema. **OBJETIVOS:** É objetivo deste estudo analisar políticas e estratégias de ação intersectorial na promoção da atividade física para a saúde em Portugal. Em específico, elencar e analisar: 1) principais políticas e estratégias atuais dos diferentes sectores; 2) consideração de qual é o papel do sector da saúde no assunto; 3) fatores-chave e critérios de sucesso para a implementação de políticas de promoção de HEPA. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo, descritivo e transversal, por meio de entrevistas semiestruturadas e abertas pelos sectores da saúde, educação, desporto, transportes/planeamento urbano e ação social; análise documental, relativamente aos últimos 3 anos, com análise de conteúdo quanto aos critérios de sucesso presentes. **RESULTADOS:** Foram encontradas várias categorias nas dimensões macroambiente, microambiente e individual dos determinantes da atividade física no trabalho dos diferentes sectores; o sector da saúde não foi habitualmente considerado como devendo proporcionar administração para a ação intersectorial neste domínio; foram identificados os critérios: com menor expressão no material analisado, aos quais é atribuída maior importância e aqueles com menor aplicabilidade nos documentos analisados. **CONCLUSÕES:** Não podemos afirmar que exista uma abordagem política/estratégica integrada de abrangência nacional, operacional, no que respeita à promoção da atividade física para a saúde. São limitadas as conclusões pelas características inerentes ao tipo de estudo desenhado, no entanto, pensamos ter contribuído para descrever as principais políticas e estratégias de ação intersectorial na promoção de HEPA em Portugal. Estudos mais abrangentes em termos de níveis de governação, sectores envolvidos e período temporal deverão ser desenvolvidos de forma a potenciar o desenvolvimento da atividade física e saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: saúde pública | inatividade física | políticas de promoção da atividade física | health-enhancing physical activity (HEPA) | ação intersectorial

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Health-enhancing physical activity (HEPA) promotion appears to be one of the core businesses for public health intersectoral action work and one of the main current challenges in combating the physical inactivity pandemic which has health, economic, environmental and social consequences. Physical inactivity is identified as being a risk factor that contributes greatly to global mortality. Policy approaches' content analysis to promote health-enhancing physical activity have been important information systematization tools for the study of this problem.

AIM/OBJECTIVES: The aim of this study is to analyse policies and strategies for intersectoral action on health-enhancing physical activity promotion in Portugal. Specifically, to identify and analyse: 1) major current policies and strategies of the different sectors, 2) consideration of what is the role of the health sector in this issue; 3) key factors and success criteria for HEPA promotion policies implementation. **METHODS:** Qualitative descriptive and transversal study designed through semi-structured open interviews on health, education, sports, transportation / urban planning and social action sectors; the document analysis focused on the last three years, involving content analysis of the success criteria. **RESULTS:** Several categories of macroenvironment, microenvironment and individual dimensions of physical activity determinants were identified on different sectors work; the health sector was not usually considered to provide stewardship for intersectoral action in this area; success criteria were identified: with lower expression in the analyzed material; greater importance attribution and; those with less applicability in the documents analyzed. **CONCLUSIONS:** It is not possible to affirm that there is an operational national policy approach / integrated strategy, regarding health-enhancing physical activity promotion. Conclusions are limited by inherent study characteristics; however, we believe to have contributed to policies and strategies description for intersectoral action on national HEPA promotion. A governmental level comprehensive and extended period of time studies should be developed in order to improve physical activity and public health development.

KEYWORDS: public health | physical inactivity | physical activity promotion policies | health-enhancing physical activity (HEPA) | intersectoral action

ÍNDICE GERAL

Capítulo I – Introdução	1
Capítulo II – Estado da arte	6
1 - Atividade Física: definição, conceitos e aspetos-chave	6
2 - Benefícios da atividade física nas pessoas e sociedade: económicos, sociais, saúde, ambientais	7
3 – Dimensões e determinantes da Atividade Física	9
4 – Inatividade física: pandemia global	14
5 – Importância e relevância da atividade física em Saúde Pública	15
6 - Atividade Física: dados e factos	23
6.1 – Europa, Região Europeia da OMS e União Europeia	23
6.2 – Portugal.....	26
6.3 - Outras experiências internacionais	27
7 - Ação intersectorial para a Saúde.....	29
7.1 - Ação intersectorial na Promoção da Atividade Física para a Saúde.....	32
8 – Níveis de governação	38
9 – Recomendação de Atividade Física para a Saúde: linhas orientadoras ao longo do ciclo de vida	41
10 - Políticas e Estratégias de promoção de health-enhancing physical activity	44
Capítulo III – Material e métodos	47
3.1 - Definição da problemática	47
3.2 – Construção do modelo de análise.....	47
3.3 – Desenho da investigação: população, amostragem.....	50
3.4 - Técnicas e Instrumentos de recolha de dados	53
3.5 – Técnicas de tratamento de dados e operacionalização das variáveis	56
3.6 – Trabalho de campo	59
3.6.1 - Entrevistas	60
3.6.2 - Análise documental e de conteúdo	61
Capítulo IV – Apresentação dos resultados	63

4.1 - Análise de conteúdo de entrevista.....	64
4.1.1 - Trabalho dos diferentes sectores.....	64
4.1.2 - Consideração sobre qual o papel do sector da Saúde	71
4.1.3 - Presença de critérios de sucesso/fatores-chave nas entrevistas.....	77
4.2 - Análise documental e de conteúdo.....	79
4.2.1 - Classificação de critérios de sucesso nos documentos.....	79
Capítulo V – Discussão dos resultados.....	84
5.1 - Análise de conteúdo de entrevista.....	84
5.1.1 - Trabalho dos diferentes sectores.....	84
5.1.2 - Consideração sobre qual o papel do sector da Saúde	89
5.1.3 - Presença de critérios de sucesso/fatores-chave nas entrevistas.....	91
5.2 - Análise documental e de conteúdo.....	92
5.2.1 - Classificação de critérios de sucesso nos documentos.....	92
5.3 - Limitações do estudo.....	96
Capítulo VI – Conclusões.....	98
Capítulo VII - Recomendações e considerações finais	100
BIBLIOGRAFIA.....	103
ANEXOS	108
Anexo 1 - Perfil Fatores NCDs Portugal (incluindo inatividade física).....	109
Anexo 2 - Orientações da União Europeia para a atividade física	110
Anexo 3 - Principais eixos da Carta de Toronto para a atividade física	114
Anexo 4 - Processo de planeamento de 3 fases para o desenvolvimento, implementação e avaliação de estratégias de estilo de vida ativo nas cidades:	115
Anexo 5 - Linhas Orientadoras de entrevista.....	116
Anexo 6 - modelo de autorização recolha e gravação.....	117
Anexo 7 - Lista de Termos / Glossário.....	118
Anexo 8 - Análise de conteúdo da entrevista – caracterização e resumo.....	120
Anexo 9 - Análise de conteúdo das entrevistas – grelha comparativa das respostas / Questão (Q1, Q2, Q3, Q4); Informação factual (IF); Informação avaliativa (IA).....	122

Anexo 10 - Análise de conteúdo das entrevistas – grelha de análise comparativa dos critérios	127
Anexo 11 - Pergunta 1 - trabalho dos diferentes sectores	129
Anexo 12 - Trabalho do sector da saúde, tópico de entrevista	132
Anexo 13 - Trabalho do sector da educação, tópico de entrevista	133
Anexo 14 - Trabalho do sector do desporto, tópico de entrevista	135
Anexo 15 - Trabalho do sector dos transportes/plan. urbano, tópico de entrevista	136
Anexo 16 - Trabalho do sector da ação social, tópico de entrevista	138
Anexo 17 - Codificação dos excerto para dar resposta à pergunta de investigação nº2	139
Anexo 18 - Pergunta 2 - consideração sobre qual o papel do sector da saúde	141
Anexo 19 – Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão macroambiente	143
Anexo 20 – Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão microambiente	147
Anexo 21 - Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão individual, categoria Capacitação Individual	148
Anexo 22 - Lista de Documentos – âmbito Nacional	150
Anexo 23 - Critérios de sucesso identificados para as abordagens políticas à promoção da atividade física na HEPA “Policy Audit Tool”	153
Anexo 24 - Caraterização do documento a analisar	159
Anexo 25 - Grelha de análise de documento: “Critérios de sucesso identificados para as abordagens políticas à promoção da atividade física – “HEPA Policy Audit Tool”	161
Anexo 26 - Classificação/Pontuação	162

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Instrumentos de recolha e tratamento de dados.....	55
Tabela 2 - Operacionalização de variável - Trabalho dos diferentes sectores na promoção da atividade física (AF)	56
Tabela 3 - Operacionalização de variável - Consideração sobre papel do sector da Saúde	57
Tabela 4 - Operacionalização de variável - Critérios de sucesso/fatores-chave (Presença nas entrevistas)	57
Tabela 5 - Operacionalização de variável - Critérios de sucesso/fatores-chave (reportados como mais importantes pelos entrevistados, top 5).....	58
Tabela 6 - Operacionalização de variável - Caracterização dos documentos analisados por área e por tipo.....	58
Tabela 7 - Operacionalização de variável - Critérios de sucesso/fatores-chave (Classificação nos documentos).....	59
Tabela 8 - Trabalho do sector da saúde (A), tópico de entrevista.....	65
Tabela 9 - Trabalho do sector da educação (B), tópico de entrevista.....	66
Tabela 10 - Trabalho do sector do desporto (C), tópico de entrevista	67
Tabela 11 - Trabalho do sector dos transportes/plan. urbano (D), tópico de entrevista.....	68
Tabela 12 - Trabalho do sector da ação social (E), tópico de entrevista	69
Tabela 13 - Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão Macroambiente, categoria Administração.....	71
Tabela 14 - Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão Macroambiente, categoria Ação intersectorial	73
Tabela 15 - Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão microambiente, categorias Avaliação e monitorização, Comunicação, <i>Capacity building</i> e Promoção da AF nos locais de trabalho.....	74
Tabela 16 - Consideração papel do sector Saúde, dimensão individual, categoria Capacitação individual.....	75
Tabela 17 - Presença de critérios de sucesso (CS) nas entrevistas.....	77
Tabela 18 - Critérios reportados (top 5) como mais importantes nas entrevistas	78
Tabela 19 - Caracterização dos documentos, por área	79
Tabela 20 - Caracterização dos documentos, por tipo.....	79

Tabela 21 - Classificação dos critérios de sucesso nos documentos – tabela de frequências 82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes da atividade física.....	9
Figura 2 - Exemplos de ações dos diferentes sectores	10
Figura 3 - Abordagem comportamental e ambiental (A); Abordagem por sistemas (B)	16
Figura 4 - Áreas fundamentais para a infraestrutura global da atividade física e saúde.	18
Figura 5 - Mapa estratégico do PNAF.....	36
Figura 6 - Mapa de programas e projetos, por áreas. Projeto PNAF	37
Figura 7 - Nível nacional.	63
Figura 8 - Nível regional, sector/área saúde.	63
Figura 9 - Nível local.	63
Figura 10 - Gráfico de frequências das medianas das classificações, por critério	83

Capítulo I – Introdução

Este capítulo pretende introduzir quanto à pertinência, fundamentação e motivações que levaram à realização do presente estudo em atividade física e saúde pública. Os objetivos, perguntas de investigação, metodologia proposta são brevemente apresentados, bem como a justificação teórica e prática subjacente à problemática das políticas e estratégias de ação intersectorial na promoção de atividade física para a saúde / *health-enhancing physical activity* (HEPA) especificamente quanto à situação em Portugal.

Quando a revista *The Lancet* publica em 2012 uma edição especialmente dedicada ao tema da atividade física, a relevância deste assunto para a saúde pública sai reforçada e com contornos muito vinculados da dimensão e da importância que este determinante da saúde tem vindo a tomar desde a última década. A título de exemplo, os editores da conceituada revista escreveram: *“In view of the prevalence, global reach, and health effect of physical inactivity, the issue should be appropriately described as pandemic, with far-reaching health, economic, environmental, and social consequences (Das; Horton, 2012)”*.

A atividade física é um comportamento de saúde tão positivo, com tanto potencial de melhorar a saúde pública e com tão poucos riscos, que deve ser, indiscutivelmente, obrigatória em qualquer futura estratégia de saúde pública (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006). O conceito refere-se a *“qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e que resulte num gasto de energia superior ao do metabolismo basal”* (Caspersen; Powell; Christenson, 1985), um conceito amplo e abrangente e distinto do de *exercício, aptidão física, desporto*, entre outros. O conceito mais recente de *health-enhancing physical activity (atividade física relacionada com a saúde/atividade física para a saúde)*, usado correntemente no seio da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS-EUR) refere-se a *“qualquer forma de atividade física que beneficia a saúde e a capacidade funcional sem danos ou riscos excessivos”* (Foster, 2000). Por outro lado, entende-se por inatividade física como sendo um *“nível insuficiente de atividade física para alcançar as recomendações atuais da Organização Mundial de Saúde”* (WHO, 2010b). A inatividade física tem sido habitualmente identificada como o quarto maior fator de risco para a mortalidade global (6% de todas as mortes). Aquando do lançamento das mais recentes recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a inatividade física estava imediatamente a seguir à hipertensão arterial (13%), tabaco (9%) e elevados níveis de glucose sanguínea (6%) (WHO, 2010b). Recentemente, num estudo do *The Lancet* foram

atribuídas à inatividade física 6-10% das mortes (Lee e col., 2012), o que significa que a inatividade física poderá matar tantas pessoas anualmente como o tabaco, outro dos fatores de risco mais associado às doenças não transmissíveis (*non-communicable diseases* - NCDs). Adicionalmente, a atividade física tem benefícios para a saúde muito específicos e largamente documentados pela evidência científica, desde há várias décadas.

Em 2011, num perfil das NCDs para Portugal, a OMS estimou uma prevalência de 53.9% pessoas (50% dos homens e 57,5% das mulheres) para a inatividade física na população portuguesa (WHO, 2011b). Num outro estudo de âmbito global, os dados para Portugal da fração atribuível (ajustada pelo risco relativo associado à inatividade física, com intervalo de confiança de 95%) à população com: doença coronária foi de 8,4%; diabetes tipo II foi de 10,5%; cancro da mama foi de 14,2%; cancro do colon foi de 15,1%, e mortalidade por todas as causas foi de 13,6% (Lee e col., 2012). Estes dados sugerem haver evidência para a ação. No entanto, segundo especialistas (WHO, 2013b), em Portugal, a atividade física é abordada numa série de documentos políticos e legislação das áreas da saúde, desporto, educação, planeamento urbano e transportes mas não existe uma política nacional específica nem estratégia nacional de comunicação relativa a esta área.

A morbilidade associada a problemas de saúde relacionada com a inatividade física, incluindo qualidade de vida relacionada com a saúde bem como custos diretos e indiretos, exerce uma carga substancial nas sociedades e sistemas de saúde. Por exemplo, os custos diretos com cuidados de saúde decorrentes da inatividade física variam entre 28.4\$ a 334.4\$ *per capita* na Austrália, Reino Unido e Suíça; os custos indiretos variam entre 154.7\$ a 418.9\$ *per capita* no Canadá e Estados Unidos da América (Kohl e col., 2012), o que são dados que por si só justificam a prioridade em saúde pública que este tema deve tomar.

Recentemente, tem sido reportada a inatividade física como um problema político (Rutten e col., 2013). Outros têm explorado a falha que tem havido em promover a atividade física globalmente (Barreto, 2013). Ainda tem sido enfatizada a importância dos países desenvolverem recomendações próprias e de as comunicarem de acordo com a diversidade cultural e étnica (Oja e col., 2010). Bull e col. (2006) identificaram algumas barreiras relacionadas com a implementação de políticas de promoção de atividade física e componentes relacionados:

- Falta de apoio governamental, particularmente a nível ministerial;
- O “low profile” da atividade física e uma fraca compreensão dos seus impactos, normalmente, estão por trás da falta de apoio. Definir eficientemente atividade física e comunicar com

clareza a forte evidência entre a atividade física e saúde, bem-estar e prevenção de NCDs aos decisores políticos é um ponto-chave para a cooperação e desenvolvimento efetivo de políticas;

- A ausência de infraestrutura na política de promoção da saúde e na monitorização dos fatores de risco resultam numa falta de dados para partir para a ação, resultando também na insuficiente alocação de recursos para iniciar e manter uma resposta;
- A falta de liderança e preocupação sobre que departamento governamental deve tomar a responsabilidade pode impedir a ação;
- A inexperiência em parcerias e a ausência de incentivos (e mecanismos) de trabalho colaborativo e/ou a falta de apoio pelos outros sectores são obstáculos maior, embora a necessidade de colaboração multisectorial seja firmemente reconhecida;
- Necessidades concorrentes (apenas nos países em desenvolvimento);
- A falta de recursos e financiamento foi identificado como uma barreira;
- Necessidade de formação, linhas orientadoras e exemplos de programas ou estudos de caso sobre o que funciona, bem como materiais de educação.

Um relatório da Organização Mundial de Saúde, revelou que apesar de 73% dos países terem um plano, estratégia ou política de combate à inatividade física, apenas 55% reportaram estarem operacionais e que apenas 42% têm um financiamento próprio para a promoção da atividade física (Kohl e col., 2012). A ação intersectorial, e muito particularmente, a ação intersectorial para a saúde são aspetos de relevância significativa para o sucesso da promoção da atividade física para a saúde no combate à inatividade física como fator de risco de elevada prevalência. A ação intersectorial é definida como o alinhamento de estratégias de intervenção e recursos entre atores de dois ou mais sectores da esfera pública para o alcançar de objetivos complementares que são relevantes e valorizados por todas as partes (Potvin, 2012). Por outro lado, segundo a Organização Mundial de Saúde, a ação intersectorial para a saúde é definida como a relação reconhecida entre uma parte ou partes do sector da saúde com parte ou partes de outros sectores que tenham sido formados para atuar num determinado aspeto para alcançar resultados em saúde (ou resultados intermédios em saúde), de uma forma que seja mais efetiva, eficiente ou sustentável do que se fosse atingido apenas pela atuação isolada do sector saúde (WHO, 1997). Estes aspetos de ação são reconhecidamente muito relevantes para o sucesso da promoção da atividade física para a saúde no combate à inatividade física como fator de risco de elevada prevalência. A promoção da atividade física

deve ser integrada na política nacional de saúde como uma parte importante do trabalho intersectorial da Saúde Pública dos governos. É defendido que o sector da saúde deve desempenhar um papel de liderança na criação de consciência política e pública e na facilitação da ação interministerial, a vários níveis de governação (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006). Tradicionalmente, a promoção da atividade física tem sido vista como um trabalho para os sectores do lazer e educação, através da promoção de desporto entre a população em geral e nos estabelecimentos educativos (WHO, 2007a). No entanto, nos últimos anos tem sido reconhecido que o desporto organizado, visto até então como uma parte vital da situação, faz uma pequena contribuição para os níveis de atividade física entre a população em geral - menos de 10% do total em muitos dos países (WHO, 2007a), o que torna a ação intersectorial neste âmbito de uma enorme importância.

Apesar de todos os desenvolvimentos que têm sido efetuados a nível internacional e nacional, torna-se necessário identificar e disseminar as boas práticas dos diferentes sectores para que o seu sucesso seja um fator catalisador para as restantes políticas e estratégias de ação intersectorial na promoção da atividade física para a saúde. Importante é também reforçar qual o papel do sector da Saúde na coordenação e facilitação da ação intersectorial/interministerial no apoio e *advocacy* da promoção da atividade física para a saúde entre os diferentes *parceiros* com responsabilidade na promoção da atividade física.

O aumentar dos níveis de atividade física na população requer uma abordagem de base populacional, multisectorial, multidisciplinar e culturalmente relevante. As políticas e planos nacionais de promoção da atividade física devem englobar múltiplas estratégias dirigidas em apoiar a pessoa e também em criar ambientes favoráveis à ocorrência de atividade física (WHO, 2010b). A “*Atividade Física e Saúde Pública*” é uma nova disciplina, emergindo de várias áreas de especialização. Há investigadores que afirmam que o desenvolvimento precoce desta disciplina teria sido bastante oportuno; como resultado desse desenvolvimento mais lento, a atividade física tem sido habitualmente emparelhada com outras prioridades em saúde pública, sendo que muitas vezes não é reconhecida, individualmente, como uma prioridade em saúde pública (Kohl e col., 2012). Para esse desenvolvimento, a análise de conteúdo às abordagens políticas e estratégicas da promoção da atividade física constitui uma importante tarefa da saúde pública; especialmente na última década, foram realizadas análises e recolhas sistemáticas em diversos países do mundo (Bellew e col., 2008, Bornstein; Pate; Pratt, 2009, Bull e col., 2004, Daugbjerg e col., 2009, Marques e col., 2011, Martin e col., 2006, Middelbeek; Kahlmeier, 2010, NPAP, 2010, Schoeppe; Bauman; Bull, 2004, WHO, 2011c).

Estas recolhas sistemáticas e análises qualitativas e documental são importantes instrumentos que providenciam informação sobre as atuais políticas, estratégias e abordagens em curso, bem como detetam lacunas que ajudam ao desenvolvimento de futuras políticas. Posto isto, torna-se relevante analisar as políticas e estratégias de ação intersectorial na promoção de *health-enhancing physical activity* em Portugal, sendo este o objetivo geral do estudo. Com esse desiderato, foram colocados perguntas de partida que serviram de base a esta investigação:

- i) Quais as políticas e estratégias de promoção de “health-enhancing physical activity” definidas e implementadas em Portugal pelos diferentes sectores e níveis de governação?*
- ii) Qual o papel do sector da Saúde (Saúde Pública, Promoção da Saúde e Cuidados de Saúde) na administração, liderança, coordenação, advocacia da ação intersectorial/interministerial para a promoção da atividade física para a saúde entre os diferentes parceiros?*
- iii) Quais os fatores-chave para o sucesso e implementação de boas práticas na promoção de atividade física para a saúde, a nível local, regional e nacional?*

Assim, foi desenhado um estudo qualitativo, descritivo e transversal para tentar procurar dar resposta a esta problemática. Foram selecionadas entidades chave, de vários níveis de governação e de vários sectores para colaboração no estudo. Para dar resposta às perguntas de investigação foram realizadas entrevistas individuais exploratórias a pessoas chave de cada entidade da amostra, análise documental e análise de conteúdo utilizando a categorização e enunciação, relativos aos documentos mais importantes para a temática, nos últimos anos, esperando assim conseguir atingir os objetivos que deram o mote à presente investigação sobre políticas e estratégias de ação intersectorial na promoção da HEPA em Portugal.

Capítulo II – Estado da arte

1 - Atividade Física: definição, conceitos e aspetos-chave

A atividade física é uma forma fundamental de melhorar a saúde física e mental das pessoas (WHO, 2004). Por definição, a atividade física, representa “*qualquer movimento corporal efetuado pelos músculos esqueléticos e que resulta num gasto de energia superior ao do metabolismo basal*” (Caspersen; Powell; Christenson, 1985). O conceito “*exercício físico*” e “*aptidão física*”, embora intimamente relacionados, são distintos do conceito “*atividade física*” (WHO, 2007a). O exercício físico é uma subparte da atividade física, definido como sendo planeado, estruturado e com movimentos corporais repetitivos que são realizados para melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física. A aptidão física é um conjunto de atributos que as pessoas têm ou atingem que estão relacionados quer com a saúde quer com a habilidade/capacidade (Caspersen; Powell; Christenson, 1985). Por seu lado, neste enquadramento, é importante também distinguir o conceito de “*desporto*” que foi definido como estando relacionado com atividades praticadas através do exercício e/ou com competições promovidas pelas organizações desportivas, constituindo igualmente uma subparte da atividade física (WHO, 2007a).

A definição de atividade física, deliberadamente ampla, significa que virtualmente todos os tipos de atividade física são de interesse para a saúde, inclusive o caminhar ou andar de bicicleta como meio de transporte, o dançar, os jogos tradicionais, a jardinagem e os trabalhos domésticos, bem como a prática desportiva ou de exercício deliberado. Assim, como já referido, desporto e exercício são apenas vistos como alguns tipos particulares de atividade física. O termo “*atividade física relacionada com a saúde*” (*health-enhancing physical activity / HEPA*) é usado correntemente ao longo da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS-EUR) sendo que este conceito enfatiza a ligação com a saúde focando “*qualquer forma de atividade física que beneficia a saúde e a capacidade funcional sem danos ou riscos excessivos*” (Foster, 2000).

2 - Benefícios da atividade física nas pessoas e sociedade: económicos, sociais, saúde, ambientais

A atividade física não tem apenas efeitos benéficos na mortalidade, morbidade e qualidade de vida. Confere também um alargado leque de benefícios económicos, ambientais, sociais para os indivíduos, comunidades e países como um todo (Daugbjerg e col., 2009). É um meio fundamental de melhorar a saúde de grupos populacionais de todas as idades, reduzindo o risco de muitas das NCDs e beneficiando a sociedade pelo aumento da interação social e do envolvimento da comunidade (WHO, 2011a).

O envolvimento regular em atividade física proporciona inúmeros benefícios físicos e psicossociais independentemente da faixa etária e sexo. Segundo a literatura atual (Baptista e col., 2011, Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006, WHO, 2011a) esta prática aumenta e mantém a saúde músculo-esquelética na medida que aumenta a resistência, flexibilidade e a força muscular, assim como mantém a saúde do aparelho cardiovascular, nomeadamente o coração e os vasos sanguíneos; melhora o condicionamento cardiorrespiratório, potencia a redução da gordura, aumenta a densidade óssea, reduz o risco de desenvolver doenças crónicas (e.g. diabetes, doença coronária), melhora o humor, autoestima e a perceção do próprio corpo. Está também associada à redução da ansiedade e depressão, contribui para a preservação das funções cognitivas e está relacionada com a redução do risco geral de cancro. Os benefícios da prática de atividade física não se restringem ao campo físico-funcional e mental dos indivíduos, mas repercutem-se igualmente na dimensão social, na medida que melhoram o desempenho funcional mantendo a independência, autonomia e liberdade dos indivíduos deixando-os, deste modo, menos vulneráveis a efeitos fisiológicos e psicológicos (Zaitune e col., 2007). Por outro lado, o envolvimento e a realização de atividade física previnem e controlam comportamentos de risco tais como o consumo de tabaco, álcool e outras substâncias, dietas não saudáveis e violência, especialmente nas crianças e adolescentes (Baptista e col., 2011, Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006, WHO, 2011a), podendo ser usada para estimular e catalisar outras mudanças comportamentais.

A atividade física não é apenas um assunto da saúde pública e não se limita aos benefícios diretos na saúde das pessoas; também promove o bem-estar das comunidades e a proteção do ambiente e engloba um investimento nas gerações futuras (WHO, 2011a). Subpartes da atividade física, particularmente o desporto e as ocupações ativas do tempo de lazer proporcionam oportunidades de desenvolver novas habilidades sociais e conhecer novas

peçoas, ajudando a diminuir os níveis de criminalidade e de comportamento antissocial. A promoção da atividade física pode ser uma força catalisadora positiva para a regeneração de uma área, por exemplo, através da criação de parques e espaços verdes ou vias para peões ou ciclovias em bairros. Inclusive, há evidências de que existam desigualdades sociais no que respeita à atividade física: pessoas mais pobres têm menor probabilidade de ter acesso a transportes que os levem aos locais de prática de alguns tipos de atividade física e uma maior probabilidade de viver em ambientes que não facilitem a realização da mesma (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

A inatividade física tem outros custos além dos contabilizados em termos de mortalidade, doença e qualidade de vida. Análises de custo têm revelado que a inatividade física têm um considerável impacto económico (Daugbjerg e col., 2009). Por exemplo, os custos anuais em Inglaterra – incluindo aqueles que vão para o sistema de saúde, dias de baixa ou perda de rendimento por morte prematura – foram estimados em 3-12 mil milhões de euros. Este valor excluía a contribuição da inatividade física para o excesso de peso e a obesidade, cujo custo total pode ir até 9.6-10.8 mil milhões de euros por ano, segundo os estudos analisados. Foi possível estimar o custo da inatividade física para cada país, por cidadão em 150 a 300 euros por ano (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006), pelo que aumentar os níveis atuais de atividade pode reduzir significativamente os custos para a sociedade, mas mesmo mantendo os níveis atuais, pode resultar em ganhos muito significativos a vários níveis.

3 – Dimensões e determinantes da Atividade Física

Existem diferentes fatores que influenciam a atividade física e vida ativa nas comunidades. O modelo proposto por Dahlgren (**Erro! Auto-referência de marcador inválida.**), adaptado por Edwards, Tsouros (2006), mostra os determinantes da atividade física: individuais (motivação, crenças, género, idade, capacidades); ambiente social (coesão social, cultura, rendimento, equidade, suporte social); ambiente construído (padrões de urbanização, transporte, design urbano, espaços verdes); ambiente natural (ar, água, meteorologia, topografia). Associado está o conceito de vida ativa (*active living*) que é uma forma de vida que integra a atividade física nas rotinas diárias, cujo objetivo é acumular pelo menos 30 minutos de atividade física por dia (WHO, 2008b), o que para os adultos seria uma forma de atingir as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010b).



Figura 1 - Determinantes da atividade física (Edwards; Tsouros, 2006, adaptado de Dahlgren, 1995)

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde aponta três dimensões dos determinantes da inatividade física que precisam de ser abordados convenientemente: fatores individuais (e.g. como as atitudes para com a atividade física, ou em acreditar na sua capacidade de ser ativo), o microambiente (e.g. o aumento da atividade física nos locais onde as pessoas vivem, estudam e trabalham) e o macroambiente (e.g. as condições gerais sócio-económicas, culturais e ambientais) (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006). Apresentam-se alguns exemplos de

trabalho de diferentes sectores, incluindo o da saúde, nas várias dimensões dos determinantes na promoção da atividade física (Figura 2):

Determinant type	Action from key sectors		
	Health	Sport and leisure	Transport and urban planning
Macro environment	<p>Providing stewardship for multidisciplinary action</p> <p>Delivering public health programmes to increase opportunities for physical activity for people on low incomes</p>	<p>Planning and delivering strategies for sport for all that reduce the cost of participation for people on low incomes and celebrate cultural diversity</p>	<p>Developing regional spatial plans that maximize public health and provide opportunities for active living</p>
Micro environment	<p>Representing the health sector on multidisciplinary planning committees</p> <p>Promoting physical activity among health-sector employees and service users</p>	<p>Improving access to sport and leisure opportunities for pedestrians and cyclists</p>	<p>Prioritizing access by pedestrians and cyclists in urban planning and designing communities conducive to walking</p>
Individual	<p>Delivering counselling for physical activity in primary care</p>	<p>Delivering targeted community sport programmes</p>	<p>Delivering targeted social marketing programmes for walking and cycling</p>

Figura 2 - Exemplos de ações dos diferentes sectores nos determinantes da actividade física (Cavill, Kahlmeier, Racioppi, 2006)

Assim, para o macroambiente, é recomendável que o sector da saúde junte esforços a outros sectores relacionados com os transportes e urbanismo para ajudar a criar espaços e ações para que a atividade física se torne mais fácil e segura.

Segundo a evidência, os programas de promoção da saúde devem ligar-se a elementos específicos do ambiente (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006). Inclui a influência do ambiente construído (tal como a conectividade/acessibilidade das ruas, a organização espacial da cidade, estética, a conveniência) e do ambiente natural (tal como o acesso a espaços verdes abertos). A percepção da conveniência da localização de estruturas para caminhar (e.g. passeios, pavimentos), assim como, as acessibilidades aos destinos (e.g. lojas, parques) e percepções sobre o tráfego e ruas congestionadas estão associadas com o andar a pé para propósitos particulares.

O sistema de transportes pode influenciar, fortemente, as oportunidades para se ser fisicamente ativo, por facilitarem o ir a pé ou de bicicleta para o trabalho e por capacitarem as pessoas de chegarem a sítios para serem ativas. Cavill e col. (2006) referem, por exemplo, um relatório que mostrou que os níveis do andar de bicicleta aumentaram, seguindo a introdução da portagem urbana no centro de Londres. As evidências recolhidas das intervenções sobre o andar de bicicleta, por exemplo, na Dinamarca e na Noruega também demonstraram como o andar de

bicicleta pode ser incrementado sem aumentar os acidentes de viação. Para além disso, algumas destas evidências sugerem que a avaliação do impacto na saúde pode ser usado para enfatizar os aspetos da política dos transportes associados à saúde (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006). Há também evidência, por exemplo, que os cartazes de educação para a saúde são efetivos ao ponto de as pessoas escolherem entre usar o elevador ou as escadas (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006). Uma revisão sistemática de estratégias que promovam a atividade física concluiu que caminhar é a mais importante forma de atividade física que deve ser encorajada para a melhoria da saúde pública, dado que é a atividade mais amplamente disponível. Intervenções que incentivem caminhar, e que não seja necessário frequentar um equipamento/instalação, têm maior probabilidade de conduzir a aumentos sustentáveis na atividade física em geral (WHO, 2002).

O microambiente também é alvo das ações de promoção de atividade física. Por exemplo, o local de trabalho tem um grande potencial para influenciar os níveis de atividade física. Os trabalhadores passam uma grande parte do seu tempo num ambiente que é, largamente, controlado pelos empregadores e pode ser modificado para um maior incentivo à atividade física. Apesar de haver opiniões diversas, o local de trabalho aparenta ser um bom contexto para criar e melhorar o acesso a locais para a atividade física, implementando-se políticas de suporte e distribuindo informação. Em particular, o local de trabalho aparenta ter potencial para promover a atividade física ao disponibilizar instrumentos e implementar políticas para encorajar as pessoas a caminhar e a ir de bicicleta para o emprego e políticas para restringir os parques de estacionamento no local de trabalho (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

Em termos sociais, apesar de as campanhas de comunicação dos *media* terem um grande potencial para influenciar as normas comunitárias relacionadas com o comportamento de saúde, incluindo a atividade física, e poderem alcançar uma faixa alargada da população a um custo relativamente baixo, raramente podem demonstrar um efeito sobre esse comportamento ao nível da população. No entanto, as campanhas são efetivas no aumento do conhecimento sobre um determinado fator, sendo assim uma componente útil num pacote abrangente de intervenções (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

Cavill e col. (2006), tal como para os locais de trabalho, afirmam que as escolas podem providenciar muitas oportunidades para a atividade física através da obrigatoriedade curricular da educação física, proporcionando espaços para brincar e ginásios para uso de toda a comunidade, dando ênfase a iniciativas como “*Safe routes to School*”, frequentes na Noruega e

República Checa, onde é incentivado o caminhar de e para a escola. Tudo isto combina mudanças nas infra-estruturas com programas promocionais, tais como o “*walk-to-school day*”, e mudanças nas políticas, tal como planos de transporte para a escola, entre outras estratégias. Quanto ao desporto e lazer, a participação regular em atividades desportivas tem um efeito positivo na saúde das pessoas e, por isso mesmo, é uma importante área da promoção de saúde. Políticas multissetoriais levaram a mudanças substanciais no financiamento público das organizações desportivas, dos serviços bem como na construção de locais para a prática de desporto (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006). Assim, para o microambiente, conclui-se que o sector da saúde, do emprego e da educação devem usar, quer os locais de trabalho, quer o ambiente escolar como um foco da promoção da atividade física. Devem organizar campanhas e eventos para aumentar a consciencialização para a atividade física, fazer mudanças nas políticas no local de trabalho e na escola, providenciando instrumentos e instalações para atividade física. Os sectores da saúde e do desporto e lazer devem desenvolver programas que utilizem a atividade física e o desporto como ideia-chave da mobilização de toda a comunidade, unindo as pessoas sob a bandeira da atividade física para a promoção da saúde (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

Numa dimensão individual, a evidência mais forte do benefício das intervenções verifica-se nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Recomendações do Reino Unido salientam a forte evidência para intervenções breves nos cuidados de saúde primários, concluindo que todos os profissionais dos CSP devem aproveitar a oportunidade, sempre que possível, para identificar adultos inativos e aconselhá-los a realizar 30 minutos de atividade física de intensidade moderada em pelo menos 5 dias da semana. Cavill e col. (2006) citam uma outra revisão da literatura que identificou os seguintes fatores como parte de programas efetivos:

- Selecionar indivíduos em ambientes comunitários;
- Usar as teorias de mudança comportamental para ensinar capacidades e adequar as intervenções às necessidades individuais;
- Promover a atividade física de intensidade moderada, em particular o caminhar, e atividade física que não dependa de instalações específicas;
- Incorporar acompanhamento regular e o contacto com especialistas do exercício (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

Em termos de faixas etárias, surpreendentemente, a evidência da efetividade das intervenções para promover a atividade física entre jovens é mais limitada do que para os adultos. Algumas potenciais intervenções dirigidas a este público passam por:

- Planeamento espacial regional e local:
 - Melhorar vias para o andar de bicicleta;
 - Melhorar parques e áreas para brincar;
 - Melhorar o número de clubes de jovens;
 - Fortalecer as ligações entre serviços de lazer e as escolas, para dar às crianças acesso a informação sobre a disponibilidade dos equipamentos e espaços.
- Serviços de saúde:
 - Intervenção nos cuidados de saúde primários para promover a atividade física, incluindo, por exemplo, conselhos sobre como reduzir tempo a ver televisão.
- Escolas:
 - Estreitando a ligação entre a educação física do plano curricular e a atividade física (por exemplo, despende mais tempo em educação física e encorajar a ida a pé ou de bicicleta para a escola);
 - Educação sobre a atividade física, redução da atividade/comportamento sedentário (ver televisão, jogar videojogos) e o potencial impacto da inatividade física;
 - Tornar as instalações da escola acessíveis fora do horário escolar;
 - Aumento das atividades extracurriculares (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

A mudança de estilo de vida é um processo facilitado através da combinação de experiências de aprendizagem que aumentam a consciencialização, motivação e constroem capacidades, através da criação de oportunidades que dão acesso a ambientes que tornam as opções saudáveis mais fáceis de adoptar (O'Donnell, 2009b). Assim para o nível individual, o sector da saúde deve assegurar que a promoção da atividade física é parte integral da prática dos cuidados de saúde primários. Isto inclui avaliar os níveis de atividade física bem como o aconselhamento e acompanhamento personalizado. Os sectores da educação, saúde, desporto, transporte e planeamento urbano devem considerar que os jovens têm o direito a ser fisicamente ativos, e tornar prioritária a criação de instalações e de oportunidades para serem ativos (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

4 – Inatividade física: pandemia global

A inatividade física foi definida como sendo um nível insuficiente de atividade física para alcançar as recomendações atuais da Organização Mundial de Saúde relativas aos níveis de atividade física (WHO, 2010b). É um conceito distinto e complementar ao conceito de comportamento sedentário, definido como qualquer comportamento de vigília caracterizado por um gasto de energia inferior a 1,5 *metabolic equivalent* (MET) na postura de sentado ou deitado (SBRN, 2012).

Os dados sobre a inatividade física enquanto factor de risco são muito relevantes para a priorização em Saúde Pública. Como já referido, esta problemática foi habitualmente identificada como o quarto maior fator de risco para a mortalidade global (6% de todas as mortes globalmente). Está imediatamente a seguir à hipertensão arterial (13%), tabaco (9%) e elevados níveis de glucose sanguínea (6%) (WHO, 2010b), sendo que mais recentemente, especialistas apontam que essa percentagem pode chegar aos 10% de todas as mortes anualmente (Lee e col., 2012).

Em setembro de 2011, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) num encontro ao mais alto nível governativo sobre prevenção e controlo das NCDs aprovou uma declaração política pelos chefes-de-estado presentes. Nessa importante declaração reconheceu-se a relevância da inatividade física através do facto de que as mais pro-eminentes doenças não transmissíveis estão ligadas a fatores de risco comuns, nomeadamente a falta de atividade física (UN, 2011).

Em 2011, num perfil das NCDs para Portugal (anexo 1), a OMS estimou uma prevalência de 53.9% pessoas (50% dos homens e 57,5% das mulheres) para a inatividade física na população portuguesa (WHO, 2011b). Num outro estudo foram calculados os dados para Portugal para condições específicas e comparados com outros países do mundo (Lee e col., 2012). Este investigadores da *Harvard School of Public Health* estimaram ainda os ganhos em termos de esperança média de vida se não houvesse inatividade física em mais 0,86 anos; na população mundial o ganho em termos de esperança media de vida caso as pessoas atingissem os níveis recomendados de atividade física seria na ordem dos 0,68 anos (Lee e col., 2012).

5 – Importância e relevância da atividade física em Saúde Pública

A Saúde Pública foi definida como sendo a ciência e arte da prevenção de doenças, prolongamento da vida e promoção da saúde através de esforços organizados da sociedade (Nutbeam, 1998). Por seu lado, e baseada na Carta de Otava, a Promoção da Saúde é entendida como o processo de capacitação das pessoas para o aumento do controlo sobre a sua saúde e forma de a melhorar (Nutbeam, 1998); promoção da saúde é também vista como a ciência e arte de ajudar as pessoas a descobrir sinergias entre as suas paixões fundamentais e um estado ótimo de saúde, aumentando a motivação para alcançar um estado ótimo de saúde, suportando-as na mudança do seu estilo de vida em direção a um estado ótimo de saúde (O'Donnell, 2009b). Um “estado ótimo de saúde” é um equilíbrio dinâmico entre a saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual (O'Donnell, 2009b). As *Essential Public Health Operations* (EPHO) (WHO, 2012) compreendem determinantes para as doenças transmissíveis e não transmissíveis e inclui as seguintes atividades:

- a promoção de mudanças nos estilos de vida, de práticas e de condições ambientais para facilitar o desenvolvimento de uma “cultura de saúde” entre os indivíduos e as comunidades;
- atividades de comunicação social e educacional dirigidas a promover condições, estilos de vida, comportamentos e ambientes saudáveis;
- reorientação dos serviços de saúde para desenvolverem modelos de cuidados que encorajem a promoção da saúde;
- parcerias intersectoriais para atividades de promoção da saúde mais efetivas;
- avaliação do impacto das políticas públicas na saúde;
- comunicação do risco (WHO, 2012).

A “Atividade Física e Saúde Pública” é uma disciplina emergente com grande potencial para a ação na promoção da atividade física para a saúde. Os especialistas referem que será necessário fazer evoluir a abordagem dum modelo puramente comportamental e ambiental para uma abordagem por sistemas à inatividade física. Uma abordagem sistemática à atividade física além da dependência na ciência comportamental necessita de mudanças coordenadas ao nível individual, socio-cultural, ambiental e político; capacitar a ação intersectorial é particularmente necessário nos países com médio-baixos rendimentos, onde as consequências não planeadas

do desenvolvimento podem afetar negativamente a atividade física relacionada com transportes e com o trabalho (Kohl e col., 2012).

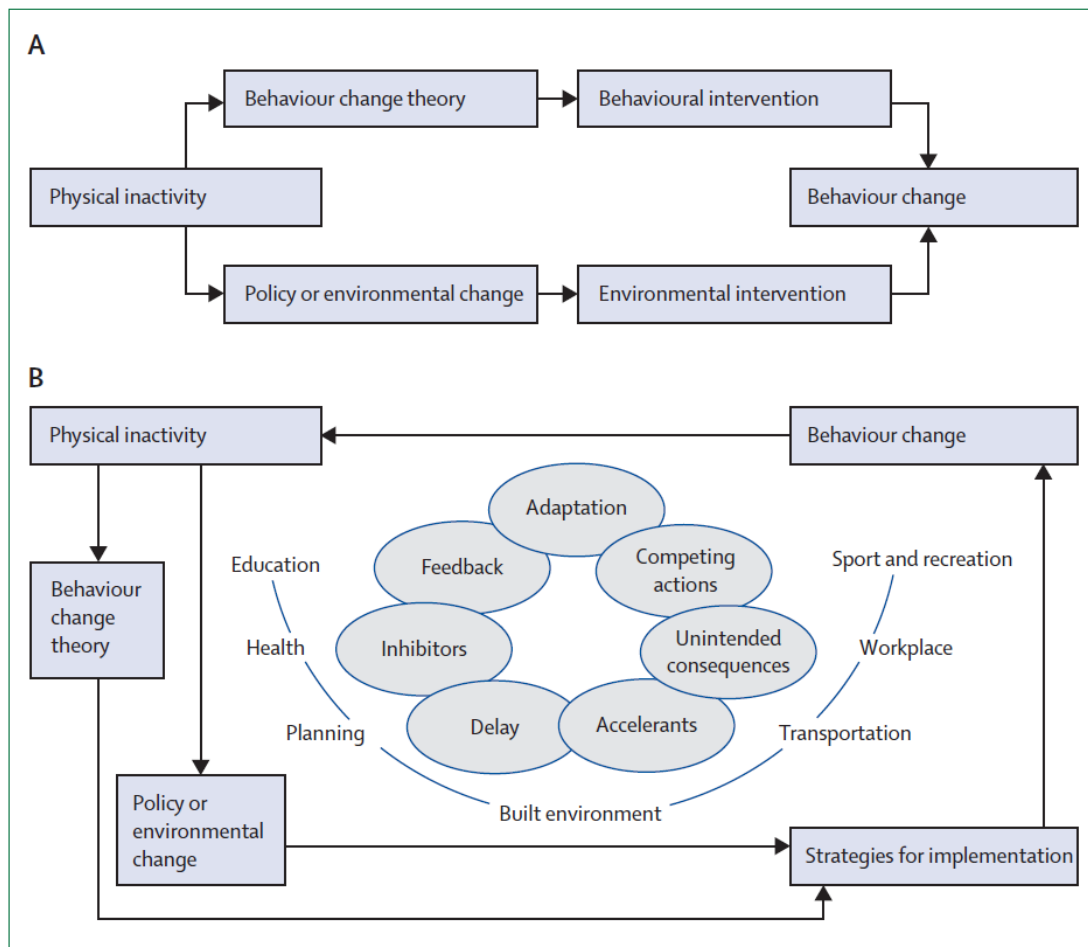


Figura 3 - Abordagem comportamental e ambiental (A); Abordagem por sistemas (B) - Kohl et al, 2012

A importância deste aspeto é reforçado por Daugbjerg e col., pois na história dos sucessos da Saúde Pública, as intervenções através de políticas têm desempenhado, frequentemente, um papel fundamental. O seu potencial de abranger um alargado número de pessoas também reforça a necessidade da ênfase no desenvolvimento de uma política na promoção da atividade física para a saúde (Daugbjerg e col., 2009).

A atividade física, para além de reduzir os fatores de risco de muitas doenças não transmissíveis, beneficia significativamente a sociedade, ao aumentar a interação social e a participação da comunidade. A maioria da população não atinge os níveis de atividade recomendados. Deste modo, os esforços para aumentar a atividade física devem ser encarados como medidas essenciais de saúde pública pelas seguintes razões:

- *Influenciam muitos dos problemas mais frequentes na sociedade;*
- *Existem provas da sua efetividade e muito poucas evidências relacionando-se como causa de algum potencial negativo;*
- *São acessíveis e pouco dispendiosos para a maioria da população;*
- *Os benefícios gerais na sociedade são tão grandes, que compensam o investimento efetuado. Deste enquadramento resulta um reforço positivo à necessidade de reconhecimento e monitorização da prática da atividade física da população e da definição de modelos de atuação e das correspondentes estratégias de ação que garantam, de forma eficaz e coerente, um plano de ação neste domínio (Baptista e col., 2011, PCM-IDP, 2011).*

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde definiu como um dos objetivos do seu Plano de Ação para a Estratégia global de prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis 2008-2013, a promoção de intervenções que reduzam os principais fatores de risco modificáveis e comuns às doenças não transmissíveis: uso de tabaco, dietas não saudáveis, inatividade física e abuso de álcool (WHO, 2008a). Segundo a OMS, a promoção da atividade física deve ser integrada na política nacional de saúde como uma parte importante do trabalho intersectorial da saúde pública dos governos nacionais. Os Ministérios da Saúde devem desempenhar um papel de liderança na criação de consciência política e pública e na facilitação da ação interministerial. As estratégias que definam como colaborar e construir capacidade (*build capacity*) a nível regional e local devem constituir uma importante parte da ação da Saúde Pública e da política nacional (WHO, 2007a).

A atividade física é uma componente crucial na política de saúde pública e no trabalho desta área (WHO, 2011a). Na última década, inúmeras estruturas foram criadas a nível global e um movimento crescente tem-se gerado em torno do assunto Atividade Física e Saúde Pública. Em 2010 foi lançada a Carta de Toronto para a Atividade Física¹ após o *3rd International Congress on Physical Activity and Public Health*, realizado em Maio de 2010 em Toronto, Canadá (ISPAH/GAPA, 2010). Esse congresso foi um marco bastante importante para a saúde pública e atividade física, onde foram definidas na Carta (anexo 3) 4 áreas fundamentais para ações recomendadas aos governos e organizações de todo o mundo para a promoção da atividade física para a saúde (ISPAH/GAPA, 2010):

¹ The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call to Action pela Global Advocacy Council for Physical Activity (GAPA) da International Society for Physical Activity and Health (ISPAH).

○ Áreas:

- 1 - Implementar uma política nacional e um plano de ação para a atividade física;
- 2- Introduzir políticas que apoiem a atividade física através de múltiplos sectores;
- 3 - Reorientar os serviços e financiar a priorização da atividade física;
- 4 - Desenvolver parcerias para a ação.

Mais recentemente destaca-se a Conferência das Nações Unidas sobre NCDs em setembro de 2011 (UN, 2011). A revista *The Lancet* em 2012 publica a existência de quatro áreas fundamentais para a infraestrutura global da atividade física e saúde pública, representada na Figura 4 (Kohl e col., 2012), como tendo sido os marcos mais importantes da última década:

- Políticas e planeamentos;
- Liderança e advocacia;
- Formação e desenvolvimento profissional;
- Vigilância.

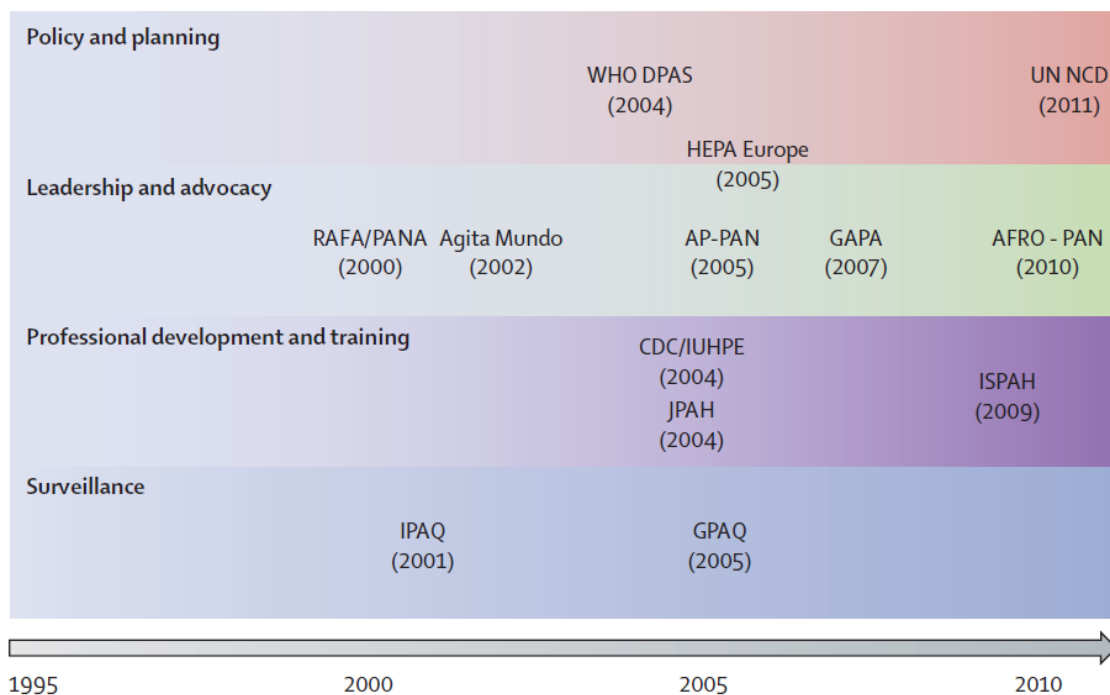


Figura 4 - Áreas fundamentais para a infraestrutura global da atividade física e saúde (Kohl e col., 2012).

Legenda: WHO DPAS=WHO global strategy on diet, physical activity and health. UN NCDs=United Nations high-level meeting on non-communicable disease. HEPA=Health Enhancing Physical Activity. RAFA/PANA=Red Actividad Fisica de las Americas/Physical Activity Network of the Americas. AP-PAN=Asia Pacific Physical Activity Network. GAPA=Global Advocacy for Physical Activity. AFRO-PAN=Africa Physical Activity Network.³⁷ CDC/IUHPE=Centers for Disease Control and Prevention/International Union for Health Promotion and Education. JPAH=*Journal of Physical Activity and Health*. ISPAH=International Society for Physical Activity and Health. IPAQ=international physical activity questionnaire. GPAQ=global physical activity questionnaire.

Parece-nos importante, à semelhança do que já acontece noutros documentos estratégicos internacionais, clarificar e diferenciar a este nível da promoção da atividade física para a saúde, e dentro do grande sector saúde (*health sector*), as responsabilidades da saúde pública (*public health*) e dos cuidados de saúde (*healthcare*). Assim, as abordagens serão mais eficientes e as responsabilidades/trabalho mais facilmente entendíveis. A título de exemplo, a Aliança Nacional para a Promoção da Atividade Física (NPAP, 2010) nos Estados Unidos da América distingue como prioridades da saúde pública:

- *Desenvolver e manter recursos humanos de saúde pública, ética e culturalmente diversificados, de ambos os sexos com competência e expertise em atividade física e saúde;*
- *Criar, manter e alavancar parcerias intersectoriais e alianças que implementem estratégias efetivas de promoção da atividade física. As parcerias devem incluir representantes da saúde pública; cuidados de saúde; educação; parques (espaços verdes), lazer, fitness e desporto; transportes, desenho urbano e planeamento comunitário; comércio e indústria; organizações voluntárias e sem fins lucrativos; comunidades religiosas; mass media; e organizações que trabalhem com populações historicamente carenciadas e pouco estudadas.*
- *Envolver-se na advocacia e desenvolvimento de políticas para elevar o grau de prioridade da atividade física na prática, política e investigação em saúde pública.*
- *Disseminar ferramentas e recursos importantes para a promoção da atividade física, incluindo recursos que abordem o impacto da doença devido à inatividade, a implementação de intervenções baseadas na evidência e oportunidades de financiamento para iniciativas de atividade física.*
- *Expansão da monitorização dos determinantes políticos e ambientais da atividade física, expansão da monitorização dos níveis de atividade física nas comunidades (vigilância) e monitorização da implementação de abordagens de saúde pública para a promoção de estilos de vida saudáveis (avaliação).*

Paralelamente, a NPAP define como prioridades dos cuidados de saúde:

- *Tornar a atividade física num sinal vital das pessoas que todos os prestadores de cuidados de saúde avaliem e discutam com os seus utentes/pacientes.*
- *Estabelecer a inatividade física como uma condição tratável e prevenível com profundas implicações para a saúde.*

- *Utilizar as abordagens dos sistemas de cuidados de saúde para promover a atividade física, prevenir e tratar a inatividade física.*
- *Reduzir as disparidades no acesso aos serviços de atividade física nos cuidados de saúde.*
- *Incluir a educação para a atividade física na formação de todos os profissionais de cuidados de saúde.*
- *Advogar a nível local, regional e institucional para políticas e programas que promovam atividade física.*

Em 2008 a União Europeia (EU) lançou 41 orientações sobre a promoção da Atividade Física, que em 2009 o Instituto do Desporto de Portugal traduziu e editou. Organizavam-se em diferentes áreas de atuação: educação, desporto, saúde, transportes, ambiente, planeamento urbano e segurança pública, ambiente de trabalho, serviços dirigidos a seniores (anexo 2). Também a UE nas suas recomendações distingue entre “sector da Saúde Pública” (*public health sector*), sector dos Cuidados de Saúde (*healthcare sector*) prestadores de seguros de saúde (*health insurance providers*) e afirma que, para uma discussão estruturada da forte relação mútua entre a atividade física e a saúde, essa distinção é necessária (UE, 2009). Por considerarmos bastante relevante, apresentamos os principais pontos de cada distinção:

- *Sector da Saúde Pública: Para que a promoção da atividade física se torne numa prioridade das políticas de saúde é necessário dedicar atenção à atividade física num sentido mais amplo, através de uma abordagem global e sustentável, em larga escala, baseada em toda a população. Os sistemas de saúde podem facilitar uma atuação coordenada multinível ao tornarem a atividade física uma parte integrante da prevenção primária, documentando intervenções efetivas e disseminando a investigação, através da demonstração dos benefícios económicos que resultam do investimento na atividade física, advogando e trocando informação e interligando as políticas relevantes de forma a facilitar as ligações entre a saúde e outros sectores de forma a garantir que as políticas públicas irão aumentar as oportunidades para a atividade física. O sector da saúde pública deve implementar intervenções ou programas destinados a aumentar a atividade física por questões de saúde apenas se há evidência da sua eficácia. A implementação de intervenções e de programas de atividade física válidos e fiáveis deverá, pois, basear-se nas melhores evidências disponíveis, recorrer a um conjunto de abordagens à mudança comportamental e ter em conta o contexto ambiental da atividade física. A avaliação e a análise de risco são igualmente essenciais para avaliar o equilíbrio geral entre os benefícios e os possíveis riscos acrescidos de níveis mais elevados de atividade física (e.g.*

lesões). Uma importante tarefa do sector da saúde pública é melhorar a medição de atividade física no âmbito dos programas de vigilância da saúde das populações e para uma melhor avaliação dos efeitos dos programas de atividade física. Melhores instrumentos para medir a atividade física irão permitir a identificação dos grupos populacionais que têm maiores necessidades em termos de atividade física. Os questionários representam o método usado com maior frequência para medir a atividade física da população². Estão a ser concebidos instrumentos destinados a avaliar o nível de atividade física, mas esses instrumentos necessitarão ainda de ser testados. Uma avaliação objetiva dos níveis de atividade física (e.g. através de acelerómetros) poderá igualmente contribuir para uma melhor vigilância dos níveis de atividade física da população. Na sociedade, o sector da saúde pública tem de trabalhar no sentido de alterar as normas sobre atividade física e desenvolver o apoio social para apoiar a HEPA a nível comunitário e populacional. Estas normas podem ser definidas como normas descritivas (promover a visibilidade da atividade física), normas subjetivas (melhorar a aprovação social da atividade física) e normas pessoais (promover o comprometimento pessoal para ser fisicamente mais ativo). No campo da formação profissional, o sector da saúde pública tem um papel de liderança na formação dos profissionais envolvidos na HEPA, tanto em termos de profissionais do sector da saúde pública como dos profissionais que trabalham diretamente com as pessoas. As necessidades de formação daqueles que proporcionam programas e intervenções de atividade física implicam uma combinação de saber, capacidade técnica e competências de diferentes áreas (saúde, atividade física, desporto e medicina desportiva). Paralelamente, os programas destinados a sensibilizar os profissionais de saúde sobre as vantagens da atividade física para a saúde, irão aumentar as oportunidades para que os profissionais de saúde se envolvam com variadas organizações e que desenvolvam equipas multidisciplinares (UE, 2009).

² Como um comportamento, a atividade física pode ser caracterizada e quantificada de diversos modos, através da aplicação de questionários, que permitem recolher informações, no que se refere, à perceção das pessoas relativamente à prática de atividade física (e.g. Questionário Internacional de atividade Física - IPAQ), sensores de movimento (e.g. acelerómetros, pedómetros), calorimetria direta/indireta, água duplamente marcada, cardiofrequencímetros, entre outros (Baptista, *et al*, 2011).

○ Sector dos Cuidados de Saúde: *“Os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas) que trabalham com os indivíduos e comunidades (e.g. escolas) podem proporcionar aconselhamento em relação à atividade física para a saúde ou podem referenciar as pessoas para especialistas em atividade física. Tal aconselhamento personalizado irá tomar em conta a idade, ocupação, estado de saúde, experiências anteriores e outros fatores relevantes. Aconselhamento adequado implica uma avaliação do estado atual dos níveis de atividade física, níveis de motivação, preferências, bem como de riscos para a saúde em relação à atividade física e monitorização dos progressos. Os profissionais de saúde devem capacitar os pais a promoverem atividade física com as suas crianças e auxiliar os professores a melhorar os programas de educação física nas escolas. A eficácia dos profissionais de saúde em induzir alterações comportamentais positivas está bem documentada no campo da promoção da atividade física como um hábito. No entanto este papel dos profissionais de saúde necessita de mais reconhecimento, quer duma perspetiva profissional quer financeira. Através da cooperação com profissionais de áreas como o desporto, educação, transportes e planeamento urbano, os profissionais de saúde podem proporcionar informação, conhecimento e experiência para uma abordagem local integrada à promoção de estilos de vida saudáveis e ativos (UE, 2009).*

No seguimento das Recomendações, e a partir do momento em que a *World Confederation for Physiotherapy (WCPT)* passou a integrar os grupos de trabalho da União Europeia nesta temática, a região europeia da WCPT deu o seu contributo para profissionais de saúde a atuar nesta área: *“Os fisioterapeutas têm um papel no aconselhamento e acompanhamento à população para a utilização da atividade física para se manterem ativos e saudáveis. Os seus conhecimentos específicos da funcionalidade, movimento, exercício específico e ativação combinado com o conhecimento do efeito das doenças e incapacidades na funcionalidade é fundamental na prescrição do exercício. Os fisioterapeutas têm uma compreensão abrangente do conceito de atividade física e utilizam a atividade física de várias formas, a diferentes níveis e em diversas áreas de trabalho. Como membros de equipas multidisciplinares, os fisioterapeutas trabalham com outros profissionais de saúde contribuindo para a abordagem às condições relacionadas com os estilos de vida (ER-WCPT, 2012).”*

Ainda no sector da Saúde, a União Europeia providencia também algumas estratégias para o sector dos prestadores de seguros de saúde (anexo 2).

Alguns exemplos concretos de ações estratégicas do sector da Saúde são apresentados na tabela seguinte:

Tipo de determinante da AF	Exemplos de estratégias do sector da Saúde (adaptado de Cavill e col., 2006)
Determinantes da AF macroambiente	Proporcionar (<i>stewardship</i>) administração para a ação multidisciplinar. Desenvolver programas de Saúde Pública para aumentar as oportunidades de atividade física para pessoas com baixos rendimentos.
Determinantes da AF microambiente	Representar o sector da saúde nas equipas de planeamento multidisciplinar. Promover a atividade física entre os colaboradores do sector da saúde e entre os utilizadores dos diferentes serviços de saúde.
Determinantes da AF individual	Aconselhar as pessoas para a atividade física nos cuidados de saúde primários.

6 - Atividade Física: dados e factos

6.1 – Europa, Região Europeia da OMS e União Europeia

Aproximadamente dois terços da população adulta (pessoas com idade superior a 15 anos) na União Europeia não atingem os níveis de atividade física recomendados. A Organização Mundial de Saúde identificou os aspetos-chave da Atividade Física na Região Europeia da OMS (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006), adaptado da tradução realizada pelo Centro de Investigação em Atividade Física e Lazer da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto (CIAFEL-FADEUP) em 2008 ao livro da Organização Mundial de Saúde “*Physical activity and health in Europe: evidence for action*” (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006):

- *A inatividade física é um dos fatores de risco para a saúde e estima-se contribuir para 1 milhão de mortes (10% do total), por ano na Região e contribui para 8.3 milhões de anos de vida ajustados pela incapacidade (DALY - disability adjusted life years) (5% do total) na Região;*
- *Mais de metade da população da região não é suficientemente ativa para cumprir as recomendações de saúde; em média, apenas 31% dos participantes num estudo europeu reportaram níveis suficientes de atividade física;*
- *A tendência na Região é para a diminuição dos níveis de atividade física e não para o aumento;*
- *Apenas 34% dos jovens europeus de 11, 13 e 15 anos reportaram suficiente atividade física para atingir as recomendações atuais. Na maioria dos países, os rapazes foram mais ativos que as raparigas e os níveis diminuem com a idade em ambos os sexos;*
- *A proporção de jovens ativos varia largamente entre os países, indo por exemplo dos 11% das raparigas e 25% dos rapazes em França até 51% das raparigas e 61% dos rapazes na Irlanda entre jovens de 11 anos. A proporção de jovens ativos de 15 anos do sexo masculino foi de 49% na República Checa e 25% em Portugal;*
- *As desigualdades entre países estão a aumentar, com os países da parte Este da Europa a terem o maior impacto;*
- *Os diferentes grupos socioeconómicos também revelam desigualdades: pessoas mais pobres têm menos tempo livre e menos acesso a recursos de lazer, ou vivem em ambientes que não favorecem a atividade física;*
- *As estimativas dos custos diretos (cuidados de saúde) e indiretos (perda de produtividade económica devido a doença, morte prematura ou incapacidade e/ou doença relacionada com o trabalho) da inatividade física são alarmantes (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).*

A região europeia da OMS dispõe de uma base de dados online onde disponibiliza documentos de âmbito nacional e onde é possível filtrar por país, tipo, nível e sector.

Adicionalmente, a região europeia da OMS disponibiliza nesta base de dados documentos sobre nutrição, obesidade e atividade física que servem de base a muito do trabalho realizado pelos investigadores desta área.

A rede Europeia para a promoção da actividade física para a saúde (HEPA Europe - *European network for the promotion of health-enhancing physical activity*) é uma organização fundamental para o desenvolvimento deste tema nos últimos anos em toda a Europa, através de advocacia, papel consultivo e partilha de informações. A primeira rede existiu entre 1996 e 2011, financiada pela UE (Martin e col., 2006), na altura coordenada pelo *UKK Institute for Health Promotion Research* de Tampere na Finlândia (Schoeppe; Bauman; Bull, 2004). Está atualmente integrada na Organização Mundial de Saúde - Região Europa (fundada em maio de 2005, Gerlev na Dinamarca) (Martin e col., 2006). A rede HEPA Europe estabeleceu colaboração com a *Comissão Europeia e Agita Mundo* para a implementação dos seus projetos (Martin e col., 2006)

Recentemente, os participantes num workshop da região europeia da OMS realizado em Zurique, sobre o assunto identificaram alguns constrangimentos mais frequentes no que toca à promoção da atividade física para a saúde pelos países membros: muitos países reportaram uma falta de comprometimento político forte e continuado, frequentemente relacionado com problemas de financiamento e, muito em particular, o financiamento contínuo assegurado a longo prazo. Adiantam que os mesmos revelaram-se determinantes para o progresso feito num país na promoção da atividade física. Os esforços de avaliação das políticas nacionais e dos programas de implementação foram muito limitados, com algumas notáveis exceções reportadas no workshop, indicando uma contínua falta de reconhecimento da importância de políticas efetivas. A monitorização e vigilância foram também mencionadas como áreas a investir, bem como em assegurar uma verdadeira colaboração intersectorial para além da fase de desenvolvimento das políticas (WHO, 2013b).

A eficácia da implantação das orientações da União Europeia sobre atividade física passa pela redução da prevalência da inatividade física em pelo menos um ponto percentual por ano num futuro próximo (Baptista e col., 2011). Em termos de monitorização há que ter em conta que muitos estudos anteriores baseados na avaliação da atividade física num único domínio, geralmente a atividade desportiva no tempo de lazer, subestimam em maior ou menor grau, consoante os países, a prática de atividade física (Baptista e col., 2011).

6.2 – Portugal

Em termos de rede de apoio, a HEPA Europe da OMS-EUR tem membros espalhados por toda a Europa. Em Portugal, 2 membros estão listados, integrando os 116 membros da Rede à data de Outubro de 2011.

Quanto à situação em termos de vigilância dos valores dos níveis de atividade física em Portugal, os resultados apresentados pelo Observatório Nacional de Atividade Física e Desporto (ONAFD) em 2011 (Baptista e col., 2011) enunciam resumidamente, o seguinte:

- *Nos jovens, os rapazes de 10-11 anos de todas as regiões de Portugal Continental apresentam valores médios indicativos de serem suficientemente ativos (prática de pelo menos 60 minutos de atividade física de intensidades moderada e vigorosa). Após esta idade somente os rapazes de 12-13 anos da região do Norte revelam uma prática suficiente de atividade física;*
- *As raparigas ficam aquém da prática de 60 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada e vigorosa;*
- *As pessoas adultas, assim como os homens idosos das regiões do Norte, do Centro e de Lisboa, apesar de um resultado limiar, cumprem os 30 minutos de atividade física de intensidade pelo menos moderada;*
- *As mulheres idosas em todas as regiões não praticam 30 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada.*

Embora seja nos adultos de ambos os sexos e de todas as regiões de Portugal Continental que se observa uma maior percentagem de pessoas suficientemente ativas, cerca de 18%-31% dos homens e de 27%-47% das mulheres adultas, consoante a região, são insuficientemente ativos. Quando são considerados blocos de 10 minutos de atividade contínua de intensidade pelo menos moderada, nenhum grupo populacional consegue alcançar a quantidade de atividade física recomendada. É importante reconhecer que as recomendações atuais para acumulação de 30 minutos ou mais de atividade física de intensidade pelo menos moderada na maioria dos dias da semana para as pessoas adultas (ou de 60 minutos para os jovens) é baseada em associações epidemiológicas entre a atividade física auto-reportada por homens e a saúde (Baptista e col., 2011).

Os investigadores ligados ao Observatório referem que seja provável que relações epidemiológicas baseadas em medidas objetivas da atividade física, não só em homens como

em mulheres, possam resultar em recomendações diferentes. Uma acumulação de atividade física inferior a 30 minutos por dia avaliada por acelerómetro pode, eventualmente, propiciar benefícios significativos de saúde, uma vez que níveis mais baixos de medidas objetivas correspondem a níveis mais elevados de atividade física auto-reportada (Baptista e col., 2011).

Quanto ao comportamento sedentário, é reforçado por Baptista e col. (2011) que o sedentarismo não é a ausência de prática de atividade física moderada e vigorosa. Apesar de o seu efeito na saúde não se encontrar suficientemente estudado, parece tornar-se cada vez mais importante a sua quantificação. Neste estudo realizado pelo Observatório Nacional de Atividade Física e Desporto os rapazes demonstraram menor tempo de atividade sedentária do que os adultos e os idosos, que apresentam valores similares. Nas mulheres, as jovens apresentaram valores de atividade sedentária semelhantes aos das adultas, embora inferiores aos das idosas. Os jovens e os idosos, em particular as raparigas/mulheres, devem, assim, constituir grupos-alvo de estratégias de prevenção que têm por objetivo o aumento da prática de atividade física, uma vez que somente cerca de 10% das raparigas e 28% das mulheres idosas são consideradas suficientemente ativas. Níveis insuficientes de atividade física em idades jovens tendem a persistir durante a idade adulta e representam um fator de risco para diversas doenças. Por outro lado, as pessoas idosas, para além de serem aquelas que menos praticam atividade física, são também aquelas que mais dependem dos recursos de saúde (Baptista e col., 2011). Os investigadores recomendam que entre os jovens, as intervenções para a promoção da atividade física abarquem a família, a escola e a comunidade, assim como alterações no meio envolvente, parecem ser as mais eficazes e devem ser privilegiadas. Nas pessoas idosas, a ação do poder local, através das câmaras municipais e das juntas de freguesia, tem sido apontada como fundamental para a implantação de contextos organizados e acessíveis para a prática de atividade física. Estas intervenções devem ser particularmente reforçadas em algumas regiões de Portugal Continental, uma vez que os habitantes do Alentejo e do Algarve apresentavam na altura valores inferiores aos do Norte, do Centro e de Lisboa. Neste contexto, estas regiões do País deviam constituir regiões-alvo de estratégias de promoção da atividade física (Baptista e col., 2011).

6.3 - Outras experiências internacionais

Estudos e relatórios anteriores indicam que tanto a nível nacional como internacional, o sector da saúde pode liderar na identificação das sinergias, realizando fortes conexões entre os principais quadros políticos e as iniciativas relativas à promoção da atividade física (Cavill;

Kahlmeier; Racioppi, 2006, WHO, 2007a). Com isso, os sistemas e iniciativas desenvolvidas pelos vários sectores ganhariam valor adicional, e que inclui os seguintes itens (adaptados da tradução realizada pelo CIAFEL-FADEUP em 2008 ao livro da Organização Mundial de Saúde “Physical activity and health in Europe: evidence for action.”):

- *A Estratégia Global da OMS sobre Dieta, Atividade Física e Saúde que afirma que as políticas multisectoriais são necessárias para promover a atividade física;*
- *A carta sobre a obesidade e o documento sobre a atividade física apresentados na Conferência Ministerial Europeia da OMS sobre Combate à Obesidade nos finais de 2006;*
- *O Plano de ação sobre Ambiente e Saúde das Crianças Europeias, que contém compromissos dos estados-membros para proteger a saúde das crianças em áreas prioritárias, incluindo a promoção da atividade física através de ambientes facilitadores;*
- *A plataforma da UE sobre dieta, atividade física e saúde destinada a potenciar a ação voluntária ao longo da UE dos sectores da economia, da sociedade civil e do sector público;*
- *O Livro Verde da Comissão Europeia sobre promoção de dietas saudáveis e atividade física, que define pontos-chave para debate com os Estados-membros e a sociedade civil e serviria como base para o desenvolvimento da nova estratégia de saúde;*
- *A Comissão Económica Europeia das Nações Unidas (UNECE) / Programa Pan-Europeu do Transporte, Saúde e Ambiente da Organização Mundial de Saúde, que providencia uma estrutura de ação sobre áreas prioritárias incluindo a promoção do caminhar e do andar de bicicleta, com segurança nas áreas urbanas;*
- *A rede europeia para a promoção de atividade física relacionada com a saúde (HEPA Europe da OMS), um projeto de colaboração internacional que trabalha por uma melhor saúde através da atividade física;*
- *O projeto das Cidades Saudáveis da OMS (Healthy Cities), envolvendo os governos locais e promovendo o desenvolvimento de políticas abrangentes, incluindo aquelas relacionadas com a atividade física e vida ativa (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).*

Num relatório de um *workshop* da OMS-EUR sobre “Abordagens nacionais à promoção de atividade física para a saúde” (WHO, 2013b), dinamizado pela rede HEPA, foram identificadas algumas semelhanças entre os países da região Europeia da Organização Mundial de Saúde que participaram, como por exemplo:

- de uma maneira ou de outra, a política de promoção de saúde abrange a atividade física;

- todos os países participantes (exceto um), tiveram recentemente, em algum momento, uma política dedicada à promoção da atividade física (em alguns caso combinada com outros fatores de risco);
- em todos os países, foi possível identificar políticas e estratégias relevantes através da Ferramenta de avaliação das políticas para a actividade física relacionada com a saúde (HEPA PAT - *Health-enhancing physical activity Policy Audit Tool*);
- a maioria dos países tiveram programas nacionais de promoção da atividade física de larga escala que foram, habitualmente, limitados temporalmente;
- todos os países reportaram que foi requerida uma “consulta” formal de outros sectores para a política governamental mas era frequentemente mencionado que era apenas “em teoria” e que na prática poderia ser muito mais limitado (WHO, 2013b).

Nesta revisão, a liderança para a promoção da atividade física a nível nacional está normalmente identificada dentro do governo, mais frequentemente com o Ministério da Saúde. No entanto, pode variar de acordo com políticas mais específicas. A liderança para a implementação está normalmente a um nível sub-nacional (regional) ou delegada em outras organizações não-governamentais (WHO, 2013b).

7 - Ação intersectorial para a Saúde

Ação intersectorial refere-se ao alinhamento de estratégias de intervenção e recursos entre atores de dois ou mais sectores da esfera pública para o alcançar de objetivos complementares que são relevantes e valorizados por todas as partes (Potvin, 2012). Ação intersectorial para a saúde é a relação reconhecida entre uma parte ou partes do sector da

saúde com parte ou partes de outros sectores que tenham sido formados para atuar num aspeto para alcançar resultados em saúde (ou resultados intermédios em saúde) da forma que seja mais efetiva, eficiente ou sustentável do que se fosse atingido apenas pela atuação isolada do sector saúde (WHO, 1997).

As condições para uma efetiva ação intersectorial apresentadas pelo Ministério da Promoção Saúde do Canadá (PHAC, 2007) são:

- As partes têm de identificar uma necessidade para trabalhar juntos para atingir os seus objetivos. Isto requer clarificação dos objetivos individuais das organizações, bem como de objetivos comuns;
- Num ambiente operacional mais abrangente há oportunidades que promovem colaboração intersectorial, a comunidade compreende e suporta-a;
- As organizações têm a capacidade – os recursos requeridos, capacidade e conhecimento – para tomar ação;
- As partes desenvolvem uma relação para basear ações planeadas e cooperativas. A relação é claramente definida e assenta na confiança e respeito.
- A ação planeada é bem concebida e pode ser implementada e avaliada. A ação é clara e existe um acordo a cumprir. Os papéis e responsabilidades são claros.
- Existem planos para monitorizar e sustentar os resultados..

A definição das operações essenciais em Saúde Pública - EPHO (WHO, 2012) apresenta ainda ações para lidar com os determinantes da saúde e iniquidade em saúde, no que toca a “Capacidade para a ação intersectorial”:

Políticas, estratégias e intervenções dirigidas a tornar fáceis as escolhas saudáveis

A Promoção da Saúde deve incluir o seguinte:

- *Capacidade para lidar com os determinantes sociais das escolhas saudáveis, como por exemplo, a disponibilidade, acessibilidade e custos de comida fresca e com segurança ou de espaços verdes para a atividade física nas áreas urbanas;*

- *Avaliação periódica de programas de promoção da saúde e prevenção da doença;*
- *Inquérito ao estado de saúde da comunidade, baseado nas necessidades para as políticas nacionais e subnacionais de saúde;*
- *Capacidade dos documentos políticos de comunicar a informação dos riscos de saúde, estado de saúde da população e saúde a um nível nacional e subnacional.*

Estruturas, mecanismos e processos para capacitar a ação intersectorial

A Promoção da Saúde deve incluir o seguinte:

- *Existência de base legal para a promoção da saúde tais como regulações ou comités intersectoriais;*
- *Implementação sistemática da avaliação do impacto em saúde;*
- *Foco em determinantes da saúde abrangentes a outras áreas políticas;*
- *Participação da sociedade civil;*
- *Capacidade de implementar políticas – através da legislação, financiamento, investigação;*
- *Existência de acompanhamento sistemático e avaliação de atividades;*
- *Capacidade administrativa para a promoção da saúde.*

Atividades intersectoriais, incluindo o papel de liderança do Ministério da Saúde, em garantir a abordagem da saúde em todas as políticas, em relação aos seguintes ministérios (áreas):

- *Ministério da Educação;*
- *Ministério dos Transportes e Ambiente;*
- *Ministério da Indústria;*
- *Ministério do Trabalho;*
- *Outros ministérios relevantes.*

A Promoção da Saúde deve incluir o seguinte:

- *Comunicação entre ministérios, incluindo a existência de colaboradores de ligação ou protocolos especiais;*
- *Existência de uma estratégia liderada pelo Ministério da Saúde para envolver os outros sectores;*

- *Elaboração de materiais específicos de educação para a saúde para diferentes faixas etárias e/ou grupos com características étnicas ou sociais particulares;*
- *Monitorização contínua e avaliação dos projetos de promoção da saúde.*

A abordagem da “Saúde em todas as Políticas” é um aspeto que tem vindo a ser enfatizado como essencial às abordagens da saúde pública e promoção da saúde, reforçada com a Declaração de Helsínquia (WHO, 2013a). Uma das ações recomendadas nesse documento: *“Strengthen the capacity of Ministries of Health to engage other sectors of government through leadership, partnership, advocacy and mediation to achieve improved health outcomes”* parece-nos de extrema relevância para a ação intersectorial na promoção da atividade física para a saúde.

7.1 - Ação intersectorial na Promoção da Atividade Física para a Saúde

A OMS-Europa aconselha e apoia os países da região europeia no desenvolvimento e implementação de políticas e ações ajustadas que promovam um estilo de vida ativo através de abordagens multisectoriais (WHO, 2004). Também defende o envolvimento das pessoas em estilos de vida mais ativos através do aumento da sua compreensão sobre a importância e oportunidades de movimento pela saúde, onde a promoção da atividade física representa ganhos em Saúde Pública. A *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health* da OMS, refere que apesar dos efeitos da dieta e da atividade física interagirem, frequentemente, com a saúde, particularmente em relação à obesidade, existem benefícios adicionais de saúde a serem retirados da atividade física que são independentes da nutrição e da dieta (WHO, 2004).

Os profissionais de saúde pública têm um papel de liderança importante na coordenação da ação multisectorial, mas para o sucesso da intervenção destes sectores significa que se têm de formar alianças fortes com profissionais de outras áreas de especialização (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

O Ministério da Saúde do Brasil é um modelo a seguir no que toca à promoção da atividade física para a Saúde, tendo vindo a desenvolver políticas muito interessantes a este respeito através de redes e programas nacionais (SPS-MS, 2002). Também a título de exemplo, o Plano Nacional de Promoção da Atividade Física dos Estados Unidos da América inclui

recomendações que estão organizadas em 8 eixos da sociedade: Saúde Pública; Cuidados de Saúde; Educação; Transportes, Planeamento Urbano e design comunitário; Parques recreativos, “*health clubs*”, academias e desporto; Sector privado e indústria; Voluntariado e organizações sem fins lucrativos; Comunicação Social. Mais tarde, nos Estados Unidos, foi criada a Aliança Nacional para a Promoção da Atividade Física de forma a reforçar a estrutura de promoção intersectorial, situação que se revela muito importante possuir (NPAP, 2010).

Daugbjerg e col. realizou em 2009 uma análise de conteúdo a 27 documentos de políticas nacionais da região europeia da OMS na área da promoção da atividade física para a saúde. Dos 24 países, 19 tinham pelo menos um documento com foco na saúde pública/promoção da saúde e atividade física; 7 com foco nos transportes e atividade física; 5 com foco no desporto e atividade física; 1 com foco no ambiente e atividade física. Apenas 3 países (França, Suíça e Alemanha) tinham desenvolvido documentos juridicamente vinculativos. Relativamente a Portugal, foi analisado o “Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Vol. 1 – Prioridades”, publicado em 2004, tendo sido identificados como presentes os aspetos “Objetivos e metas”, “Prazo” (2004-2010) e “Avaliação”. Como ausente, foi identificado o aspeto “Orçamento”. Como resultados da análise de conteúdo, concluíram que muitos dos princípios e recomendações para as políticas de saúde pública estavam a ser seguidas: normalmente era identificado um organismo responsável pela implementação, objetivos gerais eram definidos, um plano de implementação era mencionado e um prazo temporal para a implementação era especificado. No entanto, existe uma necessidade clara de objetivos mais específicos e mensuráveis; de políticas que incluam ações especificamente dirigidas a sub-grupos da população com maior necessidade de atividade física; da identificação de recursos financeiros adequados para a implementação uma vez que orçamentos para a implementação apenas foram incluídos em menos de metade dos documentos analisados. Além disso, este estudo refere que estas políticas precisam de incluir uma avaliação clara e específica do processo de desenvolvimento e implementação da política, bem como do conjunto de objetivos atingidos ao longo do tempo. A monitorização e a vigilância devem ser integradas e apoiadas para o sucesso destas políticas. A tradução para a língua oficial da OMS e uma descrição mais detalhada das políticas seria uma mais valia para a melhoria dos estudos deste género (Daugbjerg e col., 2009).

Em 2010-2011, Marques e col., colaboraram num estudo de caso da OMS Europa, através da Rede Europeia HEPA, sobre a avaliação do desenvolvimento e implementação de

políticas nacionais de promoção da atividade física através da *HEPA Policy Audit Tool* (Marques e col., 2011).

Como documentos relevantes nos diferentes sectores identificaram:

- na área da saúde: o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, inclui um capítulo sobre “Comportamentos e Estilos de Vida” e vários Programas com referência explícita à promoção da atividade física e estilos de vida saudáveis: Programa Nacional (PN) para a prevenção e controlo da diabetes, PN de combate à obesidade, PN de prevenção das doenças cardiovasculares e PN para a saúde das pessoas idosas;
- na área da educação: a Lei nº 46/1986 de 14 de Outubro – Lei da Educação que define que a educação física é obrigatória para todas as crianças desde o ensino primário ao secundário e que o desporto escolar é uma atividade extra-curricular oferecida por todas as escolas; o despacho de Sua Ex.^a o Secretário de Estado da Educação que define as áreas prioritárias da Educação para a Saúde em meio escolar, especificamente em relação à alimentação e atividade física;
- na área dos transportes, ambiente e planeamento espacial: os Programas Operacionais Regionais (2007-2013) como um instrumento financeiro da política regional que inclui atividades nas áreas de vias para peões e ciclovias;
- na área do desporto: a Lei nº 5/2007 de 16 de Janeiro – Lei da atividade física e desporto que define a base para o desenvolvimento de políticas em atividade física e desporto; Decreto-lei nº 169/2007 de 3 de Maio que cria o Instituto Português do Desporto e que é a mais importante organização do sector responsável pelo auxílio ao desenho, implementação e avaliação de políticas públicas de desporto, promovendo a difusão de atividade física, entre outras competências; contrato-programa nº 461/2010 de 19 de Julho financia o Programa Nacional de marcha e corrida integrado nas competências do Instituto do Desporto de Portugal (Marques e col., 2011).

Como recomendações, referem que o país não tinha recomendações oficiais dos níveis de atividade física adotando as recomendações da União Europeia de 2008, cuja representação do Instituto do Desporto de Portugal se fez pelo meio do grupo de peritos que trabalharam o assunto. Como objetivos nacionais e indicadores de desempenho são indicados os do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 no que toca à redução da prevalência dos indivíduos que passam a maior parte do seu tempo livre em atividades sedentárias, não havendo detalhes de como

esses objetivos seriam atingidos e avaliados. Em termos de planos de ação nacionais que incluam uma estratégia clara de implementação são referidos: Plano Nacional de Ecovias da Rede Ferroviária Nacional (REFER), projeto “Ciclória”, Programa Nacional de Marcha e Corrida, Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. É referido que Portugal não tem uma campanha de comunicação relacionada com a atividade física. O slogan “Mexa-se” é ainda adotado pela administração pública local em alguns programas de promoção de atividade física. Em termos de evidência do comprometimento político foram referidas as Grandes Opções do Plano do Governo 2010-2013 e a atividade física realizada pelo atual Primeiro-Ministro divulgada nos media. Nos aspetos de coordenação e administração da promoção de atividade física para a saúde é referida que não existe uma instituição responsável por essa administração. Vários organismos são responsáveis por aspetos parciais. No campo dos sistemas de vigilância e de monitorização de saúde, é referido que foi realizado em 2008/2009 o primeiro estudo de prevalência dos níveis de atividade física e aptidão física. Na área da avaliação da implementação das políticas é referido o Alto Comissariado para a Saúde que coordenava a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde e que monitorizava a evolução dos indicadores associados aos objetivos do Plano. Nenhuma outra informação relativo a esses processos estava disponível para outros Planos (Marques e col., 2011).

Foram apontadas algumas intervenções implementadas com sucesso decorrentes do desenvolvimento de políticas e planos de ação: Ciclória da Murtosa, Programa Nacional de Marcha e Corrida e Programa Nacional de Desporto Escolar. Como principais sucessos indicaram: a conclusão do primeiro estudo de prevalência dos níveis de atividade física e aptidão física da população portuguesa, a inclusão dos indicadores de atividade física nos programas nacionais de saúde e a criação de grandes eventos. Como principais desafios apontaram a: inexistência de financiamento para iniciativas HEPA, inexistência de coordenação intersectorial e inexistência de avaliação da efetividade dos programas nacionais a decorrer (Marques e col., 2011). Em 2012, num workshop realizado pela HEPA Europe, foi identificado para Portugal mais um desenvolvimento não favorável como sendo a redução das aulas de educação física obrigatórias de 3 para 1 semanal em muitas escolas, devido maioritariamente ao aumento da pressão económica no sistema educativo e a falta de um requerimento legal claro sobre a matéria (WHO, 2013b).

Neste contexto, e em seguimento dos dados recolhidos e apresentados pelo Livro verde da atividade física, o Instituto do Desporto de Portugal (IDP) elaborou em 2011 o projeto de “Plano nacional de atividade física” (PNAF) (PCM-IDP, 2011).

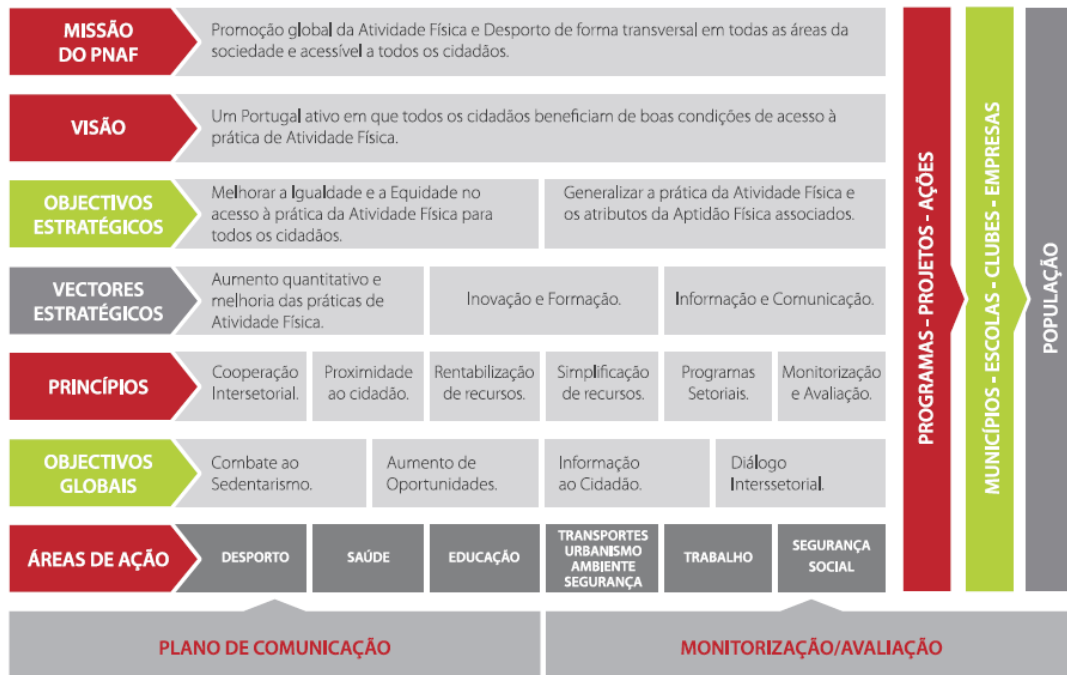


Figura 5 - Mapa estratégico do PNAF (PCM-IDP, 2011)

Já é visível neste documento a preocupação com a ação intersectorial: “Para a elaboração de um Plano Nacional de Atividade Física, ajustado à realidade portuguesa e cujos planos estratégicos de intervenção se traduzam num aumento da prática de atividade física na vida quotidiana, deve existir uma estreita e consistente colaboração entre os respetivos agentes públicos e privados. Devem ser considerados alguns elementos determinantes, tais como, a identificação da situação atual e os pontos críticos para uma estratégia de âmbito nacional. Desta forma, deve promover-se a colaboração entre os sectores chave, como o desporto, a saúde, a educação, o planeamento urbano, o sistema de transportes, a segurança e a acessibilidade à prática de atividade física durante o lazer (PCM-IDP, 2011).” O projeto não foi implementado, estando ainda disponível on-line no site do ONAFD, bem como o seu mapa de programas e projetos previstos na figura seguinte:

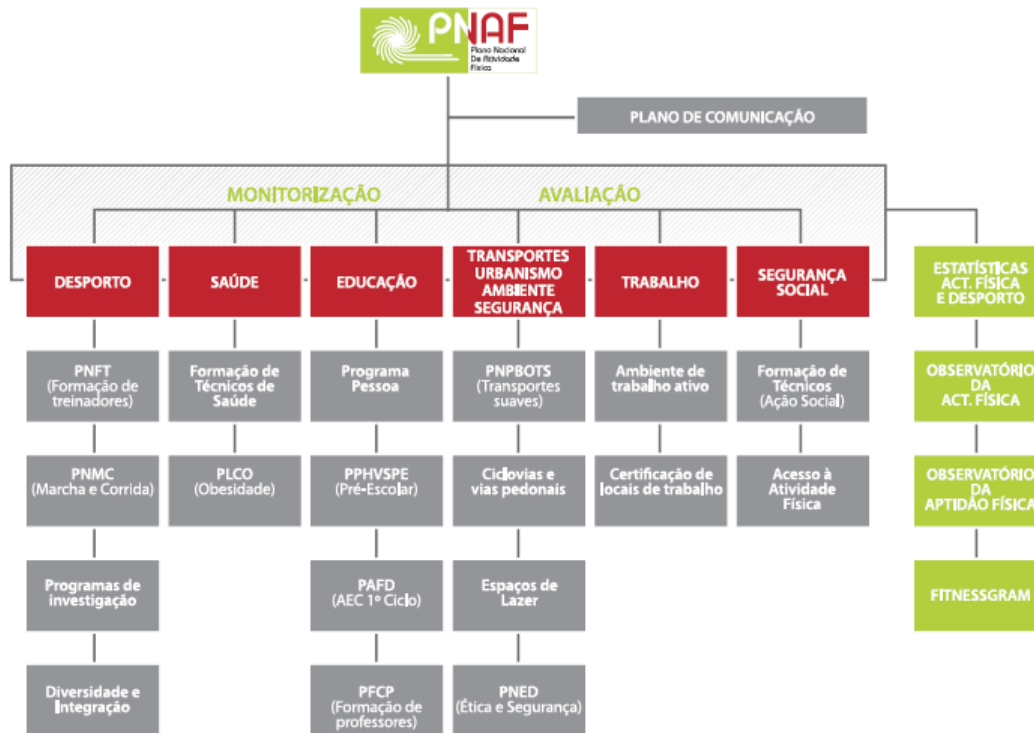


Figura 6 - Mapa de programas e projetos, por áreas. Projeto PNAF (IDP, 2011)

Quanto ao sector da saúde, importa referir ainda que variados estudos e relatórios anteriores indicam que tanto a nível nacional como internacional, o sector da saúde deveria liderar na identificação das sinergias, fazendo as conexões necessárias entre os principais sistemas políticos e as iniciativas relativas à promoção da atividade física. Os sistemas e iniciativas desenvolvidas por vários sectores ganhariam, assim, valor adicional (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

8 – Níveis de governação

A nível nacional, os sistemas de saúde podem adotar uma ação coordenada para melhorar a participação em práticas de atividade física relacionadas com a saúde (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006). São exemplos de ações:

- Providenciar evidências sobre “o que funciona”;
- Apoiar a troca de experiências e conhecimentos;
- Divulgar a atividade física a outros sectores e fornecendo-lhes as ferramentas para facilitar a sua integração numa série de políticas;
- Assegurar que a atividade física se torna numa parte essencial das políticas de saúde.

Governos e entidades nacionais podem proporcionar a direção e a liderança sobre a atividade física a nível nacional e, simultaneamente desempenhar um papel crucial e central na coordenação das ações multisectoriais. Ações efetivas de saúde pública significam um trabalho de cooperação simultâneo em diferentes níveis. O assegurar do comprometimento dos governos locais e das parcerias/alianças locais bem como da partilha de prioridades é crítico. Os governos e agências governamentais podem influenciar, no sector privado, os respetivos decisores, através de regulamentação (por exemplo, exigindo o desenvolvimento de passeios e ciclovias) e da pressão da opinião pública para a criação de ambientes nos quais as pessoas possam efetuar escolhas saudáveis (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

Em 2006, o Governo português publicou uma Lei de Bases em que se incluía uma política de promoção da atividade física. Veio esta Lei nº 5/2007 de 16 de Janeiro revogar a anterior Lei nº 30/2004, de 21 de Julho. De seguida transcreve-se o capítulo II, artigo 6º (Lei nº5/2007, 2007):

“CAPÍTULO II - Políticas públicas

Artigo 6º - Promoção da atividade física

1 - Incumbe ao Estado, às Regiões Autónomas e às autarquias locais, a promoção e a generalização da atividade física, enquanto instrumento essencial para a melhoria da condição física, da qualidade de vida e da saúde dos cidadãos.

2 - Para efeitos do disposto no número anterior, são adoptados programas que visam:

- *a) Criar espaços públicos aptos para a atividade física;*
- *b) Incentivar a integração da atividade física nos hábitos de vida quotidianos, bem como a adoção de estilos de vida ativa;*

- c) *Promover a conciliação da atividade física com a vida pessoal, familiar e profissional.*”

A legislação referida regia-se por diversos princípios específicos e tinha um carácter nacional, englobando ainda outras políticas relativas à área desportiva, vindo do decorrer das linhas orientadoras do Governo nacional de então.

A ação a nível nacional é extremamente importante, no entanto, as iniciativas a nível local têm o grande potencial de encorajar a atividade física. Consequentemente, mobilizar e apoiar os governos e comunidades locais a desenvolver este potencial será um aspeto chave para o sucesso a nível nacional (WHO, 2007a). A mobilização a nível local deve ser apoiada política, técnica e economicamente pelas autoridades regionais e nacionais. Se necessário, novos mecanismos técnicos e económicos de apoio devem ser estabelecidos e adaptados às necessidades locais (WHO, 2007a). Os Governos locais têm um papel crucial na criação de ambientes e oportunidades para a atividade física e um estilo de vida ativo. Os líderes das comunidades e outros decisores podem providenciar liderança, legitimidade e um ambiente capacitador para o desenvolvimento e implementação de políticas que suportem um estilo de vida ativo para todos os cidadãos (Edwards; Tsouros, 2006).

Não só na área da promoção da saúde mas em muitas outras, segundo Gonçalves e col. (2011), o papel da governação local, na promoção da saúde, em termos de ação, orienta-se pelos seguintes princípios:

“A Saúde é definida como um conceito positivo e promove os recursos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas das pessoas. Deve dar-se ênfase à promoção da saúde e à prevenção da doença, para ajudar as pessoas a alcançar as suas máximas capacidades físicas, mentais e sociais. Os Planos Locais de Desenvolvimento da Saúde, orientam-se pelos Princípios da Saúde Para Todos (OMS). Necessidade de fortalecimento da ação intersectorial a nível dos determinantes da saúde. Os determinantes da saúde são de diferente natureza (biológico, físico, social e económico). Trabalhar as diferentes dimensões destes fatores, no sentido de aumentar os fatores protetores à saúde e diminuir os fatores que lhe são prejudiciais, implica uma ação conjunta de todos os sectores que lhe estão associados. Os programas de ação priorizam a intervenção nas desigualdades em saúde (Gonçalves; Gonçalves; Loureiro, 2011)”.

As comunidades têm a capacidade de juntar as pessoas para promover a atividade física, criar e melhorar as condições locais para tal. Apesar dos grandes programas comunitários

terem apresentado alguns resultados positivos, eles não tendem a conseguir demonstrar o nível de impacto na população. Os resultados mais positivos resultaram de programas mais pequenos, em localidades mais específicas e que utilizavam técnicas de mudança comportamental, normalmente usada nos cuidados primários. Adicionalmente, campanhas de grande visibilidade ligadas à ação comunitária local tendem a ser bastante bem sucedidas, especialmente se for bem direcionada e trabalhar a uma escala apropriada (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

A implementação com sucesso da abordagem do projeto das Cidades Saudáveis, a decorrer a nível nacional e europeu, requer ações inovadoras que englobam todos os aspetos da saúde e das condições de vida, um alargado trabalho em rede entre cidades por toda a Europa. Isso implica quatro elementos para ação essenciais: comprometimento político explícito, liderança, mudança institucional e parcerias intersectoriais (WHO, 2008b), elementos comuns a muitas áreas da saúde pública e promoção da saúde, pelo que se aplica na perfeição à área da promoção da atividade física para saúde.

9 – Recomendação de Atividade Física para a Saúde: linhas orientadoras ao longo do ciclo de vida

Linhas orientadoras são quaisquer documentos que contenha recomendações sobre intervenções de saúde sejam elas clínicas, de saúde pública ou intervenções políticas. As Recomendações fornecem informação sobre o que os políticos, legisladores, prestadores de cuidados de saúde ou as pessoas devem fazer. Implicam a escolha entre intervenções diferentes que têm impacto na saúde e que têm ramificações na utilização dos recursos (WHO, 2010b).

Os resultados de estudos pioneiros deram origem em 1995 à primeira recomendação para a atividade física no âmbito de saúde pública, publicada nos Estados Unidos pelo *Centers for Diseases Control and Prevention* e pelo *American College of Sports Medicine* (CDC/ACSM): “acumular pelo menos 30 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada por dia, na maioria dos dias da semana” (Baptista e col., 2011). A Organização Mundial de Saúde continuou, e reforçou, esse trabalho lançando em 2010 as recomendações mais recentes num manual sobre o assunto (WHO, 2010b).

Para crianças e jovens entre os 5-17 anos a atividade física inclui brincar, jogos, desportos, como meio de transporte, recreio, educação física ou exercício planeado, no contexto familiar, escolar e comunitário (WHO, 2010b). De forma a melhorar a aptidão cardiorrespiratória e muscular, a saúde óssea, bio marcadores metabólicos e cardiorrespiratórios, reduzir sintomas de ansiedade e depressão:

- Devem acumular pelo menos 60 minutos de atividade física diária de intensidade moderada a vigorosa;
- Quantidades de atividade física acima de 60 minutos irão proporcionar benefícios adicionais de saúde;
- As maiorias das atividades devem ser aeróbicas. Devem ser incorporadas atividades de intensidade vigorosa, incluindo aquelas que fortaleçam músculos e ossos, pelo menos 3 vezes por semana.

A atividade física para a saúde para crianças e jovens pode representar uma das seguintes atividades, baseadas nos valores do equivalente metabólico que possam ser adequadas e contribuir para os seus objetivos de atividade física diários e semanais: caminhar até à escola, andar de bicicleta, dançar, tocar bateria, nadar, participar na banda/coro, jogos de recreio, ginástica, andar de patins em linha, saltar à corda, patinar no gelo, esquiar, basquetebol e voleibol são apenas alguns exemplos (Kelly; Cavill; Foster, 2009). As atividades devem ser talhadas ao estadio de desenvolvimento e capacidade física individual. Também têm de ser sensitivas aos assuntos culturais e de género. É referido também que a educação física nas escolas (quantidade e forma como está organizada) varia de país para país contribuindo para diferenças nacionais entre países (Kelly; Matthews; Foster, 2012). Os mesmos autores indicam que os fatores ambientais, económicos e sociais bem como as perceções sobre segurança, acessibilidade e condições meteorológicas afetam as oportunidades das crianças e adolescentes de serem fisicamente ativas. Também as influências dos pares podem encorajar ou desencorajar comportamentos de atividade física. Em grupos etários as transições entre, ou desde, estabelecimentos educativos são conhecidos por serem períodos em que as oportunidades para a atividade física e desporto estão diminuídas (Kelly; Matthews; Foster, 2012). As crianças e adolescentes precisam de tempo, espaço, instalações e equipamentos, permissão e encorajamento para serem suficientemente ativos. A evidência de quatro revisões sistemáticas, citadas por Kelly e col. (2012), sugerem que exista uma grande associação positiva entre o apoio parental e social e os níveis de atividade física das crianças e adolescentes (Kelly; Matthews; Foster, 2012).

A Organização Mundial de Saúde não elaborou recomendações para crianças com menos de 6 anos. Recentemente o “*Department of Health and Ageing*” do governo Australiano lançou umas linhas orientadoras e recomendações sobre os níveis de atividade física para as crianças com menos de 5 anos (DoHA, 2010). Para um desenvolvimento saudável nos bebés até 1 ano, a atividade física deve ser encorajada desde o nascimento, particularmente o brincar no chão em ambientes seguros e de forma supervisionada. Até ao primeiro ano, antes dos bebés começarem a gatinhar, a atividade física inclui alcançar e agarrar, empurrar e puxar, mover a cabeça, corpo e membros durante as rotinas diárias, brincar no chão de forma supervisionada, incluindo de barriga para baixo. A partir do momento que o bebé se movimenta, deve ser encorajado a ser o mais ativo possível num ambiente seguro, supervisionado e confortável ao brincar (DoHA, 2010). Algumas dicas, a título de exemplo, são apresentadas: *Estimulá-los para o agarrar e alcançar através da colocação de brinquedos fora do seu alcance; Brincar ao “puxa-e-*

empurra” com bolas e brinquedos macios; Colocar música e estimular movimentos; Estimular movimento e brincar durante o banho (DoHA, 2010). As crianças dos 1 aos 3 anos e dos 3 aos 5 anos devem ser fisicamente ativos todos os dias pelo menos 3 horas, distribuídas ao longo do dia. Dicas: Atividades tais como levantar-se, andar e brincar, bem como atividades mais vigorosas como correr e saltar (DoHA, 2010).

Para os adultos acima de 65 anos a atividade física inclui a realizada de forma recreacional ou em lazer, como meio de transporte (caminhar ou de bicicleta), ocupacional (se aplicável, no local de trabalho), trabalhos domésticos, brincar, jogar, desporto ou exercício planeado, no contexto familiar e comunitário (WHO, 2010b). De forma a melhorar a aptidão cardiorrespiratória e muscular, a saúde óssea e funcional, e reduzir o risco de doenças não-transmissíveis, depressão e declínio cognitivo:

- Devem acumular pelo menos 150 minutos de atividade física semanal de intensidade moderada a vigorosa, ou pelo menos 75 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa durante a semana, ou uma combinação equivalente de atividade física moderada a vigorosa;
- A atividade aeróbica deve ser realizada em períodos de pelo menos 10 minutos de duração;
- Para benefícios adicionais de saúde, devem aumentar a atividade física semanal de intensidade moderada para 300 minutos, ou envolver-se em 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de atividade física moderada a vigorosa;
- Pessoas com baixa mobilidade devem realizar atividade física para melhorar o equilíbrio e prevenir quedas em 3 ou mais dias por semana;
- Atividades de fortalecimento muscular devem ser realizadas envolvendo os maiores grupos musculares em pelo menos 2 dias por semana;
- Quando as pessoas não conseguem atingir os níveis recomendados de atividade física devido a condições de saúde, devem ser o mais fisicamente ativos que as suas capacidades e condições permitam.

10 - Políticas e Estratégias de promoção de *health-enhancing physical activity*

Em 2009, Daugbjerg e col. alertaram que os exemplos de políticas e estratégias nacionais abrangentes de promoção da atividade física para a saúde eram ainda raras; estratégias essas, que já existiam noutros campos da promoção da saúde no sector da saúde, como por exemplo para a cessação tabágica. No entanto tem vindo a surgir um interesse crescente dirigido à promoção da atividade física a nível nacional e mais especificamente como parte de estratégias de redução dos riscos das doenças não transmissíveis, incluindo excesso de peso e obesidade (Daugbjerg e col., 2009).

Uma vasta agenda em torno da promoção da atividade física foi então desenvolvida após a compreensão que a atividade física deve ser promovida como parte da vida diária em todos os contextos onde a vida diária acontece (casa, trabalho, escola, transportes) tendo o conceito de “*active living*” começado a ganhar relevância (Daugbjerg e col., 2009, WHO, 2002).

Num dos primeiros relatórios que surgiram sobre o assunto, foi definido o conceito de “Política de atividade física”: *“Documento formal que define a atividade física como uma área prioritária, determina objetivos específicos para a população e fornece um plano específico ou uma estratégia de ação. Descreve os procedimentos das entidades governamentais, não-governamentais e o sector privado para a promoção da atividade física na população e define as responsabilidades de cada um dos parceiros”* (Schoeppe; Bauman; Bull, 2004).

Mais tarde, foi reforçado a ênfase de que formular uma política nacional de atividade física para a saúde irá dar apoio, coerência e visibilidade a nível político. Ao mesmo tempo vai permitir às instituições envolvidas, tais como sectores governamentais nacionais, autoridades regionais e locais, sector privado e outros parceiros, de serem coerentes e consistentes no seguimento de objetivos e estratégias comuns, bem como para negociar e delegar papéis e responsabilidades. O desenvolvimento de uma política deve permitir uma maior distribuição de recursos e maior responsabilidade. Se esse desenvolvimento de política for juridicamente vinculativo irá ajudar a prevenir as falhas normalmente associadas com as recomendações nacionais “voluntárias” (Daugbjerg e col., 2009).

Em 2010, a Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia publicaram uma revisão sobre o desenvolvimento de políticas e legislação relativas à promoção da atividade física no estados-membro da União Europeia (Middelbeek; Kahlmeier, 2010). Para Portugal, na

área da saúde pública, foram reportados o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e o Plano Nacional contra a Obesidade 2005-2009; na área do desporto, foi reportado o Plano Nacional de Desporto para todos “Mexa-se”, 2005.

Para os 26 países em que havia informação disponível, 24 tinham pelo menos um documento de política nacional com abordagem política de saúde pública. Em todos os países, foram identificados 73 documentos relacionados com a atividade física e saúde pública, incluindo 4 grandes tipos (Middelbeek; Kahlmeier, 2010):

- Documentos puramente focados na atividade física e saúde;
- Documentos em que a atividade física é parte de uma estratégia de saúde pública mais abrangente;
- Documentos relacionados com os estilos de vida combinando nutrição e atividade física;
- Documentos em que a atividade física é parte de uma estratégia contra a obesidade.

Relativamente ao mecanismo de coordenação, para Portugal era referido ser o Instituto do Desporto de Portugal, não especificando desde quando.

Para aumentar a atividade física, consequentemente, reduzindo a população com níveis elevados de inatividade física e diminuindo o comportamento sedentário, os países e organizações são encorajados pelo GAPA (ISPAH/GAPA, 2010) a:

- *“Adotar estratégias baseadas em pesquisas que tenham como público-alvo toda população e também grupos especiais, principalmente aqueles que apresentem mais barreiras à atividade física;*
- *Utilizar uma abordagem que tenha como objetivo reduzir as diferenças sociais em saúde, bem como as desigualdades no acesso à atividade física;*
- *Atuar sobre os determinantes ambientais, sociais e individuais da inatividade física;*
- *Implantar ações sustentáveis com parcerias de âmbito nacional, regional e local entre vários sectores de maneira a obter o maior impacto possível;*
- *Possibilitar formação e capacitação nas áreas de pesquisa, gestão, avaliação e vigilância;*
- *Utilizar uma abordagem que atinja todas as faixas etárias, dirigida a crianças, famílias, adultos e idosos;*

- *Defender perante políticos e a comunidade um aumento do comprometimento político e destino de verbas para a atividade física;*
- *Assegurar a adequação cultural e adaptar estratégias para que se enquadrem nas mais diversas realidades locais, contextos e recursos;*
- *Facilitar as escolhas pessoais, tornando as escolhas ativas as alternativas mais fáceis.”*

Complementarmente à Carta de Toronto, em 2011, a ISPAH/GAPA publicou o documento “*NCDs Prevention: Investments that Work for Physical Activity*”, de forma a auxiliar os países dispostos a entrar em ação (ISPAH/GAPA, 2011). As estratégias referidas são:

- *1 - Programas escolares integrados;*
- *2 - Políticas e sistemas de transporte que priorizem a caminhada/andar a pé, andar de bicicleta e os transportes públicos;*
- *3 - Normas de planeamento urbano e infraestruturas que possibilitem a acessibilidade equitativa e segura para atividade física de lazer e como meio de transporte, para pessoas de todas as idades;*
- *4 - Atividade física e a prevenção de doenças crónicas integradas nos cuidados de saúde primários;*
- *5 - Educação pública, incluindo campanhas massivas de esclarecimento que aumentem a consciência sobre atividade física, mudando padrões sociais;*
- *6 - Programas que envolvam diversos sectores das comunidades podem mobilizar recursos e melhorar o envolvimento populacional;*
- *7 - Organização desportiva e programas que promovam "desporto para todos" encorajando a participação durante todo o ciclo de vida.”*

Todas estas recomendações têm subjacentes os importantes conceitos de ação intersectorial na promoção da atividade física para a saúde, recomendações essenciais para a construção de estratégias efetivas que possam ser aplicadas globalmente.

Capítulo III – Material e métodos

O presente capítulo tem por objetivo realizar o enquadramento dos materiais e métodos do estudo realizado, bem como, clarificar todas as questões metodológicas utilizadas e as suas respetivas fundamentações.

3.1 - Definição da problemática

Considerando o enquadramento teórico descrito no capítulo II sobre a importância de uma abordagem política à promoção da atividade física para a saúde, associado aos níveis de inatividade física que surgem no topo das classificações dos determinantes da saúde que mais causam problemas de saúde pública, definimos perguntas de partida que serviram de base a esta investigação:

- 1) *Quais as políticas e estratégias de promoção de “health-enhancing physical activity” definidas e implementadas em Portugal pelos diferentes sectores e níveis de governação?*
- 2) *Qual o papel do sector da Saúde (Saúde Pública, Promoção da Saúde e Cuidados de Saúde) na administração, liderança, coordenação, advocacia da ação intersectorial/interministerial para a promoção da atividade física para a saúde entre os diferentes parceiros?*
- 3) *Quais os fatores-chave para o sucesso e implementação de boas práticas na promoção de atividade física para a saúde, a nível local, regional e nacional?*

3.2 – Construção do modelo de análise

Os pressupostos básicos ao modelo de análise utilizado ao longo do estudo baseiam-se em estudos semelhantes já realizadas em diversos países ao longo da última década (Bellew e col., 2008, Bornstein; Pate; Pratt, 2009, Bull e col., 2004, Daugbjerg e col., 2009, Marques e col., 2011, Martin e col., 2006, Middelbeek; Kahlmeier, 2010, NPAP, 2010, Schoeppe; Bauman; Bull, 2004, WHO, 2011c), muitos deles incluindo análises comparativas às abordagens políticas entre países.

Em 2006, Cavill e col., definiram dimensões de análise do trabalho dos diferentes sectores nos determinantes da atividade física, como macroambiente, microambiente e individual (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006), tendo sido as categorias utilizadas no modelo de análise de conteúdo das entrevistas realizadas. Em 2009, Daugbjerg e col. realizaram uma análise de conteúdo a 27 documentos de política nacional na região europeia da OMS (Daugbjerg e col., 2009). Identificaram 8 aspetos relevantes para a análise de políticas efetivas de promoção da atividade física:

1. Sectores e instituições envolvidas: envolvimento de diferentes sectores na preparação e implementação da política. Os parceiros mais importantes incluem vários sectores do governo a nível nacional, autoridades regionais, municípios, ONG (organizações não governamentais), sector privado, os media, associações, instituições educativas, empregadores, etc;
2. Implementação: plano de implementação para a política e uma definição clara do organismo (ou organismos) responsável pela implementação;
3. Estado legal: juridicamente vinculativa ou não vinculativa; formalmente adotada pelo governo ou não;
4. Grupos-alvo: grupos-alvo claramente identificados pela política;
5. Objetivos e metas: objetivos e metas de atividade física são especificados para determinado grupo populacional e em determinado período de tempo;
6. Prazo: especificado um prazo claro para a implementação da política;
7. Orçamento/Financiamento: orçamento específico atribuído para a implementação da política;
8. Avaliação e vigilância: desenvolvimento ou continuidade da avaliação da implementação e resultados da política; sistema de vigilância ou de monitorização para medição da atividade física.

Posteriormente, e com base nos estudos anteriores, a rede HEPA Europa agregou toda a informação sobre o tema e em 2011 lançou a *HEPA Policy Audit Tool* (Bull; Milton; Kahlmeier, 2011) onde são identificados “critérios de sucesso para as abordagens políticas à promoção da atividade física” tendo sido a adaptação desses 17 critérios utilizada para a construção da lista de verificação de análise de conteúdo aos documentos selecionados e analisados, bem como para as entrevistas em profundidade e critérios reportados pelos entrevistados:

- 1 – *Abordagem consultiva/colaborativa no desenvolvimento;*
- 2 – *Baseado na evidência;*
- 3 – *Integração através de outros sectores e políticas;*

- 4 – *Recomendações nacionais nos níveis de atividade física;*
- 5 – *Objetivos e metas a nível nacional;*
- 6 – *Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação;*
- 7 – *Múltiplas estratégias;*
- 8 – *Avaliação;*
- 9 – *Sistema de monitorização de vigilância ou sistema de monitorização;*
- 10 – *Compromisso político;*
- 11 – *Financiamento contínuo;*
- 12 – *Liderança e coordenação;*
- 13 – *Trabalho em parceria;*
- 14 – *Ligações entre Política e prática;*
- 15 – *Estratégia de comunicação;*
- 16 – *Identidade (marca/logotipo/slogan);*
- 17 – *Rede de apoio aos profissionais.*

Em 2013, Bull, Milton, Kahlmeier sistematizaram as fontes bibliográficas dos critérios identificados em 2011 para o desenvolvimento da ferramenta HEPA *Policy Audit Tool* (Bull; Milton; Kahlmeier, 2011, Bull; Milton; Kahlmeier, 2013). Esta ferramenta (anexo 23) serve para uma melhor clarificação do que se procurava ao assinalar determinado critério e que no capítulo da discussão dos resultados é relevada a sua importância.

A seleção inicial dos documentos, que incluiu entre outros passos, uma análise documental, baseou-se em critérios de inclusão que especificamos:

- 1 - Tipo: políticas, estratégias, planos, programas, projetos, atividades, relatórios, recomendações, declarações.
- 2 - Âmbito/área: saúde, educação, desporto, transportes/planeamento urbano, ação social.
- 3 - Palavras e conceitos-chave abordados nos documentos a listar são:
 - *Atividade física para a saúde;*
 - *Ação intersectorial (ou relacionado);*
 - *Sub-partes da atividade física ou conceitos relacionados (movimento, exercício, saúde, saúde pública, promoção da saúde, estilo de vida ativo, desporto, transportes, mobilidade, educação para a saúde, inatividade física, etc).*

Como critério final de inclusão, foi estipulado um período de 3 anos (aproximadamente) para a análise documental entre os documentos listados/selecionados. Esta delimitação temporal na análise ao conteúdo dos documentos num período relativamente próximo do momento atual foi uma questão metodológica baseada em alguns pormenores importantes, a saber: foi necessário manter exequível o objetivo do estudo (fazer uma análise transversal e não uma análise retrospectiva); era fundamental que os documentos analisados pertencessem a uma mesma época temporal com características semelhantes em termos sociais e políticos; era fundamental que as características organizacionais das entidades fossem semelhantes ao longo do mesmo período.

Para a caracterização do documento em si, além das características gerais de cada um, foram adicionalmente pesquisadas 5 características enquadradoras, também já pesquisadas noutros estudos (Middelbeek; Kahlmeier, 2010):

- Os conceitos “atividade física”, “exercício físico”, “aptidão física”, “desporto”, “saúde pública” e outros são utilizados adequadamente (sem o uso de “sinónimos” inapropriados);
- O conceito “health-enhancing physical activity” (atividade física relacionada com a saúde/atividade física para a saúde) é referido explicitamente;
- Promoção da atividade física como parte de uma abordagem da nutrição/alimentação;
- Promoção da atividade física como parte de uma abordagem à problemática da obesidade;
- Promoção da atividade física como parte de uma abordagem integrada em estilos de vida;
- Está presente o conceito de ação intersectorial para a promoção da atividade física para a saúde, e caso sim, entre que sectores.

3.3 – Desenho da investigação: população, amostragem

A opção sobre a metodologia a utilizar, baseadas na estrutura de estudos anteriores semelhantes, recaiu na construção de um estudo não-experimental, maioritariamente de características qualitativas, descritivo e transversal. Segundo Fortin (1999), *“o investigador que utiliza o método de investigação qualitativa está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e os fenómenos tal como se apresentam sem procurar controlá-los”*, pois para este tipo de estudo tudo é examinado ao pormenor com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para

construir uma linha orientadora que conduza a uma compreensão global do objeto em estudo (Fortin, 1999).

A população do estudo foi constituída por entidades:

- de abrangência/governança nacional, regional, local;
- de sectores públicos, privado, social;
- de áreas como Saúde; Educação; Transportes, Planeamento Urbano e Ambiente; Desporto; Ação Social, ou outras, com papel na definição e implementação de políticas e estratégias de promoção de atividade física para a saúde.

De acordo com a literatura (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006, Edwards; Tsouros, 2006, Middelbeek; Kahlmeier, 2010, WHO, 2006, WHO, 2007a), os principais sectores/áreas de nível de governação nacional identificados para uma colaboração mais efetiva para o atingir dos objetivos e a respostas às perguntas de investigação da presente investigação foram:

A - Saúde; B – Educação; C – Desporto; D – Transportes/Planeamento Urbano; E – Ação Social.

Caracterizando o processo de amostragem, este foi do tipo não probabilístico e intencional. Foram selecionadas as entidades representativas de cada uma das áreas em estudo que garantissem a viabilidade do estudo, nos níveis de intervenção respetivo e de acordo com as características que se detalham ao longo do presente capítulo.

A preocupação em recolher dados de uma forma mais abrangente possível sobre o assunto tem por base a própria organização administrativa do país. Segundo a Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, a administração pública em Portugal estrutura-se em vários níveis (Madureira; Rodrigues; Asensio, 2013):

- *Administração Direta do Estado, que integra todos os órgãos, serviços e agentes integrados na pessoa coletiva Estado, sob dependência hierárquica do governo, podendo corresponder a serviços centrais, de âmbito nacional e a serviços periféricos, de âmbito territorial limitado (incluindo-se aqui a representação externa do Estado) (e.g. as Direções-Gerais);*
- *Administração Indireta do Estado, que integra as entidades públicas, distintas da pessoa coletiva “Estado”, dotadas de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira (e.g. os Institutos Públicos);*

- *Administração Autónoma, que integra entidades que prosseguem interesses próprios das pessoas que as constituem e que definem autonomamente e com independência a sua orientação e atividade, incluindo-se neste nível a administração regional (regiões autónomas da Madeira e dos Açores), a administração local (municípios e freguesias) e as associações públicas (pessoas coletivas de natureza associativa, criadas pelo poder público)*

Posto isto, além do nível nacional foi sentida também a necessidade de tentar recolher dados ao nível de governação local e regional. Ao nível da promoção da atividade física, essa importância de auscultar o nível sub-nacional e local vem reportado também na literatura como sendo fundamental (Armstrong e col., 2007, Edwards; Tsouros, 2006, WHO, 2008b, WHO, 2006).

Para o nível de governação regional foi selecionado o sector/área da Saúde para colaboração no estudo. Os organismos contactados foram as 5 Administrações Regionais de Saúde, I.P. do território continental e os 2 Serviços Regionais de Saúde das regiões autónomas dos Açores e Madeira.

Para o nível local foi selecionada a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis (RPCS) para colaboração no estudo. A rede Portuguesa de Cidades Saudáveis é uma associação de municípios que tem como missão apoiar a divulgação, implementação e desenvolvimento do projeto Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde nos municípios que pretendam assumir a promoção da saúde como uma prioridade da agenda dos decisores políticos. Os organismos contactados para colaboração no estudo foram os municípios das cidades-membro da RPCS presentes numa reunião técnica desta rede.

3.4 - Técnicas e Instrumentos de recolha de dados

Devido ao assunto da atividade física e saúde pública ser complexo e ainda pouco investigado no nosso país, a investigação foi conduzida usando o método de entrevista, reconhecidamente importante para a obtenção de dados qualitativos de assuntos de difícil compreensão, para obter dados que pudessem ajudar ao atingir dos objetivos do estudo. Assim, um guião/linhas orientadoras de entrevista aberta, em profundidade e semiestruturada (anexo 5) foi desenhado. O roteiro focava 4 questões-base que pretendia fornecer dados para a resposta às perguntas de investigação:

“i) Qual o papel do sector a que está ligado na definição de políticas e estratégias de promoção da atividade física para a saúde e combate à inatividade física, em Portugal?”

ii) Está implementada alguma ação intersectorial neste âmbito? Caso esteja, de que forma e por quem são coordenadas as ações de promoção da atividade física para a saúde?”

iii) Qual considera ser o papel do sector da Saúde (incluindo saúde pública, promoção da saúde e cuidados de saúde) na coordenação e facilitação da ação intersectorial/interministerial, na mediação e advocacy da promoção da atividade física para a saúde entre os diferentes parceiros com responsabilidade na promoção da atividade física (saúde pública e promoção da saúde; cuidados de saúde; educação; transportes; planeamento urbano; ambiente; desporto; lazer; locais de trabalho, ou outros), e a diferentes níveis de governação?”

iv) Quais os fatores-chave para o sucesso e implementação de boas práticas na promoção de atividade física para a saúde, a nível local, regional e nacional?”

É um pressuposto que a análise de conteúdo é uma técnica e não um método, utilizando o procedimento normal da investigação – a saber, *o confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido*. Nesse sentido, a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência (Guerra, 2006). A análise documental é uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referenciação. O presente estudo irá utilizar, entre outras

técnicas, uma análise de conteúdo categorial. Citando Bardin (1995), Guerra (2006) escreve que os vários tipos de análise de conteúdo podem agrupar-se em:

Categorial – Análise temática, que constitui sempre a primeira fase da análise de conteúdo e é geralmente descritiva;

Avaliação – Mede as atitudes do entrevistado face ao objeto de estudo e a direção e a intensidade da opinião: desmembra-se o texto em unidades de significação (de forma semelhante ao que faz a análise categorial) e analisa-se a carga avaliativa;

Enunciação – Entende-se a entrevista como um processo. Usa-se sobretudo para entrevistas longas e muito abertas em que se desprezam os aspetos formais da linguagem, centrando-se a análise nos conteúdos;

Expressão – Análise fundamentalmente formal e linguística utilizada geralmente para investigar a autenticidade de documentos, em psicologia para dar conta do processo de construção das identidades e personalidades ou ainda, em ciência política, para a análise dos discursos políticos.

Para dar resposta à pergunta de investigação nº 1 e 2, as técnicas e estratégias de recolha de dados passaram, como já vimos, por entrevistas individuais exploratórias (em profundidade, técnica não documental, observação não participante) aos atores chave de carácter semi-estruturada, presencial e/ou à distância; análise documental (técnica documental moderna) e análise de conteúdo.

A questão iv) da entrevista foi traduzida numa lista de verificação em que se listaram o top 5 dos critérios reportados por cada entrevistado e assim auxiliar a responder à pergunta de investigação nº3. Foram ainda utilizadas técnicas de recolha de dados através do preenchimento de listas de verificação de critérios de sucesso, construídas com base na literatura que identifica os critérios (anexo 23, 24, 25, 26) à qual foi adaptada uma escala de classificação do tipo *Likert* pelo investigador, verificada/validada por perito na área da atividade física e preenchida previamente, bem como a transformação de uma pergunta da entrevista em lista de verificação de critérios reportados na forma presente/não presente.

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram: guião de entrevista, glossário, grelha de caracterização de entrevista, grelhas de categorização, listas de verificação de análise de conteúdo de entrevista, grelha de análise comparativa de respostas e critérios das entrevistas, listas de verificação dos critérios de sucesso reportados pelos entrevistados, grelha

de caracterização de documento, listas de verificação de análise/classificação de conteúdo de documento, grelha de análise comparativa de documentos, cujo detalhe se descreve na Tabela 1:

Tabela 1 - Instrumentos de recolha e tratamento de dados.

Instrumento	Recolha de:	Através de:	Detalhe
Guião de entrevista	Informação para categorização sobre: Trabalho dos diferentes sectores e ação intersectorial Papel da Saúde Critérios reportados	Entrevistados das diferentes áreas	Grelha de caracterização Glossário disponibilizado aos entrevistados Perguntas sobre: Trabalho dos diferentes sectores e ação intersectorial Papel do sector da Saúde Reporte de critérios (top 5)
Grelhas de categorização	Categorização de excertos de entrevista sobre: Trabalho dos diferentes sectores e ação intersectorial Papel da Saúde	Excertos de entrevistas das diferentes áreas (incluindo nível regional)	Categorização por Dimensões macroambiente, microambiente, individual
Grelha de análise comparativa de respostas e critérios das entrevistas	Critérios de sucesso presentes nas entrevistas	Transcrição resumida das entrevistas das diferentes áreas	Listas de verificação de análise de conteúdo de entrevista Categorização por área Critérios presentes/ausentes
Listas de verificação dos critérios de sucesso reportados pelos entrevistados	Critérios de sucesso (top 5)	Transcrição de entrevista das diferentes áreas	Critérios presentes/ausentes no top 5
Listas de verificação de análise/classificação de conteúdo de documento	Critérios de sucesso	Documentos analisados	Grelha de caracterização de documento Grelha de análise comparativa de documentos Critérios classificados como: 1, 2, 3, 4, 5 (escala)

3.5 – Técnicas de tratamento de dados e operacionalização das variáveis

Para a abordagem qualitativa às transcrições das entrevistas, foi adotada a técnica da análise de conteúdo, utilizando a categorização (Guerra, 2006), por dimensões, categorias e subcategorias adaptadas da literatura (Bull; Milton; Kahlmeier, 2011, Bull; Milton; Kahlmeier, 2013, Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006, WHO, 2007a) de forma a esquematizar as respostas às perguntas de investigação 1 e 2. Após a realização da entrevista, foi necessário recorrer à técnica de análise de conteúdo que segundo Bardin (1995), *consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos/qualitativos) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1995). As categorias são rubricas ou classes que reúnem um conjunto de elementos sobre um título genérico, agrupamento esse executado em razão dos caracteres comuns destes elementos (Bardin, 1995).*

Para a abordagem qualitativa aos documentos foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, utilizando a categorização, de forma a esquematizar a resposta à pergunta de investigação 3. Adicionalmente, para a abordagem quantitativa aos documentos e critérios de sucesso foi utilizada estatística descritiva, nomeadamente através de tabelas ordenadas de frequências e do cálculo de algumas medidas estatísticas (mínimos, máximos, medianas, modas, percentis 25 e 75). Foram ainda construídos alguns gráficos de barras, por área. Os softwares utilizados foram o *Excel - Microsoft Office 2010* e o *Predictive Analytics SoftWare Statistics (PASW) versão 20*. A operacionalização das variáveis apresenta-se nas seguintes tabelas:

Tabela 2 - Operacionalização de variável - Trabalho dos diferentes sectores na promoção da atividade física (AF)

Variável	Descrição	Tipo de variável	Valores
Trabalho dos diferentes sectores	Trabalho dos diferentes sectores (Saúde, Educação, Desporto, Transportes/ Plan. Urbano, Ação Social)	Qualitativa	Categorização por análise de conteúdo Dimensões e categorias: <u>Macro-ambiente</u> <i>Administração</i> <i>Ação intersectorial</i> <u>Micro-ambiente</u> <i>Avaliação e monitorização</i> <i>Comunicação</i> <i>Capacity building</i> <i>Promoção da AF (atividade física) nos locais de trabalho</i> <u>Individual</u> <i>Capacitação individual</i>

Tabela 3 - Operacionalização de variável - Consideração sobre papel do sector da Saúde

Variável	Descrição	Tipo de variável	Valores
Consideração sobre qual é o papel específico do sector da Saúde	Papel específico do sector da Saúde	Qualitativa	Categorização por análise de conteúdo Dimensões e categorias: <u>Macro-ambiente</u> <i>Administração</i> <i>Ação intersectorial</i> <u>Micro-ambiente</u> <i>Avaliação e monitorização</i> <i>Comunicação</i> <i>Capacity building</i> <i>Promoção da AF nos locais de trabalho</i> <u>Individual</u> <i>Capacitação individual</i>

Tabela 4 - Operacionalização de variável - Critérios de sucesso/fatores-chave (Presença nas entrevistas)

Variável	Descrição	Tipo de variável	Valores
CS1 a CS17	Abordagem consultiva/colaborativa no desenvolvimento Baseado na evidência Integração através de outros sectores e políticas Recomendações nacionais nos níveis de atividade física Objetivos e metas a nível nacional Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação Múltiplas estratégias Avaliação Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde Compromisso político Financiamento contínuo Liderança e coordenação Trabalho em parceria Ligações entre política e prática Estratégia de comunicação Identidade (marca/logotipo/slogan) Redes de apoio aos profissionais	Qualitativa nominal	0 - Não presente 1 - Presente

Tabela 5 - Operacionalização de variável - Critérios de sucesso/fatores-chave (reportados como mais importantes pelos entrevistados, top 5)

Variável	Descrição	Tipo de variável	Valores
CS1 a CS17	Abordagem consultiva/colaborativa no desenvolvimento Baseado na evidência Integração através de outros sectores e políticas Recomendações nacionais nos níveis de atividade física Objetivos e metas a nível nacional Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação Múltiplas estratégias Avaliação Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde Compromisso político Financiamento contínuo Liderança e coordenação Trabalho em parceria Ligações entre política e prática Estratégia de comunicação Identidade (marca/logotipo/slogan) Redes de apoio aos profissionais	Qualitativa nominal	0 - Não reportada 1 - Reportada

Tabela 6 - Operacionalização de variável - Caracterização dos documentos analisados por área e por tipo

Variável	Descrição	Tipo de variável	Valores
Área	Área do documento	Qualitativa nominal	Saúde Educação Desporto Transportes/Plan. Urbano Ação Social
Tipo	Tipo de documentos	Qualitativa nominal	Estratégia Plano Programa Projeto Política Recomendação Relatório Atividade Declaração

Tabela 7 - Operacionalização de variável - Critérios de sucesso/fatores-chave (Classificação nos documentos)

Variável	Descrição	Tipo	Valores
CS1 a CS17	Abordagem consultiva/colaborativa no desenvolvimento Baseado na evidência Integração através de outros sectores e políticas Recomendações nacionais nos níveis de atividade física Objetivos e metas a nível nacional Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação Múltiplas estratégias Avaliação Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde Compromisso político Financiamento contínuo Liderança e coordenação Trabalho em parceria Ligações entre política e prática Estratégia de comunicação Identidade (marca/logotipo/slogan) Redes de apoio aos profissionais	Qualitativa ordinal	1 - Não aplicável 2 - Em pequena parte aplicável 3 - Em parte aplicável 4 - Em grande parte aplicável 5 - Totalmente aplicável

3.6 – Trabalho de campo

Após a leitura de documentos enquadradores essenciais e o contacto informal com peritos na área da saúde pública e atividade física para a saúde, foram identificados os sectores/áreas a analisar, bem como algumas entidades a solicitar colaboração na investigação.

Em cada área foram identificados a entidade e respetiva pessoa de contacto responsável pela temática no intuito de estabelecer uma parceria para a presente investigação.

No nível nacional foram selecionados os seguintes sectores/áreas e contactadas as seguintes entidades para realizar uma entrevista em profundidade com as linhas orientadoras e indicação de documentos:

Saúde – Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde (MS);

Educação – Direção-Geral de Educação, Ministério da Educação e Ciência (MEC);

Desporto – Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.

Transportes/Planeamento Urbano – Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I.P.

Ação Social – Instituto da Segurança Social, I.P.

No nível regional, foi selecionado o sector/área Saúde e contactadas as seguintes entidades para entrevista por correio eletrónico e indicação de documentos:

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

Secretaria Regional da Saúde da Região Autónoma dos Açores;

Secretaria Regional dos Assuntos Sociais - Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, I.P. da Região Autónoma da Madeira.

No nível local, foi selecionada o sector/área Saúde e contactada a seguinte entidade para indicação de documentos:

Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis e municípios-membros.

3.6.1 - Entrevistas

A cada entidade, de nível nacional, por meio da pessoa de contacto indicada foi enviado previamente um guião de entrevista, semiestruturada, com 4 perguntas abertas, previamente formulado pela equipa de investigação, com base nos objetivos da investigação e nos critérios de análise a considerar. A entrevista foi marcada e confirmada previamente, tendo sido realizada nas instalações de cada uma das entidades.

A entrevista foi realizada de forma presencial pelo investigador às pessoas de contacto em cada entidade, tendo sido gravada em formato áudio com recurso a gravador. A informação da solicitação da permissão para a gravação foi igualmente enviada previamente, tendo uma declaração de autorização para gravação e uso da informação para fins de investigação sido assinada (anexo 6). A entrevista foi posteriormente caracterizada e transcrita de forma resumida e individualmente, para cada sector. Era enviado de volta a transcrição para as entidades, sendo que a validação dessa grelha de caracterização e resumo foi feita pelos próprios entrevistados que anotavam sugestões sobre como formular por escrito a ideia transmitida oralmente, entre outras correções pertinentes. Na ausência de resposta, era realizado novo contacto para a validação ficar estabelecida.

Na fase seguinte eram elencados os tópicos principais de cada entrevista, por questão (informação factual e informação avaliativa) e por área. Os critérios de análise de entrevista eram então assinalados e identificada a parte da entrevista onde seria referido a presença de evidência para o mesmo. Após esta tarefa, era de novo enviado aos entrevistados para confirmarem a presença/ausência dos critérios.

A cada entidade, de nível regional, por meio da pessoa de contacto indicada foi enviado previamente um guião de entrevista, semiestruturada, com 4 perguntas abertas, previamente formulado pela equipa de investigação, com base nos objetivos da investigação e nos critérios de análise a considerar. A resposta foi solicitada por escrito via correio eletrónico. Simultaneamente, às entidades foram solicitados os documentos que satisfizessem os critérios de inclusão já referidos e agrupados por área. Após um tempo considerável, e de uma ronda de contactos, foram recebidas algumas entrevistas (duas, em sete esperadas), optando-se por apenas considerar a resposta à pergunta 3 do guião de entrevista, devido ao facto de não haver entidades consideradas suficientes para análise dos documentos e das entrevistas no seu todo.

3.6.2 - Análise documental e de conteúdo

Simultaneamente às solicitações para entrevista, às entidades de nível nacional e regional foram solicitados os documentos que satisfizessem os critérios de inclusão já referidos, ou envio posterior à entrevista.

A nível local, os documentos para análise foram solicitados através de uma reunião com os representantes dos municípios membros da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis para colaborar na presente investigação. Aos municípios-membros da Rede foram solicitados os principais documentos que satisfizessem os critérios de inclusão referidos, após uma breve explicação do que se pretendia e a entrega de documentação explicativa adicional que decorreu presencialmente. Após um tempo considerável, e uma segunda ronda de solicitação de colaboração via correio eletrónico da coordenação da Rede, foram recebidos três contributos, optando-se por não avançar com a análise na presente investigação por não haver entidades/municípios considerados suficientes para análise de forma comparável e conclusões relevantes.

Os documentos de nível nacional listados/recolhidos (anexo 22) foram agrupados numa tabela e distinguidos sobre se satisfaziam ou não, os critérios para análise. Essa lista foi enviada às pessoas de contacto nas entidades e a peritos na área para validação.



Após isso, os que cumprissem o critério de inclusão temporal eram lidos, analisados e caracterizados, conforme a metodologia já descrita anteriormente no presente capítulo. Foram pesquisadas algumas características genéricas e assinalados os critérios de sucesso presentes em cada um dos documentos, de acordo com escala de aplicabilidade. Após esta análise, as listas de verificação foram reenviadas às pessoas de contacto em cada sector para confirmar a análise efetuada, corrigidas pelos entrevistados se necessário/pertinente, e novamente revistas pelo investigador se necessário. No fim do processo de preenchimento/revisão/validação, foram produzidas grelhas e listas de verificação finais.

Capítulo IV – Apresentação dos resultados

O presente capítulo apresenta os resultados das análises efetuadas, nas várias vertentes, já referidas no capítulo anterior, conforme metodologia utilizada.

De forma a tornar o estudo mais abrangente e mais rico, houve a preocupação de abranger diversas áreas entre vários níveis de governação, justificado no capítulo da metodologia com base na organização administrativa e literatura consultada, como se apresenta nas figuras seguintes:



Figura 7 - Nível nacional.

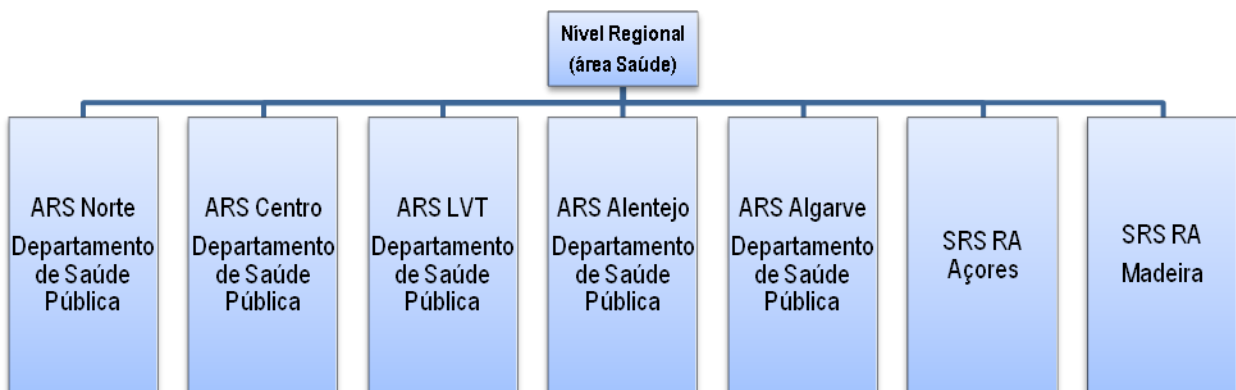


Figura 8 - Nível regional, sector/área saúde.

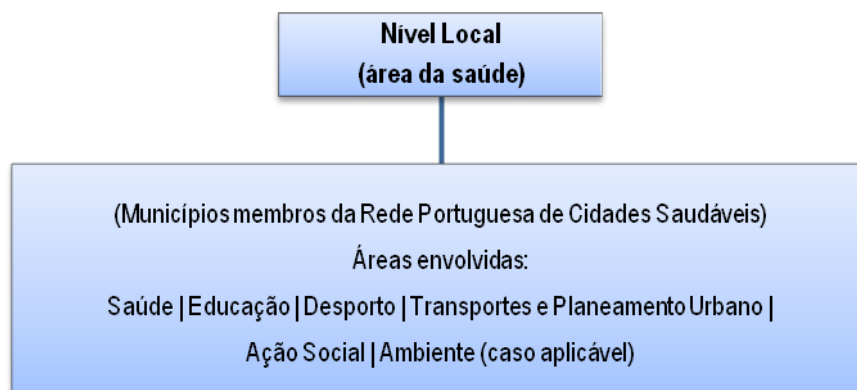


Figura 9 - Nível local.

Para dar resposta às perguntas de investigação nº 1 e 2 foi utilizada a técnica de entrevista e análise de conteúdo categorial, de acordo com todos os procedimentos associados descritos no capítulo anterior. Após a audição do material e a transcrição para papel, a análise de conteúdo das entrevistas iniciou-se com uma leitura superficial e tomada de notas para o resumo de entrevista, tomando assim um primeiro contacto com o material em análise. Após isso, foi realizada uma leitura aprofundada das respostas e a compilação numa sinopse/resumo. Seguidamente, a codificação de pequenos excertos de entrevista com as ideias-chave teve de ser efetuada para dar forma ao processo seguinte de análise. Os excertos foram então distribuídos sob a forma de subcategorias, categorias e dimensão. O referencial de categorias foi definido de acordo com o que emergiu do objetivo de estudo, das perguntas de investigação, das questões da entrevista e da revisão da literatura, que permitiu sistematizar a informação e respetivas dimensões, categorias e sub-categorias, como detalhado na metodologia. A leitura dos resultados deverá ter em conta as limitações do estudo detalhadas na discussão dos mesmos.

4.1 - Análise de conteúdo de entrevista

4.1.1 - Trabalho dos diferentes sectores

As transcrições das entrevistas em profundidade, semiestruturadas realizadas às pessoas-chaves nas entidades selecionadas foram a base da análise para este processo de categorização. Assim, para procurar dar resposta à pergunta de investigação que colocámos: *j) Quais as políticas e estratégias de promoção de “health-enhancing physical activity” definidas e implementadas em Portugal pelos diferentes sectores e níveis de governação?*, destacámos os principais tópicos indicados por cada sector/entidade, nas cinco tabelas seguintes (por sector, entidade de nível nacional, organizado por “Tópico de entrevista”), e com base na análise categorial que serviu de base (anexo 8, 9, 10, 11):

Tabela 8 - Trabalho do sector da saúde (A), tópico de entrevista

Tópico de entrevista	Dimensão	Categoria	Subcategoria
A1 - Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016; Prog. verticais Promoção da Alimentação Saudável; Doenças cérebro-vasculares; Cancro; Doenças Respiratórias; Saúde Mental; Saúde Escolar; Prevenção de Acidentes. Declaração por uma vida melhor.	Macro-ambiente	Administração	Coordenação Comprometimento político Saúde Pública Promoção da Saúde
	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical
A2 - Anteriormente, Plataforma Contra a Obesidade; Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida; Saúde Ocupacional/Promoção da Saúde no local de trabalho; PNS 2004-2010.	Macro-ambiente	Administração	Coordenação Comprometimento político Saúde Pública Promoção da Saúde
	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal e vertical Integração púb.-privado-social Redes de trabalho
A3 - Profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários.	Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Aconselhamento Prescrição Intervenção/acompanhamento Outros det. individuais
A4 - Informação, comunicação, documentos.	Macro-ambiente	Administração	Gestão estrat. e planeamento Advocacia para a AF
	Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Educação da AF para a saúde
	Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa
A5 - Intersectorialidade e parcerias.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Alianças Parcerias
A6 - Trabalho com autarquias.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical
A7 - Trabalho com agrupamento de centros de saúde (ACeS) em projetos específicos.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical
A8 - Cooperação com academia.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Parcerias Integração púb.-privado-social Redes de trabalho
	Micro-ambiente	Avaliação e Monitorização	Vigilância níveis de AF Investigação / Evidência
	Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Educação AF para a saúde
A9 - Ação intersectorial entre entidades de nível nacional.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Parcerias
	Micro-ambiente	Avaliação e Monitorização	Investigação / Evidência
A10 - Trabalho dos ACeS com autarquias. Tópico de entrevista	Macro-ambiente	Administração	Promoção da Saúde
	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Parcerias

Tabela 9 - Trabalho do sector da educação (B), tópico de entrevista

Tópico de entrevista	Dimensão	Categoria	Subcategoria
B1 - Programas de Educação para a Saúde nos agrupamentos de escola.	Macro-ambiente	Administração	Gestão estratégica e planeamento Promoção da Saúde
	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical
	Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Educação para a AF para a saúde Reconhecimento público
	Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais
B2 - Desporto Escolar.	Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Avaliação da implementação Vigilância níveis de AF
	Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais
B3 - FitnessGram e ActivityGram.	Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Avaliação da implementação Vigilância níveis de AF
B4 - Anteriormente, Despacho SE sobre Promoção e Educação para a Saúde.	Macro-ambiente	Administração	Comprometimento político
B5 - Atividades curriculares.	Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Outros determinantes individuais
B6 - Anteriormente, programa PESSOA.	Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Avaliação da implementação Vigilância níveis de AF Investigação
B7 - Ação intersectorial entre entidades.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical Parcerias
B8 - Escolas/autarquias.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical Parcerias
B9 - Privado e associações de pais.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração público-privado-social
	Individual	Capacitação individual	Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais
B10 - Investigação nas escolas.	Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Investigação Evidência
B11 - Cooperação com academia.	Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Educação para a AF para a saúde
B12 - Aconselhamento site da Direção-Geral da Educação (DGE).	Micro-ambiente	Comunicação	Educação para a AF para a saúde

Tabela 10 - Trabalho do sector do desporto (C), tópico de entrevista

Tópico de entrevista	Dimensão	Categoria	Subcategoria
C1 - Anteriormente, projeto de plano nacional de atividade física.	Macro-ambiente	Administração	Coordenação Gestão estratégica e planeamento Saúde Pública
	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical Parcerias
	Micro-ambiente	Capacity building	Desenvolvimento profissional dos recursos humanos
C2 - Plano estratégico para o desporto (em constr.).	Macro-ambiente	Administração	Gestão estratégica e planeamento Det. socio-culturais
	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical Parcerias
C3 - Anteriormente, programa “Mexa-se”, ONAFD.	Macro-ambiente	Administração	Comprometimento político Promoção da saúde
	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Redes de trabalho
	Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Avaliação da implementação Vigilância níveis de AF Investigação Evidência
	Micro-ambiente	Comunicação	Reconhecimento público
C4 - Atual/, Programa Nacional de Marcha e Corrida, Programa “Cuida-te”, Ponto Já.	Micro-ambiente	Comunicação	Marketing social
	Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais
C5 - Site ONAFD.	Macro-ambiente	Administração	Advocacia para a AF
	Micro-ambiente	Comunicação	Educação para a AF para a saúde Reconhecimento público
C6 - Tradução das recomendações da UE.	Micro-ambiente	Comunicação	Educação para a AF para a saúde Reconhecimento público
	Macro-ambiente	Administração	Advocacia para a AF
C7 - Ação intersectorial entre entidades.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Alianças Parcerias
C8 - Cooperação com academia.	Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Educação para a AF para a saúde
	Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Vigilância níveis de AF

Tabela 11 - Trabalho do sector dos transportes/plan. urbano (D), tópico de entrevista

Tópico de entrevista	Dimensão	Categoria	Subcategoria
D1 - CiclAndo - projeto de plano de Promoção da Bicicleta e Outros Modos Suaves.	Macro-ambiente	Administração	Coordenação Advocacia para a AF Saúde Pública Det. económicos Det. ambientais Det. naturais
	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical Redes de trabalho Alianças Parcerias
	Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação
	Micro-ambiente	Capacity building	Desenvolvimento profissional dos recursos humanos
D2 - Pacote da Mobilidade.	Macro-ambiente	Administração	Coordenação Gestão estratégica e de planeamento Comprometimento político Det. económicos Det. ambientais Det. naturais
	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical Integração público-privado-social Redes de trabalho Alianças Parcerias
	Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Avaliação das políticas
	Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Reconhecimento público
D3 - Papel consultivo.	Macro-ambiente	Administração	Advocacia para a AF Comprometimento político
	Micro-ambiente	Comunicação	Reconhecimento público
D4 - Ação intersectorial entre entidades.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Parcerias
D5 - Comissões de acompanhamento PMT nos municípios.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical
D6 - Comissões de acompanhamento dos Planos de Desenvolvimento Municipal (PDM), Planos urbanísticos (PU), Planos de Pormenor (PP) nos municípios.	Macro-ambiente	Administração	Gestão estratégica e planeamento Det. ambientais Det. naturais
	Macro-	Ação	Integração vertical

Tópico de entrevista	Dimensão	Categoria	Subcategoria
	ambiente	intersectorial	
D7 - Guião urbanismo e transportes.	Macro-ambiente	Administração	Gestão estratégica e planeamento
D8 - Guia pólos.	Micro-ambiente	Promoção da AF nos locais de trabalho	Outros locais de trabalho
D9 - Unidade de Missão para a carta da Mobilidade Ligeira.	Macro-ambiente	Administração	Det. sociais/culturais
D10 - mobilidade reduzida, deficiência, acessibilidade.	Macro-ambiente	Administração	Det. sociais/culturais Det. económicos Det. ambientais
D11 - Prémio Acessibilidade aos Transportes.	Macro-ambiente	Administração	Det. sociais/culturais
	Micro-ambiente	Comunicação	Marketing social Reconhecimento público
D12 - Carta dos Peões.	Macro-ambiente	Administração	Advocacia para a AF Comprometimento político

Tabela 12 - Trabalho do sector da ação social (E), tópico de entrevista

Tópico de entrevista	Dimensão	Categoria	Subcategoria
E1 - Envelhecimento ativo e saudável.	Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Aconselhamento nos cuidados de saúde Prescrição nos cuidados de saúde Intervenção/accompanhamento nos cuidados de saúde Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais
E2 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), classes de movimento com fisioterapeutas.	Macro-ambiente	Administração	Coordenação
	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal
	Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Aconselhamento nos cuidados de saúde Prescrição nos cuidados de saúde Intervenção/accompanhamento nos cuidados de saúde Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais
E3 - Anteriormente, PAII (art. autarquias).	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical
E4 - Colaboração com Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ) no proj. PNAF.	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Redes de trabalho Parcerias

Tópico de entrevista	Dimensão	Categoria	Subcategoria
E5 - Sugestão Rede Social para a ação intersectorial.	Macro-ambiente	Administração	Det. sociais/culturais
	Macro-ambiente	Ação intersectorial	Redes de trabalho Alianças Parcerias

As dimensões macroambiente, microambiente e individual foram aspetos relatados pelo trabalho dos diferentes sectores ao nível da promoção da atividade física para a saúde. É de realçar que todos os sectores, embora de diferentes modos, reportaram trabalharem aos níveis de *coordenação ou gestão estratégica e planeamento*. Igualmente a *integração vertical* e o trabalho em *parceria* da categoria *ação intersectorial* para a atividade física constituem genericamente trabalho desenvolvido por todos os sectores analisados.

Com a informação que foi possível obter, não foi categorizado em nenhum dos sectores, as subcategorias *liderança, financiamento, políticas públicas de promoção da AF, formação inicial e contínua dos recursos humanos, promoção da AF nos locais de trabalho do próprio sector*.

Houve uma tendência de apenas o sector transportes/planeamento urbano trabalhar a nível dos determinantes *sociais, culturais, económicos, ambientais e naturais da atividade física*. No sector *ação social* categorizaram-se todos os componentes da categoria *Capacitação individual*, e não foi possível categorizar nenhum na dimensão *microambiente*. O sector *saúde e transportes/planeamento urbano* reportaram amplo trabalho ao nível da *ação intersectorial*³.

³ A versão completa e detalhada das respetivas grelhas de suporte e entrevistas, que deram origem às tabelas apresentadas, encontram-se nos anexos 11, 12, 13, 14, 15, 16.

4.1.2 - Consideração sobre qual o papel do sector da Saúde

Quanto à pergunta de investigação sobre *ii) Qual o papel do sector da saúde (incluindo saúde pública, promoção da saúde e cuidados de saúde) na administração, liderança, coordenação, advocacia da ação intersectorial/interministerial para a promoção da atividade física para a saúde entre os diferentes parceiros?*, apresentam-se seguidamente três tabelas resumo do processo de categorização dos excertos de entrevista pelas diferentes dimensões *macro-ambiente, microambiente e individual* (organizada por categoria, subcategoria e excertos de entrevista aplicáveis; entidades de nível nacional e regional)⁴:

Tabela 13 - Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão Macroambiente, categoria Administração

Dimensão: Macroambiente Categoria: Administração	
Subcategorias	Entrevistas
Liderança	2A - Não lidera pois existem outras entidades/ áreas que o fazem. 3B - À saúde cabe estabelecer verdadeiras parcerias. 1E - Papel fundamental na liderança deste processo. 4E - Liderança forte.
Coordenação	2A 3B 8C - Criação de um programa específico de promoção da AF. 1D - Colaborar na implementação a nível nacional de uma rede HEPA nacional. 1E 3E - Perceber quais são os parceiros com quem trabalhar nesta área. 3A1R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos de Saúde. 2A2R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos e Programas de Saúde.
Gestão estratégica e planeamento	13A - Incluir a AF nos vários Planos nacionais de saúde e Programas verticais. 19A - Tendo a saúde outras prioridades, considera-se que a atividade física não é tão fundamental como outras prioridades, não tendo a saúde essa atribuição. 1C - Elaboração de normas e legislação. 8C 2D - Colaborar na aplicação a nível nacional da HEAT 2E - Estabelecer uma estratégia. 9E - Estar atenta ao impacto da inatividade física e dos estilos de vida não saudáveis no Sistema de Saúde. 1A1R - Identificar a AF como necessidade de saúde prioritária. 2A1R - Colocar a AF nas diferentes “agendas” (advocacy). 3A1R 11A2R - Desenvolver estratégias de planeamento e desenvolvimento urbano

⁴ Os excertos de entrevista aparecem com a descrição na primeira vez que surgem na tabela, aparecendo apenas a codificação nas vezes subsequentes. As tabelas completas e codificações na íntegra encontram-se nos anexos 17, 18, 19, 20, 21.

Dimensão: Macroambiente Categoria: Administração	
	que facilitem a AF. 15A2R - Promover transporte ativo.
Financiamento	6E - Mais investimento em Saúde Pública.
Advocacia para a AF	13A 1C 5C - Criação de incentivos a projetos piloto no âmbito da criação de hábitos de vida saudável; 1D 3D - Posição da Saúde relativamente aos transportes é muito importante, ligando-os às questões da saúde. 3E, 4E, 9E 1A1R, 2A1R 16A2R - Desenvolver linhas orientadoras e indicadores de qualidade para a promoção da AF.
Comprometimento político	19A 4E 2A1R
Políticas públicas de promoção da AF	1C 2E 2A1R
Saúde Pública	10A - Incluir a AF na prevenção de doenças crónicas. 11A - Incluir a AF na prevenção da obesidade. 14A - Seguir as sugestões de prescrição da AF pela OMS. 19A 1C 2C - Fiscalização de espaços e atividades. 3C - Ações de sensibilização dos profissionais de saúde para a questão dos benefícios da atividade física e sua recomendação aos utentes do SNS. 1D, 2D 1E 5E - Trabalho da Saúde Pública é fundamental. 6E 7E - Trabalho dos Cuidados de Saúde Primários é fundamental. 9E 1A1R, 2A1R, 3A1R 2A2R
Promoção da Saúde	12A - Incluir a AF na promoção da saúde em geral. 4B - Saúde deve abandonar o paradigma patogénico. 4C - Programa de ações de Comunicação e Divulgação dos benefícios da atividade física. 5C 6C - Formação de técnicos de saúde para o encaminhamento dos utentes no que respeita à prática de atividade física. 5E
Determinantes sociais/culturais	9E 11A2R
Determinantes económicos	2D 9E 15A2R - Promover transporte ativo.
Determinantes ambientais	2C 2D 11A2R, 15A2R
Determinantes naturais	15A2R

Tabela 14 - Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão Macroambiente, categoria Ação intersectorial

Dimensão: Macroambiente Categoria: Ação intersectorial	
Subcategorias	Entrevistas
Integração horizontal	7A - Desenvolver ação intersectorial. 8A - Desenvolver ação integrada a vários níveis. 3E 3A1R 1A2R - Abordagem multisectorial e multidisciplinar. 2A2R
Integração vertical	7A, 8A, 13A 3E 3A1R 1A2R, 2A2R 8A2R - Interação com autarquias.
Integração público-privado-social	7A, 8A 15A - Reuniões com sociedades científicas. 3E 12A2R - Encorajar os municípios a desenvolver gabinetes e/ou parcerias de saúde.
Redes de Trabalho	15A 1D 7A2R - Constituir equipas multidisciplinares.
Alianças	3B 3E
Parcerias	1A - Desenvolver parcerias e protocolos de colaboração. 7A 2B - À saúde cabe tratar, à educação cabe prevenir e promover. 2D 3E 1A2R, 8A2R

No que respeita à dimensão *Macroambiente*:

Na categoria *administração* os excertos destacaram-se por recaírem nas subcategorias *coordenação, gestão estratégica e planeamento, advocacia para a AF, saúde pública, promoção da saúde*. Inversamente, as subcategorias atuação nos *determinantes naturais e financiamento* foram as menos referenciadas.

Na categoria *ação intersectorial* todas as subcategorias analisadas, tais como, *integração horizontal, integração vertical, integração público-privado-social, parcerias* foram referidas de forma bastante alargada. Com menor destaque, mas mesmo assim, com várias referências as subcategorias *redes de trabalho e alianças* foram também destacadas como importantes nesta categoria.

Tabela 15 - Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão microambiente, categorias Avaliação e monitorização, Comunicação, Capacity building e Promoção da AF nos locais de trabalho

Dimensão: Micro ambiente		
Categoria	Subcategorias	Entrevistas
Avaliação e Monitorização	Avaliação das políticas	2C 9E 16A2R
	Avaliação da implementação	2C 9E 2A2R, 16A2R
	Vigilância (níveis de AF)	9E 1A1R
	Investigação	5B - Investigação eticamente aceitável. 1A1R
	Evidência	14A 1A1R
Comunicação	Estratégia de comunicação	17A - Estratégias de comunicação. 4C 13A2R - Estratégia de comunicação. 14A2R - Comunicação sobre AF em maternidades e serviços de pediatria.
	Marketing social	17A 13A2R
	Educação para a AF para a saúde	3A - Aumentar literacia. 17A 3C, 4C 8E - A Saúde deve promover a AF para as questões de prevenção e para promoção da autonomia. 10A2R - Propostas para integrar competências em promoção da AF nos programas de requalificação para o emprego. 12A2R, 14A2R
	Reconhecimento público	19A
Capacity building	Desenvolvimento profissional dos recursos humanos	6A - Elaboração de guia de prescrição da AF para profissionais de saúde. 6C 4A2R - Capacitar os profissionais de saúde na área da AF.
	Formação inicial dos recursos humanos	6A 6C 4A2R
	Formação contínua	6A 4A2R
Promoção da atividade física nos locais de trabalho	Próprios serviços (liderar pelo exemplo)	9A2R - Certificação de locais de trabalhos promotores de saúde, incluindo AF.
	Outros locais de trabalho	9A2R

No que respeita à dimensão *Microambiente*:

Na categoria *avaliação e monitorização*, as subcategorias *avaliação das políticas*, *avaliação da implementação*, *vigilância dos níveis de AF*, *investigação*, *evidência* foram consideradas extensamente de forma uniforme, havendo um destaque para a *avaliação da implementação*.

Na categoria *comunicação*, destaca-se entre as restantes a subcategoria *educação para a AF para a saúde* e logo depois a subcategoria *estratégia de comunicação*.

Na categoria *capacity building*, as sub-categorias foram referidas, de forma menos diversificada.

A categoria *promoção da atividade física nos locais de trabalho*, nas suas diversas subcategorias, foi um dos itens com menor enfoque ao longo da dimensão analisada.

Tabela 16 - Consideração papel do sector Saúde, dimensão individual, categoria Capacitação individual

Dimensão: Individual Categoria: Capacitação Individual	
Subcategorias	Entrevistas
Promoção da AF à pessoa	16A - Indicações para públicos específicos. 18A - Profissionais de saúde, numa lógica de prevenção ou acompanhamento 3C 7C - Informação dos utentes do SNS através dos centros de saúde e dos médicos de família quanto aos benefícios da atividade física; 8E
Aconselhamento nos cuidados de saúde	4A - Aconselhamento nos cuidados de saúde primários. 16A, 18A 1B - Intervir com alunos em contexto escolar com algum problema relacionado com a inatividade física. 3C, 7C 7E 5A2R - Os profissionais devem orientar criteriosamente os seus utentes. 14A2R
Prescrição nos cuidados de saúde	5A - Profissionais de saúde como agentes prescritores. Lógica de prevenção ou de acompanhamento pelos prof. de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos) aos utentes dos serviços e “doentes” (nível Cuidados de Saúde Primários (CSP)) 6A, 18A 1B 7E
Intervenção/Acompanhamento nos cuidados de saúde	18A 1B, 2B 9C - Criação de Gabinetes de Atividade Física ou de exercício e saúde nos Centros de Saúde. 7E, 8E 6A2R - Integrar profissionais da área da AF nos serviços de saúde. 7A2R - Constituir equipas multidisciplinares.

Dimensão: Individual Categoria: Capacitação Individual	
Outros determinantes individuais	3A 9A - Incluir a AF na promoção da alimentação saudável. 16A, 18A 1B 3C, 7C 8E 3A2R - Incluir a AF na promoção da alimentação saudável.
Outros determinantes psico-sociais e comportamentais	9A 1B 8E 3A2R

No que respeita à dimensão *Individual*:

na categoria *Individual*, as subcategorias *promoção da AF à pessoa, aconselhamento nos cuidados de saúde, prescrição nos cuidados de saúde, intervenção/accompanhamento nos cuidados de saúde, outros determinantes individuais, outros determinantes psico-sociais e comportamentais* foram aspetos amplamente abordadas e consideradas como sendo considerado o papel do sector da saúde⁵.

⁵ A versão completa e detalhada das respetivas grelhas de suporte e entrevistas, que deram origem às tabelas apresentadas, encontram-se nos anexos 17, 18, 19, 20, 21 para consulta.

4.1.3 - Presença de critérios de sucesso/fatores-chave nas entrevistas

Das 5 entrevistas realizadas foram identificados como presentes/ausentes os critérios codificados pelo que a tabela de frequências ordenadas decendentemente apresenta-se de seguida:

Tabela 17 - Presença de critérios de sucesso (CS) nas entrevistas

CS	Presença de critérios nas entrevistas	Frequência
CS7	Múltiplas estratégias	5
CS13	Trabalho em parceria	5
CS3	Integração através de outros sectores e políticas	5
CS15	Estratégia de comunicação	4
CS1	Abordagem consultiva/colaborativa no desenvolvimento	3
CS14	Ligações entre política e prática	3
CS2	Baseado na evidência	2
CS4	Recomendações nacionais nos níveis de atividade física	2
CS8	Avaliação	2
CS9	Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	2
CS16	Identidade (marca/logotipo/slogan)	2
CS6	Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação	1
CS10	Compromisso político	1
CS12	Liderança e coordenação	1
CS17	Redes de apoio aos profissionais	1
CS5	Objetivos e metas a nível nacional	0
CS11	Financiamento contínuo	0

Os critérios de sucesso mais vezes presentes nas respostas às perguntas do guião de entrevista foram: Múltiplas estratégias (5/5); Trabalho em parceria (5/5); Integração através de outros sectores e políticas (5/5) e Estratégia de comunicação (4/5). Por outro lado, os critérios menos vezes presentes nas entrevistas foram: Objetivos e metas a nível nacional (0/5); Financiamento contínuo (0/5); Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação (1/5); Compromisso político (1/5); Liderança e coordenação (1/5); Redes de apoio aos profissionais (1/5).

Nas 5 entrevistas realizadas de nível nacional foi solicitado aos entrevistados para reportarem quais eram os aspetos/critérios/fatores-chave que consideravam mais importantes para o sucesso e implementação de boas práticas na promoção de atividade física para a saúde, apresentando-se a tabela de frequências absolutas do top 5 reportados:

Tabela 18 - Critérios reportados (top 5) como mais importantes nas entrevistas

CS	Critérios reportados (top 5) como mais importantes nas entrevistas	Frequência
CS10	Compromisso político	4
CS3	Integração através de outros sectores e políticas	3
CS13	Trabalho em parceria	3
CS15	Estratégia de comunicação	3
CS7	Múltiplas estratégias	2
CS8	Avaliação	2
CS14	Ligações entre política e prática	2
CS17	Redes de apoio aos profissionais	2
CS2	Baseado na evidência	1
CS11	Financiamento contínuo	1
CS12	Liderança e coordenação	1
CS16	Identidade (marca/logotipo/slogan)	1
CS1	Abordagem consultiva/colaborativa no desenvolvimento	0
CS4	Recomendações nacionais nos níveis de atividade física	0
CS5	Objetivos e metas a nível nacional	0
CS6	Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação	0
CS9	Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	0

Os critérios mais vezes reportados como sendo os fatores-chave para o sucesso e implementação de boas práticas na promoção de atividade física para a saúde foram o Compromisso político (4/5), Integração através de outros sectores e políticas (3/5), Trabalho em parceria (3/5) e Estratégia de comunicação (3/5).

4.2 - Análise documental e de conteúdo

4.2.1 - Classificação de critérios de sucesso nos documentos

No que toca aos documentos, para procurar dar resposta à pergunta de investigação nº 3, foram listados 34 documentos de nível nacional nas 5 áreas representadas pelas entidades de nível nacional, tendo sido sujeitos à análise qualitativa 11 documentos, distribuídos e indexados conforme se apresenta no quadro seguinte, através de análise documental:

Tabela 19 - Caracterização dos documentos, por área

Áreas	Listados	Analizados
Saúde	12	3
Educação	5	2
Desporto	6	3
Transp./Plan. Urb.	5	2
Ação Social	6	1
Total	34	11

Entre os 34 foram excluídos 23 devido ao não cumprimento dos critérios de inclusão (mais de 3 anos, fora do tipo, fora do âmbito e/ou com ausência dos conceitos a abordar). Dos 11 documentos de nível nacional analisados que cumpriam integralmente os critérios de inclusão e o período de tempo estipulado, foram classificados segundo o tipo, distribuídos e indexados conforme se apresenta no quadro seguinte, através de análise documental:

Tabela 20 - Caracterização dos documentos, por tipo

Tipo	Frequência
Estratégia	2
Plano	2
Programa	1
Projeto	2
Política	0
Recomendação	3
Relatório	0
Atividade	0
Declaração	1
Total	11

Quanto ao tipo, foram analisados 2 estratégias, 2 planos, 1 programa, 2 projetos (de plano), 3 recomendações e 1 declaração. Segundo os critérios estabelecidos para este estudo, não foi possível analisar nenhuma política.

Para uma melhor caracterização dos 11 documentos foram analisadas a aplicabilidade de questões generalistas, tais como: o uso adequado dos conceitos, referência explícita ao conceito HEPA; a promoção da atividade física integrada na abordagem à alimentação saudável/dieta/nutrição, obesidade e estilos de vida; e a referência explícita do conceito de ação intersectorial, como se poderá ver nas grelhas de caracterização de documentos (anexo 24). Assim, é de destacar, a existência de 5 documentos que não utilizam de forma adequada os conceitos relacionados com atividade física, em pelo menos grande parte; apenas 2 documentos referem em pelo menos grande parte ao conceito HEPA; 2 documentos, que em grande parte, a abordagem à AF é feita integrada numa estratégia de promoção da alimentação saudável/dieta/nutrição; 3 documentos, que pelo menos em parte, a abordagem à AF é feita integrada numa estratégia de prevenção/tratamento da obesidade; 2 documentos em que a abordagem à AF é feita integrada numa estratégia de mais abrangente de abordagem aos estilos de vida; 9 documentos referem-se, pelo menos em parte, ao conceito de ação intersectorial, estando habitualmente reportados, pelo menos 3 sectores envolvidos.

Os critérios de sucesso identificados nos documentos, segundo a classificação referida na lista de verificação, apresentam-se de seguida através de quadro com a estatística descritiva, bem como os valores de algumas medidas estatísticas importantes:

Tabela 21 - Classificação dos critérios de sucesso nos documentos analisados (n = 11) – estatística descritiva		Mediana (percentil 50)	Moda	Mínimos	Máximos	Percent. 25	Percent. 75
CS1	Abordagem consultiva/colaborativa	3 - Em parte aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável
CS2	Baseado na evidência	4 - Em grande parte aplicável	1 - Não aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável
CS3	Integração através de outros sectores e políticas	4 - Em grande parte aplicável	4 - Em grande parte aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	3 - Em parte aplicável	5 - Totalmente aplicável
CS4	Recomendações nacionais nos níveis de atividade física	1 - Não aplicável	1 - Não aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	4 - Em grande parte aplicável
CS5	Objetivos e metas a nível nacional	2 - Em pequena parte aplicável	1 - Não aplicável	1 - Não aplicável	3 - Em parte aplicável	1 - Não aplicável	3 - Em parte aplicável
CS6	Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação	2 - Em pequena parte aplicável	1 - Não aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	4 - Em grande parte aplicável
CS7	Múltiplas estratégias	4 - Em grande parte aplicável	3 - Em parte aplicável	3 - Em parte aplicável	5 - Totalmente aplicável	3 - Em parte aplicável	5 - Totalmente aplicável
CS8	Avaliação	3 - Em parte aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável
CS9	Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	2 - Em pequena parte aplicável	1 - Não aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	4 - Em grande parte aplicável
CS10	Compromisso político	3 - Em parte aplicável	1 - Não aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	4 - Em grande parte aplicável
CS11	Financiamento contínuo	2 - Em pequena parte aplicável	1 - Não aplicável	1 - Não aplicável	4 - Em grande parte aplicável	1 - Não aplicável	3 - Em parte aplicável
CS12	Liderança e coordenação	2 - Em pequena parte aplicável	^a 1 2 – Não/em pequena parte aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	4 - Em grande parte aplicável
CS13	Trabalho em parceria	4 - Em grande parte aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	3 - Em parte aplicável	5 - Totalmente aplicável
CS14	Ligações entre política e prática	3 - Em parte aplicável	^a 2 3 4 – Em pequena/em parte/em grande parte aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	2 - Em pequena parte aplicável	4 - Em grande parte aplicável
CS15	Estratégia de comunicação	2 - Em pequena parte aplicável	^a 1/2 – Não/em pequena parte aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável
CS16	Identidade (marca/logotipo/slogan)	3 - Em parte aplicável	1 - Não aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável	1 - Não aplicável	5 - Totalmente aplicável
CS17	Redes de apoio aos profissionais	2 - Em pequena parte aplicável	^a 1/2 – Não/em pequena parte aplicável	1 - Não aplicável	3 - Em parte aplicável	1 - Não aplicável	3 - Em parte aplicável

^a - múltiplas modas.

Em termos de medianas:

Os critérios que apresentaram uma mediana mais elevada no que toca à classificação foram os CS2 - Baseado na evidência, CS3 - Integração através de outros sectores e políticas, CS7 - Múltiplas estratégias e CS13 - Trabalho em parceria, apresentando uma mediana de 4 - Em grande parte aplicável.

Inversamente o critério que apresentou uma mediana mais reduzida no que toca à classificação foi o CS4 - Recomendações nacionais nos níveis de atividade física, apresentando uma mediana de 1 - Não aplicável.

Analisando o percentil 75, podemos apresentar o CS5 - Objetivos e metas a nível nacional, CS11 - Financiamento contínuo e CS17 - Redes de apoio aos profissionais como sendo critérios com mediana 2 - Só em pequena parte aplicável, mas com 75% dos casos abaixo da classificação 3 - Em parte aplicável.

Os critérios de sucesso identificados nos documentos, segundo a classificação referida na lista de verificação, apresentam-se de seguida através de tabela de frequências:

Tabela 21 - Classificação dos critérios de sucesso nos documentos – tabela de frequências

Critérios de sucesso (n = 11)		1 - Não aplicável	2 - Pequena parte aplicável	3 - Em parte aplicável	4 - Grande parte aplicável	5 - Totalmente aplicável
CS1	Abordagem consultiva/colaborativa	4	1	1	0	5
CS2	Baseado na evidência	4	1	0	3	3
CS3	Integração através de outros sectores e políticas	1	0	3	4	3
CS4	Recomendações nacionais nos níveis de atividade física	7	0	1	1	2
CS5	Objetivos e metas a nível nacional	5	2	4	0	0
CS6	Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação	5	1	1	3	1
CS7	Múltiplas estratégias	0	0	5	3	3
CS8	Avaliação	3	2	1	1	4
CS9	Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	5	1	2	1	2
CS10	Compromisso político	4	1	1	3	2
CS11	Financiamento contínuo	5	2	2	2	0
CS12	Liderança e coordenação	3	3	2	2	1
CS13	Trabalho em parceria	1	0	3	2	5
CS14	Ligações entre política e prática	1	3	2	3	2
CS15	Estratégia de comunicação	3	3	1	1	3
CS16	Identidade (marca/logotipo/slogan)	4	1	2	1	3
CS17	Redes de apoio aos profissionais	4	4	3	0	0

Em termos de frequências:

Os critérios com uma maior frequência de classificação 5 - Totalmente aplicável foram os CS1 - Abordagem consultiva (5/5) e CS13 - Trabalho em parceria (5/5).

Por outro lado o critério com maior frequência de classificação 1 - Não aplicável foi o CS4 - Recomendações nacionais nos níveis de atividade física.

Positivamente, os critérios CS3 - Integração através de outros sectores e políticas, CS7 - Múltiplas estratégias e CS13 - Trabalho em parceria tiveram uma baixa frequência de classificação 1 - Não aplicável e 2 - Em pequena parte aplicável.

Negativamente, os CS5 - Objetivos e metas a nível nacional, CS11 - Financiamento contínuo e CS17 - Redes de apoio aos profissionais tiveram uma baixa frequência de classificação 4 - Em grande parte aplicável e 5 - Totalmente aplicável.

O gráfico de barras seguinte traduz as tabelas de frequências apresentadas, estando de acordo com os dados já apresentados no que toca à distribuição das classificações das medianas pelos critérios na **Erro! A origem da referência não foi encontrada.**

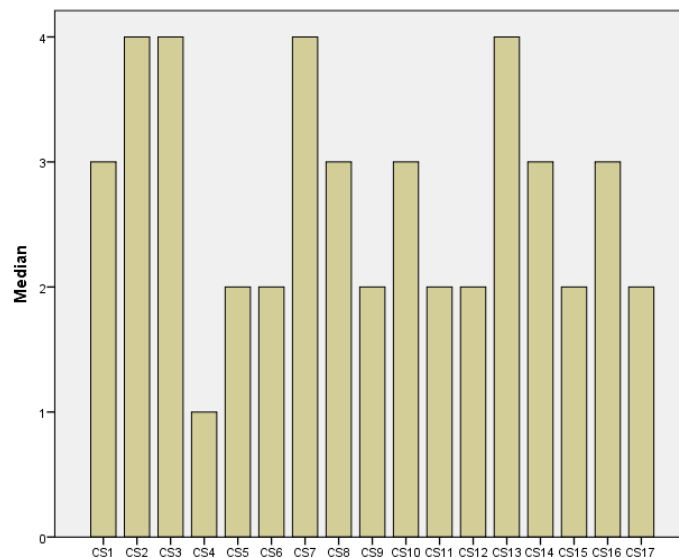


Figura 10 - Gráfico de frequências das medianas das classificações, por critério

Legenda do gráfico:

- CS1 – Abordagem consultiva/colaborativa no desenvolvimento
- CS2 – Baseado na evidência
- CS3 – Integração através de outros sectores e políticas
- CS4 – Recomendações nacionais nos níveis de atividade física
- CS5 – Objetivos e metas a nível nacional
- CS6 – Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação
- CS7 – Múltiplas estratégias
- CS8 – Avaliação
- CS9 – Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde
- CS10 – Compromisso político
- CS11 – Financiamento contínuo
- CS12 – Liderança e coordenação
- CS13 – Trabalho em parceria
- CS14 – Ligações entre política e prática
- CS15 – Estratégia de comunicação
- CS16 – Identidade (marca/logotipo/slogan)
- CS17 – Redes de apoio aos profissionais

Capítulo V – Discussão dos resultados

A análise de conteúdo às abordagens políticas e estratégicas da promoção da atividade física constitui uma importante tarefa da saúde pública, enfatizada recentemente. Desde há cerca de 10 anos até então, foram realizadas análises e recolhas sistemáticas em diversos países do mundo (Bellew e col., 2008, Bornstein; Pate; Pratt, 2009, Bull e col., 2004, Daugbjerg e col., 2009, Marques e col., 2011, Martin e col., 2006, Middelbeek; Kahlmeier, 2010, NPAP, 2010, Schoeppe; Bauman; Bull, 2004, WHO, 2011c). Estas recolhas sistemáticas e análise documental são importantes instrumentos de caracterização das atuais políticas, estratégias e abordagens em curso, bem como para o auxílio ao desenvolvimento de futuras políticas. Este estudo, tanto quanto é do nosso conhecimento, representa a primeira análise de conteúdo, realizada de forma exaustiva e com uma metodologia qualitativa deste tipo, à questão das políticas e estratégias de ação intersectorial na promoção de HEPA em Portugal.

5.1 - Análise de conteúdo de entrevista

5.1.1 - Trabalho dos diferentes sectores

Os resultados obtidos e descritos nas 5 tabelas que resumem o trabalho sectorial possibilitam ter a panorâmica geral das ações mais importantes dos diferentes sectores na promoção da atividade física em Portugal atualmente. Pelos resultados que nos foi possível obter com o presente estudo, não podemos afirmar que exista uma abordagem política/estratégica integrada de abrangência nacional, operacional, no que respeita à questão da promoção da atividade física para a saúde. Anteriormente, outros levantamentos já foram realizados por vários países da Europa através da rede HEPA Europe (WHO, 2013b) e nomeadamente em Portugal, através de um estudo de caso (Marques e col., 2011). Esta questão tem sido largamente abordada a nível global. Apesar de 73% dos países referirem ter um plano, estratégia ou política de combate à inatividade física, apenas 55% aparentam estar operacionais (Kohl e col., 2012). Segundo especialistas, em Portugal, a atividade física é abordada numa série de documentos políticos e legislação das áreas da saúde, desporto, educação, planeamento urbano e transportes, mas não existe uma política nacional específica assim como uma estratégia nacional de comunicação; deste modo diferentes ministérios têm a liderança de diferentes áreas da promoção da atividade física (WHO, 2013b).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 em curso, o seu antecessor Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o não implementado Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida foram marcos recentes importantes no trabalho desta

temática pela área da saúde. A Plataforma contra a Obesidade, o Programa Nacional de Saúde Escolar, entre outros programas verticais, integrou a atividade física como componente importante do seu trabalho. No momento da presente investigação, ao nível da Direção-Geral da Saúde, as ações de promoção da atividade física estão ligadas a uma estratégia abrangente de estilos de vida saudável, nomeadamente e de forma mais marcada nos materiais de divulgação ligados ao Programa nacional de promoção da Alimentação saudável. Recentemente, a declaração “*Por uma vida melhor*” aludia ao “*exercício físico*” como uma das medidas inadiáveis à abordagem das doenças crónicas através da prevenção, declaração essa apresentada no Congresso Nacional de Saúde Pública e subscrita por inúmeras personalidades portuguesas da área da saúde. Também as estratégias de comunicação de larga abrangência dirigidas à pessoa e o trabalho ao nível dos cuidados de saúde primários, localmente ao nível dos ACeS, constituem o trabalho deste sector. Comparativamente a outros estudos sobre a situação de Portugal, anteriormente, Marques e col. (2011), integraram um estudo de caso da OMS-EUR, através da Rede Europeia HEPA, sobre o desenvolvimento e implementação de políticas nacionais de promoção da atividade física (Marques e col., 2011). No âmbito da validação da *HEPA Policy Audit Tool*, identificaram como trabalho na área da saúde: o *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, inclui um capítulo sobre “*Comportamentos e Estilos de Vida*” e vários Programas com referência explícita à promoção da atividade física e estilos de vida saudáveis: *Programa Nacional para a prevenção e controlo da diabetes*, *PN de combate à obesidade*, *PN de prevenção das doenças cardiovasculares* e *PN para a saúde das pessoas idosas* (Marques e col., 2011).

Quanto ao trabalho da área da Educação, em contexto escolar local, o Desporto Escolar e os programas de Educação para a Saúde dos agrupamentos de escola, são os principais trabalhos que incluem a promoção da atividade física, em componentes de desporto em meio escolar e educação, respetivamente. Também o endosso do Exmo. Senhor Secretário de Estado da Educação à atividade física como medida prioritária dos programas de educação para a saúde, em 2006, foi referido como importante para a estratégia da Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (atual Direção-Geral da Educação). A colaboração com o sector da saúde na Saúde Escolar é também parte do trabalho do sector da Educação, na questão da promoção da atividade física. Foi obtida informação que os programas “*PESSOA*” e *FitnessGram* foram bastante importantes em termos de monitorização de componentes relacionados com a atividade física e aptidão física, com estreita colaboração com Universidades. Anteriormente, na área da educação, Marques e col. (2011) identificou a *Lei nº 46/1986 de 14 de Outubro – Lei da Educação que define que a educação física é obrigatória para todas as crianças desde o ensino primário ao secundário e que o desporto escolar é uma atividade extra-curricular oferecida por todas as escolas*; o despacho do Secretário de Estado da Educação que define as áreas prioritárias da

Educação para a Saúde em meio escolar, especificamente em relação à alimentação e atividade física. Em 2012, num *workshop* realizado pela HEPA Europe, foi identificado para Portugal mais um desenvolvimento não favorável como sendo a redução das aulas de educação física obrigatórias de 3 para 1 semanal em muitas escolas, devido maioritariamente ao aumento da pressão económica no sistema educativo e a falta de um requerimento legal claro sobre a matéria (WHO, 2013b).

O projeto de Plano Nacional de Atividade Física elaborado de forma consultiva e colaborativa, e os Programas implementados “Mexa-se” (extinto) e “Marcha e Corrida” (em curso e de implementação local) são referidos como os mais importantes trabalhos do sector do Desporto. O Observatório nacional de atividade física e desporto, estrutura temporária do IDP (atual IPDJ por fusão com o Instituto Português da Juventude (IPJ)), foi também bastante relevante pois levou a cabo uma ação de avaliação dos níveis de atividade física da população portuguesa, em estreita colaboração com Universidades. Os resultados foram divulgados na publicação do Livro verde da atividade física, tendo sido elencadas ainda recomendações de ação, baseadas nas recomendações da União Europeia sobre a promoção da atividade física para a saúde, encontrando-se disponíveis para consulta on-line. Comparativamente aos dados anteriores, foram relevados na área do desporto: a Lei nº 5/2007 de 16 de Janeiro – Lei da atividade física e desporto que define a base para o desenvolvimento de políticas de atividade física e desporto; Decreto-lei nº 169/2007 de 3 de Maio que cria o Instituto Português do Desporto e que é a mais importante organização do sector responsável pelo auxílio ao desenho, implementação e avaliação de políticas públicas de desporto, promovendo a difusão de atividade física, entre outras competências; contrato-programa nº 461/2010 de 19 de Julho financia o Programa Nacional de marcha e corrida, integrado nas competências do Instituto do Desporto de Portugal (Marques e col., 2011).

A área dos transportes/planeamento urbano apresenta como principal trabalho nesta área o CiclAndo - projeto de Plano de promoção da bicicleta e outros modos suaves, com uma área destinada à saúde pública e atividade física, desenvolvido de forma colaborativa e consultiva. O Pacote da Mobilidade e os guias e documentos estratégicos associados são um complemento muito interessante às questões da promoção da mobilidade segura e sustentável que têm vindo a ser trabalhadas pelo Instituto da Mobilidade e dos Transportes, que indiretamente tem repercussões na promoção da atividade física. O papel consultivo e de acompanhamento, a participação em diversos grupos/comissões de trabalho intersectorial a diferentes níveis reportada pela entidade Instituto da Mobilidade e dos Transportes também foi um aspeto do trabalho realizado pelo sector nesta temática que pode contribuir para a promoção da AF. O estudo de caso de 2011 identificou na área dos transportes, ambiente e planeamento espacial, os Programas Operacionais Regionais (2007-2013) como um instrumento financeiro da política regional que inclui atividades nas áreas de vias para peões e ciclovias (Marques e col., 2011).

A ação social apresenta um trabalho na promoção da atividade física para a saúde, integrado essencialmente nas questões do envelhecimento saudável e ativo e, mais recentemente, com o enquadramento dado pelas respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Anteriormente, o Programa de apoio integrado a idosos (PAII) teve experiências focais espontâneas nesta área, maioritariamente de índole local e através de parcerias com municípios. No entanto, ainda não existe uma linha estratégica nesta área, apesar da atividade física ser reconhecidamente importante em várias áreas em que o sector atua. A ação intersectorial a este nível é reportada, estando o Instituto da Segurança Social representado nas comissões e grupos de trabalho sobre a temática, sendo que, não dispomos de dados anteriores que se possam comparar ao trabalho agora por nós reportado.

Anteriormente, Marques e col. (2011) referiram com sucesso alguns planos de ação nacionais que incluíssem uma estratégia clara de implementação relacionados com a promoção da atividade física: Plano Nacional de Ecovias da REFER, projeto “Ciclória”, Programa Nacional de Marcha e Corrida, Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis e o Programa Nacional de Desporto Escolar. Adiantam que Portugal não tem uma campanha de comunicação relacionada com a atividade física, mas que no entanto o slogan “Mexa-se” de um programa extinto é ainda adotado pela administração pública local em alguns programas de promoção de atividade física. Em termos de evidência do comprometimento político foram referidas as Grandes Opções do Plano do Governo 2010-2013 e a atividade física realizada pelo atual Primeiro-Ministro divulgada nos media. No campo dos sistemas de vigilância e de monitorização de saúde, foi referido que em 2008/2009 decorreu o primeiro estudo de prevalência dos níveis de atividade física e aptidão física em Portugal. Na área da avaliação da implementação das políticas foi citado o Alto Comissariado para a Saúde que coordenava a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde e que monitorizava a evolução dos indicadores associados aos objetivos do Plano. Nenhuma outra informação relativo a esses processos estava disponível para outros Planos (Marques e col., 2011).

Numa revisão recente da Organização Mundial da Saúde sobre desenvolvimento de políticas e legislação sobre promoção de atividade física nos estados membros da União Europeia, para Portugal, na área da saúde pública, foram reportados o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e o Plano Nacional contra a Obesidade 2005-2009; na área do desporto, foi reportado o Plano Nacional de Desporto para todos “Mexa-se”, 2005. Relativamente ao mecanismo de coordenação, para Portugal era referido ser o Instituto do Desporto de Portugal, não especificando desde quando (Middelbeek; Kahlmeier, 2010), pelo que o presente estudo vem identificar e detalhar brevemente uma série de novas abordagens e componentes do trabalho realizado por diferentes sectores.

Com a informação que nos foi possível obter, através do método de recolha de dados empregue para este primeiro objetivo específico, não se categorizou em nenhum dos sectores, as subcategorias *liderança, financiamento, políticas públicas de promoção da AF, formação inicial e contínua dos recursos humanos e promoção da AF nos locais de trabalho do próprio sector*. Os aspetos do *comprometimento político* são genericamente referidos como presentes, apesar de não ser especificamente para a promoção da atividade física, mas sim de uma estratégia mais abrangente onde a mesma está incluída.

A priorização da atividade física como uma estratégia obrigatória de saúde pública, de responsabilidade do sector da saúde e através de uma abordagem política eficaz, são igualmente lacunas que vêm sendo enfatizadas pela literatura (Armstrong e col., 2007, Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006, Kohl e col., 2012, WHO, 2007a), estando de acordo com os pressupostos encontrados pela investigação atual. Também a carta de Toronto reforça a importância de implementar uma política nacional e um plano de ação para a atividade física, de introduzir políticas que apoiem a atividade física através de múltiplos sectores, de reorientar os serviços e financiar a priorização da atividade física e o desenvolvimento de parcerias para a ação (ISPAH/GAPA, 2010), pelo que os resultados obtidos como deficitários no nosso estudo vão de encontro às necessidades que têm vindo a ser reportadas como prioritárias pelas organizações internacionais.

Pudemos obter com a análise que: a *integração vertical* e o trabalho em *parceria*, aspetos da categoria *ação intersectorial* para a atividade física constituem genericamente trabalho desenvolvido por todos os sectores analisados. Isto vai de encontro aos pressupostos da ação intersectorial reportados noutros estudos, sendo um dos critérios recomendados para o desenvolvimento de políticas com sucesso, e que assenta no envolvimento de diferentes ministérios relevantes, vários níveis governamentais, o sector privado, as ONG's e outros parceiros. Outros estudos concluíram ainda, que existe evidência mais limitada de colaboração intersectorial na fase de preparação, sendo mais frequente na fase de implementação (Daugbjerg e col., 2009). O nosso estudo, apesar de reportar sistematicamente a existência de ação intersectorial realizada pelos sectores, não foi possível especificar as fases em que ocorre (e.g. preparação, desenvolvimento, implementação), nem quais são todas as entidades envolvidas, podendo os conceitos associados à ação intersectorial ser um fator de viés.

Por último, com a informação que foi possível obter com os resultados configura-se que estejam presentes algumas das principais barreiras e obstáculos já referenciados por outros (Bull e col., 2006).

5.1.2 - Consideração sobre qual o papel do sector da Saúde

Muitos dos estudos da última década têm enfatizado a questão do papel fulcral do sector da saúde na promoção da atividade física para a saúde. Estudos e relatórios anteriores indicam que tanto a nível nacional como internacional, o sector da saúde pode liderar na identificação das sinergias, fazendo as conexões necessárias entre os principais sistemas políticos e as iniciativas relativas à promoção da atividade física. Os sistemas e iniciativas desenvolvidas por vários sectores ganhariam, assim, valor adicional (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006).

Discutimos agora os resultados da análise de conteúdo e categorial que obtivemos sobre qual é considerado ser o papel e responsabilidade do sector da saúde na promoção da atividade física para a saúde:

No que respeita à dimensão *macroambiente*, na categoria *administração* os excertos incidiriam nas subcategorias *coordenação, gestão estratégica e planeamento, advocacia para a AF, Saúde Pública*. Inversamente, as subcategorias *ação nos determinantes naturais* e *financiamento* foram as menos referenciadas. Na categoria *ação intersectorial* todas as subcategorias analisadas, tais como, *integração horizontal, integração vertical, integração público-privado-social, parcerias* foram referidas de forma bastante alargada. Com menor destaque, mas mesmo assim, com várias referências as subcategorias *redes de trabalho* e *alianças* foram também destacadas como importantes nesta categoria. Num estudo de caso anteriormente realizado, relativamente aos aspetos de coordenação e administração de atividade física para a saúde, Marques e col. (2011), referem que a mesma não existe e que cada ministério é responsável pelos seus próprios assuntos. Com os resultados do presente estudo podemos dizer que não suportam na totalidade os pressupostos indicados por Cavill et. al. (2006) que indica que o sector da saúde, na dimensão macroambiente deve proporcionar (*stewardship*) administração para a ação multidisciplinar.

No que respeita à dimensão *microambiente*, na categoria *avaliação e monitorização*, as subcategorias *avaliação das políticas, avaliação da implementação, vigilância dos níveis de AF, investigação e evidência* foram considerados de forma extensa e uniforme, havendo um destaque para a *avaliação da implementação*. Na categoria *comunicação*, destaca-se entre as restantes a subcategoria *educação para a AF para a saúde* e logo depois a subcategoria *estratégia de comunicação*. Na categoria *capacity building*, todas as sub-categorias foram referidas, de forma menos diversificada. A categoria *promoção da atividade física nos locais de trabalho*, nas suas diversas subcategorias, foi um dos itens

com menor enfoque ao longo da dimensão analisada. De referir que, a promoção no local de trabalho, muito especificamente nos serviços do sector da saúde, deve ser um aspeto onde o sector da saúde tem responsabilidade (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006), subcategoria essa que não foi possível identificar no presente estudo.

No que respeita à dimensão *Individual*, na categoria Capacitação individual, as subcategorias *promoção da AF à pessoa, aconselhamento nos cuidados de saúde, prescrição nos cuidados de saúde, intervenção/acompanhamento nos cuidados de saúde, outros determinantes individuais, outros determinantes psico-sociais e comportamentais* foram amplamente abordadas e consideradas. Os resultados obtidos vão genericamente de encontro aos principais estudos na área, nomeadamente nas recomendações de trabalho dos cuidados de saúde primários que têm sido amplamente divulgadas (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006, NPAP, 2010, UE, 2009).

O sector da saúde tem um importante papel a desempenhar em promover e coordenar ações de apoio à atividade física. O papel da saúde pública na promoção da atividade física passa pelo facto de que, normalmente, as ações visando a promoção da atividade física baseiam-se, constantemente, nos domínios de profissionais em sectores como por exemplo o planeamento urbano, transportes, desporto, pelo que o sector da saúde pode efetuar uma contribuição importante e única; em particular, a saúde deve providenciar a liderança/administração à promoção da atividade física. Como este é um assunto multidisciplinar há o perigo de que possa “cair” nos “espaços” entre cada sector, sem que nenhum deles seja responsabilizado (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006). O sector da Saúde, e consideramos que a Saúde Pública muito em particular, é o que está melhor posicionado para criar as parcerias corretas e para adotar uma ação efetiva. Simultaneamente, com este amplo papel de liderança/administração, o sector da Saúde pode liderar em mais algumas áreas (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006), tais como:

- Tornando a atividade física parte da prevenção primária;
- Documentando intervenções efetivas e disseminando a investigação;
- Demonstrando o benefício económico de investir na atividade física;
- Relacionando políticas relevantes;
- Desenvolvendo políticas públicas e troca de informações;
- Liderando pelo exemplo.

No nível nacional, peritos internacionais da rede HEPA-OMS sugerem que, habitualmente, a liderança para a promoção da atividade física está normalmente identificada dentro dos governos, mais

frequentemente com o Ministério da Saúde, mas que no entanto pode variar de acordo com políticas mais específicas (WHO, 2013b). No entanto é indiscutível que a nível da OMS, a atividade física é uma componente crucial na política de saúde pública e no trabalho desta área, como já adiantado em vários relatórios (WHO, 2011a). Os resultados do presente estudo não apontam para que a liderança/administração da promoção da atividade física seja assumida pelo sector da saúde, como aliás também já tinha sido reportado pela OMS para o nosso país (Middelbeek; Kahlmeier, 2010). Com os dados que foi possível recolher, não se afigura que haja uma liderança operacional e sustentada a este nível em Portugal. Desta forma, os resultados por nós obtidos não vão de encontro à tendência que a literatura tem vindo a apresentar sobre o assunto. Daugbjerg (2006) refere na análise de conteúdo aos documentos políticos nesta área da promoção da atividade física que o Ministério da Saúde foi o mais referenciado como responsável pela fase de implementação, bem como ter sido atribuída maioritariamente ao mesmo a liderança pela implementação em 41% dos documentos analisados (Daugbjerg e col., 2009). Na revisão pelos estados-membros da EU, Portugal era dos poucos países onde os departamentos governamentais da saúde não estavam referenciados como *parceiros* participantes nos mecanismos de coordenação nacional na promoção da atividade física (Middelbeek; Kahlmeier, 2010).

Adicionalmente, poderemos afirmar que a promoção da atividade física pelo sector da saúde encontra-se hoje em dia, frequentemente associada à alimentação saudável/dieta/nutrição, situação também já reportada por outros (Kohl e col., 2012, Middelbeek; Kahlmeier, 2010). Quanto ao financiamento, numa análise anterior a países europeus é referido que na maioria dos casos era imputado ou provinha do orçamento do Ministério da Saúde (Daugbjerg e col., 2009), situação que também não foi possível confirmar com os resultados obtidos.

5.1.3 - Presença de critérios de sucesso/fatores-chave nas entrevistas

Os critérios de sucesso identificados para as abordagens políticas à promoção da atividade física para a saúde na HEPA-PAT (Armstrong e col., 2007, Bellew e col., 2008, Bull e col., 2004, Daugbjerg e col., 2009, Shilton, 2010, WHO, 2007a) estão indicados na tabela adaptada dos autores originais (Bull; Milton; Kahlmeier, 2011, Bull; Milton; Kahlmeier, 2013) que se encontra no anexo 23 numa versão completa da tabela com as referências aos critérios de sucesso identificados para as abordagens políticas à promoção da atividade física para a saúde.

Quanto aos resultados obtidos com a análise de conteúdo de entrevista, os critérios de sucesso mais vezes presentes nas respostas às perguntas do guião de entrevista foram: Múltiplas estratégias (5/5);

Trabalho em parceria (5/5); Integração através de outros sectores e políticas (5/5) e Estratégia de comunicação (4/5). Por outro lado, os critérios menos vezes presentes nas entrevistas foram: Objetivos e metas a nível nacional (0/5); Financiamento contínuo (0/5); Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação (1/5); Compromisso político (1/5); Liderança e coordenação (1/5); Redes de apoio aos profissionais (1/5).

Estas diferenças poderão estar relacionadas com os diferentes tipos de abordagens que cada entidade tem a esta temática, bem como o nível de envolvimento. Podemos dizer que há critérios relacionados com a ação intersectorial que já são adequadamente considerados, sendo um dos pontos fortes a realçar. Por outro lado, critérios cruciais relacionados com a administração no que toca à promoção da HEPA que ainda são deficitariamente considerados, constituindo, do nosso ponto de vista, pontos fracos do trabalho dos diferentes sectores.

Adicionalmente com o reporte dos entrevistados na entrevista, os critérios mais vezes mencionados como sendo os fatores-chave para o sucesso e implementação de boas práticas na promoção de atividade física para a saúde (top 5) foram o Compromisso político (4/5), Integração através de outros sectores e políticas (3/5), Trabalho em parceria (3/5) e Estratégia de comunicação (3/5), o que revela que são aspetos considerados muito importantes para o trabalho que as entidades já desenvolvem, e cruciais para o sucesso da implementação das políticas e estratégias de promoção da atividade física para a saúde por essas entidades.

5.2 - Análise documental e de conteúdo

5.2.1 - Classificação de critérios de sucesso nos documentos

Os 11 documentos analisados no estudo abrangeram um conjunto de tipos de documentos e de áreas, que já foram alvo de estudo por outros investigadores. A OMS analisou 73 documentos de países membros da União Europeia, em 2010, no âmbito de uma revisão sobre desenvolvimento de políticas e legislação sobre promoção de atividade física (Middelbeek; Kahlmeier, 2010). Para os 26 países em que havia informação disponível, 24 tinham pelo menos um documento de política nacional com abordagem política de saúde pública. Em todos os países, foram identificados 73 documentos relacionados com a atividade física e saúde pública, incluindo 4 grandes tipos: documentos puramente focados na atividade física e saúde; documentos em que a atividade física é parte de uma estratégia de saúde pública mais abrangente; documentos relacionados com os estilos de vida combinando nutrição e atividade física; documentos em que a atividade física é parte de uma estratégia contra a obesidade (Middelbeek; Kahlmeier, 2010).

Também Daugbjerg (2006) realizou uma análise de conteúdo e documental neste âmbito. Para os países europeus, e segundo os critérios estabelecidos selecionaram-se 49 documentos (29 de atividade física e promoção da saúde, 7 de atividade física e desporto, 12 de atividade física e transportes e 1 de atividade física e ambiente). Para Portugal foram selecionados 2 na área da “atividade física e promoção da saúde”. Entre os 27 que realmente foram analisados, para Portugal foi identificado o documento “*National Health Plan 2004-2010 Volume I—Priorities de 2004*”, com os respetivos critérios de análise: *metas e objetivos sim, orçamento não, avaliação sim.*

Quanto às características gerais do material selecionado, no nosso estudo, podemos dizer que em alguns documentos analisados, a abordagem à promoção da atividade física parece-nos ser feita integrada numa estratégia de promoção da alimentação saudável/dieta/nutrição e/ou através de abordagem integrada numa estratégia de prevenção/tratamento da obesidade. Nenhum documento designado de “política”, conforme metodologia delimitativa de período temporal e conceptual, foi analisado.

Quanto às características gerais dos documentos, no que toca ao facto de não ter sido possível a análise a nenhuma política por não se enquadrar nos critérios de seleção, e ao facto da utilização inadequada de conceitos diferentes com significações semelhantes em alguns dos documentos (por vezes fruto de traduções inadequadas) são fatores que não permitem a análise mais aprofundada do material em estudo. De referir que já nos anos 80 existia a preocupação com a distinção adequada dos conceitos relacionados com a atividade física e saúde pública (Caspersen; Powell; Christenson, 1985). Por outro lado, o foco de bastantes documentos de promoção da atividade física enquadrada numa estratégia de promoção da alimentação/dieta saudável, e/ou da abordagem à obesidade parece-nos também um aspeto relevante, pois outros autores identificaram esta associação recorrente como não tendo possibilitado abordagens na área da saúde pública e atividade física em toda a sua plenitude (Kohl e col., 2012).

Marques e col. (2011) elencaram um conjunto de documentos políticos das últimas décadas com alguma intenção e/ou estratégia de aumentar os níveis de atividade física, incluindo o artigo 64º “Saúde” da Constituição da República Portuguesa (Marques e col., 2011). No que toca aos últimos 3 anos, as Grandes Opções do Plano 2010-2013 do XVIII Governo Constitucional referem o termo “atividade física” associado às políticas para a RA dos Açores: *“Por outro lado pretende-se reforçar as políticas que favoreçam a prática da atividade física e desportiva associada à saúde em todas as idades.”* No entanto, apesar do termo atividade física não ser mais referenciado, este documento no geral refere algumas linhas orientadoras ténues que indiciam poder contribuir para a promoção da atividade física através de ações a desenvolver nas áreas dos transportes, desporto e educação. O mesmo acontece com os documentos *Grandes Opções do Plano para 2013 ou para 2012-2015* do XIX Governo Constitucional, mas que também não apresentam qualquer linha estratégica neste âmbito. Em nenhum dos últimos documentos

“Programa de Estabilidade e Crescimento” ou “Documento de Estratégia Orçamental” foi também encontrado qualquer referência ao termo “atividade física” (documentos disponíveis no site da Assembleia da República Portuguesa). Esta aparente lacuna da temática nos principais documentos políticos enquadradores pode explicar a menor quantidade de documentos com políticas e estratégias relativos à promoção da atividade física para a saúde, nos últimos anos.

Passando à discussão da análise aos critérios propriamente dita, no nosso estudo, positivamente, os critérios que apresentaram uma mediana mais elevada no que toca à classificação foram os CS2 - Baseado na evidência, CS3 - Integração através de outros sectores e políticas, CS7 - Múltiplas estratégias e CS13 - Trabalho em parceria, apresentando os mesmos uma mediana de 4, isto é, em grande parte aplicável. Inversamente, e de forma negativa, o critério que apresentou uma mediana mais reduzida no que toca à classificação foi o CS4 - Recomendações nacionais nos níveis de atividade física, apresentando uma mediana de 1, isto é, não aplicável.

Positivamente, os critérios com uma maior frequência de classificação 5 - Totalmente aplicável foram os CS1 - Abordagem consultiva (5/5) e CS13 - Trabalho em parceria (5/5). Por outro lado o critério com maior frequência de classificação 1 - Não aplicável foi o CS4 - Recomendações nacionais nos níveis de atividade física. Ainda de forma positiva, realçar os critérios CS3 - Integração através de outros sectores e políticas, CS7 - Múltiplas estratégias e CS13 - Trabalho em parceria, que tiveram uma baixa frequência de classificação 1 - Não aplicável e 2 - Em pequena parte aplicável. Negativamente, os CS5 - Objetivos e metas a nível nacional, CS11 - Financiamento contínuo e CS17 - Redes de apoio aos profissionais tiveram uma baixa frequência de classificação 4 - Em grande parte aplicável e 5 - Totalmente aplicável.

Estes critérios não são facilmente comparáveis com estudos anteriores, pois reportam-se a um período muito específico, a entidades, a sectores e a tipo de documentos que, tanto quanto sabemos, não tinham sido ainda alvo de análise documental previamente a este estudo. No entanto, já em 2011, investigadores a trabalhar num estudo de caso (Marques e col., 2011) indicaram como principais sucessos: *a conclusão do primeiro estudo de prevalência dos níveis de atividade física e aptidão física da população portuguesa, a inclusão dos indicadores de atividade física nos programas nacionais de saúde e a criação de grandes eventos*. Como principais desafios apontaram a: *inexistência de financiamento para iniciativas HEPA, inexistência de coordenação intersectorial e inexistência de avaliação da efetividade dos programas nacionais a decorrer* (Marques e col., 2011). Como recomendações, referem que o país não tinha recomendações oficiais dos níveis de atividade física adotando as recomendações da União

Europeia de 2008, cuja representação do Instituto do Desporto de Portugal se fez pelo meio do grupo de peritos que trabalharam o assunto. Como objetivos nacionais e indicadores de desempenho são indicados os do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 no que toca à redução da prevalência dos indivíduos que passam a maior parte do seu tempo livre em atividades sedentárias, não havendo detalhes de como esses objetivos seriam atingidos e avaliados (Marques e col., 2011).

Indo de encontro aos resultados obtidos pelo nosso estudo, também peritos da OMS, noutros países, reportaram uma falta de comprometimento político forte e continuado, frequentemente relacionado com problemas de financiamento e muito em particular o financiamento contínuo assegurado a longo prazo. Adiantam que o nível de comprometimento político associado ao financiamento estável a longo prazo revelaram-se determinantes para o progresso que um país possa ter nesta matéria (WHO, 2013b). Os esforços de avaliação das políticas nacionais e dos programas de implementação foram muito limitados, com algumas notáveis exceções reportadas nessa altura, indicando uma contínua falta de reconhecimento da importância de políticas efetivas. A monitorização e vigilância foram mencionadas como áreas a investir, bem como assegurar uma verdadeira colaboração intersectorial além da fase de desenvolvimento da política (WHO, 2013b). Outros autores também têm feito revisões sobre as recomendações de atividade física para a saúde pública, enfatizando o papel dos profissionais de saúde e o desenvolvimento de políticas (Mendes; Sousa; Barata, 2011, Oja; Titze, 2011).

5.3 - Limitações do estudo

As comparações cruzadas entre países confirmaram noutros estudos que a promoção de HEPA é uma tarefa complexa, envolve muitos sectores a múltiplos níveis que trabalham da sua própria maneira (WHO, 2013b), complexidade igualmente registada no trabalho por nós encetado. Tal como a literatura refere, as abordagens qualitativas estão sujeitas a alguns problemas: *são demoradas, é difícil a síntese de dados, garantia dos mesmos, os procedimentos não são standardizados e dificuldade em estudar populações de grandes dimensões (Bogdan; Biklen, 1994)*. Assim, pelo grau de entrosamento, o presente estudo apresenta igualmente algumas limitações que condicionam a generalização dos resultados e tornam as conclusões do estudo limitativas.

As opiniões dos entrevistados traduzem pareceres pessoais que não vinculam a entidade, mas que não se distanciam das linhas estratégicas da instituição que os entrevistados representavam na presente colaboração para investigação. Apesar da preocupação do investigador em que as respostas fossem prestadas pelas pessoas de referência na área em cada entidade, a hierarquia/função que cada entrevistado tinha no respetivo organismo pode também ser um fator de viés, uma vez que não se pode garantir que o conhecimento e a integração de todos seria semelhante e/ou equivalente.

A dimensão da amostra das entrevistas foi reduzida e limitou-se aos níveis nacional (diferentes sectores) e regional (apenas de um sector). Também não foi possível e viável, face à metodologia empregue, analisar o nível local. Os processos qualitativos são demorados e extensamente trabalhosos de forma a atingir o detalhe pelo que a limitação temporal do estudo condicionou igualmente o alargamento a outros sectores (menos referenciados na literatura, mas com envolvimento nas questões da promoção da atividade física). Uma das limitações prende-se com o facto do sector ambiente não ter sido abrangido, pelo que trabalho importante pode ter ficado por reportar e analisar, bem como outros eventuais sectores que possam indiretamente trabalhar nesta área. A associação da área de trabalho dos transportes com a do planeamento urbano também pode ter sido um fator de viés. Associado a isto, a subjetividade da análise das entrevistas, dos critérios e da categorização é um fator que inevitavelmente estará inerente a toda e qualquer estudo qualitativo, mas que foi minimizado por nós através das tabelas de suporte às entrevistas e aos critérios (anexo 23), tentando balizar o significado das análises.

O reduzido número de documentos e por conseguinte de documentos por cada tipo pesquisado, não permite fazer comparações entre sectores e diminui a capacidade da investigação de obter conclusões mais robustas. Os tipos de documentos também não poderão ser um aspeto comparável, pois várias definições de “estratégia”, “política”, “plano de ação” podem ser subentendidas. Por exemplo, numa

análise de conteúdo aos documentos da *WHO database on nutrition, obesity and physical activity* (WHO, 2011c) é definido “Estratégia” como um conceito que engloba o de “política”, sendo este um *documento escrito endossado que inclui declarações e decisões, define metas, prioridades e linhas orientadoras para o atingir desses objetivos. Pode incluir um plano de ação para a implementação*; já o conceito de “Plano de ação”: *quem faz o quê (tipo de atividades e pessoas responsáveis pela sua implementação), quando (prazo), como e com quanto (recursos), devendo incluir idealmente mecanismos para monitorização e avaliação* (WHO, 2011c). Já outros definiram “policy document” como “documentos escritos que contenham estratégias e prioridades, definam metas e objetivos, e sejam emitidos por uma parte da administração pública” (Daugbjerg e col., 2009).

A utilização adicional de uma metodologia de grupo focal poderia ter sido um contributo valioso para a sistematização dos dados recolhidos, bem como à obtenção de consensos nas várias vertentes analisadas, com contributos em larga escala de peritos em saúde pública.

A metodologia utilizada e o facto de os documentos habitualmente não o explicitarem na totalidade, como outros já tinham referido (Daugbjerg e col., 2009), não permite obter resultados mais generalizados acerca da ação intersectorial existente nesta área, além dos apresentados no capítulo IV. Também a não-definição e distinção clara dos conceitos de *coligação, aliança, parceria* pode ser um fator de viés (do inglês “*coalitions, alliances, partnerships*”) no que toca ao reportar da ação intersectorial. O mesmo se aplica aos termos “*atividade física, exercício, desporto*” frequentemente usados como sinónimos, quando na realidade são termos diferentes, o que pode levar a interpretações menos corretas. As traduções de conceitos em documentos para a língua portuguesa menos precisas também podem ser um fator de viés que, não raras vezes, surge na literatura consultada sobre o tema.

Capítulo VI – Conclusões

Para procurar dar resposta à primeira pergunta por nós colocada, o trabalho dos diferentes sectores foi reportado e analisado através da metodologia qualitativa empregue. Os sectores da saúde, educação, desporto, transportes/planeamento urbano, ação social demonstram ter vindo a desenvolver atividades nas dimensões macroambiente, microambiente e individual dos determinantes da atividade física, nas questões da promoção da atividade física para a saúde, fruto do trabalho de diferentes entidades. Não foi possível obter com o presente estudo, conclusões observáveis de que Portugal já tenha uma abordagem política/estratégica de abrangência nacional, operacional, no que respeita à questão da promoção da atividade física para a saúde.

A ação intersectorial, neste domínio específico, pelo que pudemos concluir, é ainda recente temporalmente e limitada em termos de abrangência. As subcategorias *liderança, financiamento, políticas públicas de promoção da AF, formação inicial e contínua dos recursos humanos, promoção da AF nos locais de trabalho do próprio sector* parecem ser os principais pontos fracos do trabalho dos sectores nesta temática. Os resultados obtidos sugerem que a integração vertical e trabalho em parceria são os principais pontos fortes do trabalho dos sectores.

Quanto à segunda pergunta a que procurámos dar resposta, o papel do sector da saúde foi reportado como tendo a responsabilidade de ter algum tipo de intervenção em todas as dimensões analisadas. De forma crescente de importância do reporte: dimensão macroambiente seguido de dimensão microambiente e de dimensão individual, dos determinantes relativos à atividade física. Das subcategorias, destacam-se a *coordenação, gestão estratégica e planeamento, advocacia para a atividade física, saúde pública, avaliação das políticas, avaliação da implementação, vigilância dos níveis de atividade física, investigação, evidência, promoção da atividade física à pessoa, aconselhamento nos cuidados de saúde, prescrição nos cuidados de saúde, intervenção/acompanhamento nos cuidados de saúde, outros determinantes individuais, outros determinantes psico-sociais e comportamentais*, utilizando as subcategorias analisadas.

O providenciar de administração/liderança à promoção da atividade física para a saúde e a promoção da atividade física no local de trabalho (incluindo no próprio sector da saúde) foram subcategorias não consideradas por grande parte da amostra como fazendo parte do papel do sector neste desígnio.

Quanto à terceira e última pergunta, focada na identificação de fatores-chave, com a conjugação das diferentes análises efetuadas aos critérios de sucesso presentes nas entrevistas e documentos relativos às abordagens políticas à promoção da atividade física investigados pudemos concluir que:

- O compromisso político, a integração através de outros sectores e políticas, o trabalho em parceria e estratégia de comunicação, são critérios cuja importância que lhes é atribuída é muito relevante;
- A existência de recomendações nacionais nos níveis de atividade física, é um critério com uma especialmente baixa classificação de aplicabilidade nos documentos analisados;
- A definição de objetivos e metas a nível nacional, o financiamento contínuo, o plano de implementação com um prazo especificado para a implementação, o compromisso político, a liderança e coordenação e redes de apoio aos profissionais, são critérios com reduzida expressão nas entrevistas analisadas.

A Saúde Pública tem necessariamente um considerável caminho a percorrer no incremento do trabalho relacionado com os determinantes da saúde, e da atividade física para a saúde em particular. A atividade física e saúde pública é, em Portugal, uma área emergente de trabalho. É necessário que o sector da Saúde assuma também como sua a responsabilidade na promoção da atividade física para a saúde. Está documentado que a Saúde Pública tem a melhor posição para criar as parcerias adequadas e efetivas a estes desafios, à semelhança do que já aconteceu, e com notável sucesso, com outros determinantes da saúde e fatores de risco através de abordagens integradas, intersectoriais a diferentes níveis e com compromisso político de alto nível. Só assim estarão completos os pré-requisitos para o controlo das doenças não transmissíveis e da promoção da saúde em geral e de uma vida ativa das pessoas e comunidades, através do movimento e da atividade física.

Com o presente estudo foi possível realizar uma análise qualitativa às principais políticas e estratégias de ação intersectorial na promoção da atividade física. Devido a esse mesmo carácter qualitativo e aos vieses e limitações a que a metodologia esteve obviamente sujeita, as conclusões têm as suas limitações já explicitadas no capítulo anterior.

Capítulo VII - Recomendações e considerações finais

A inatividade física e promoção da atividade física como prioridade em saúde pública deve ser encarada de forma autónoma e independente, e não sistematicamente acoplada à dieta/nutrição/alimentação para combate da obesidade, como surge frequentemente. Apesar de poder haver alguns benefícios, a restrição do âmbito que inevitavelmente acontece não permite uma abordagem em pleno para fazer face a todos os aspetos da atividade física. Este “casamento por conveniência” que acontece por vezes não deve ser confundido com a construção equitativa de parcerias para a ação.

A prevalência da inatividade física, a magnitude do risco associado e a evidência da prevenção e controlo eficaz deveriam ser suficientes para tornar a promoção da atividade física numa prioridade em saúde pública, equiparada aos assuntos tabaco, álcool, alimentação, sabendo ainda que, tecnicamente, a inatividade física a nível global tem contornos pandémicos.

Para aumentar os níveis de atividade física deve-se privilegiar políticas e estratégias que empreguem, de forma sustentável, uma abordagem por sistemas, ecológica, fornecendo políticas de suporte e ambientes facilitadores, que foque a população e as interações complexas entre as relações com a atividade física, ao invés de apenas ter uma abordagem à ciência comportamental focada nos indivíduos.

Transpondo da teoria para a prática, segundo Kohl e col. (2012), seria adequado que o governo nacional adotasse as seguintes recomendações:

- Desenvolver e implementar estratégias multisectoriais e planos de ação direcionados especificamente na atividade física e que sejam enquadrados numa abordagem sistemática;
- Atribuir um papel claro de *stewardship* (administração) para a atividade física a uma entidade governamental relevante que forme uma infraestrutura multisectorial assente em estruturas já existentes;
- Adotar recomendações e guias políticos nacionais baseados em evidência em atividade física para a saúde e quantificar objetivos populacionais;
- Alocar recursos suficientes e sustentáveis para a implementação, bem como para a avaliação, vigilância abrangente da *accountability*.

Especificamente quanto ao papel do sector da saúde, as recomendações vão no sentido de que o Ministério da Saúde deve:

- Reorientar os serviços e financiar a priorização da atividade física como uma área autónoma de trabalho a nível nacional, regional e local;

- Fomentar parcerias, incluindo a implementação governamental cruzada a todos os níveis, ganhando inputs e envolvimento de todos os *parceiros* que formam um círculo eleitoral multisectorial abrangente quer dentro quer fora do governo;
- Tornar a atividade física uma parte integral dum modelo de promoção da saúde e prevenção, incluindo rastreio da inatividade física, aconselhamento sobre atividade física na prevenção, tratamento e gestão de estratégias de doenças, bem como o investimento em políticas abrangentes de promoção da atividade física, planos de ação e programas de implementação.

Genericamente o sector da saúde, segundo (*Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006, Kirsten; Bauman; Pratt, 2006, Kohl e col., 2012, WHO, 2007a*) deve ainda:

- Contribuir para a consciencialização pública, política e facilitação da ação intersectorial e interministerial, convidando e motivando os diferentes parceiros a cooperar, cada qual baseado nas suas áreas de responsabilidade e enfatizando os múltiplos benefícios do encorajamento para a atividade física;
- Liderar convincente e comprometidamente no garante de que há uma abordagem intersectorial e abrangente, a diferentes níveis;
- Criar alianças e redes de trabalho, de forma a potenciar o aparecimento de situações *win-win* para todos os parceiros.

O grande desafio para a saúde pública passa por criar mais evidência, não apenas para programas específicos, mas também para ações que decorrem fora do sector da saúde que influenciem os níveis de atividade física. As autoridades de nível nacional e regional devem providenciar apoio económico e técnico às autoridades a nível local de forma a aumentar a credibilidade das mesmas, nesta temática. Peritos já referiram anteriormente que a saúde pública deve conseguir ser suficientemente efetiva ao convencer as pessoas dos efeitos benéficos da atividade física e ao convencer os decisores a investir mais em promoção da HEPA (*Kirsten; Bauman; Pratt, 2006*). Também a saúde pública deve integrar de forma horizontal e vertical, e deve reconciliar e integrar as abordagens e interesses diferentes, por vezes concorrentes (*WHO, 2007a*)

Assim, formular uma política nacional de promoção de HEPA iria dar apoio, coerência e visibilidade a nível político, e ao mesmo tempo tornar possível que as instituições envolvidas sejam coerentes e consistentes com os objetivos e estratégias comuns, bem como no negociar e assumir papéis e responsabilidades. Além disso, o desenvolvimento de uma política deve permitir uma maior alocação de recursos, maior *accountability*, e em caso de juridicamente vinculativa, irá prevenir as falhas normalmente associadas às recomendações nacionais e sugestões voluntárias (*Daugbjerg e col., 2009*).

A liderança (stewardship), financiamento contínuo, existência de políticas públicas de promoção da atividade física, investimento na formação inicial e contínua dos recursos humanos, promoção da atividade física nos locais de trabalho, definição de objetivos e metas a nível nacional, um plano de implementação com um prazo especificado para a implementação, o compromisso político duradouro, a definição de recomendações nacionais nos níveis de atividade física e a dinamização de redes de apoio parecem-nos aspetos que devem merecer atenção redobrada pela área da saúde pública nas questões da promoção da atividade física para saúde.

Para estudos futuros, recomenda-se uma abordagem mais aprofundada na análise de nível sub-nacional (regional e local), integrando diversas redes, o que se tem revelado fulcral para o sucesso da implementação de ações de promoção da atividade física, desenvolvimento importante que o presente desenho de estudo não permitiu abordar com a eficácia necessária.

A utilização de um grupo focal com peritos de várias áreas relacionadas com a saúde pública, atividade física e provenientes de diferentes sectores de intervenção (incluindo académicos e redes de trabalho), poderá ser uma importante metodologia a utilizar em estudos futuros, bem como o alargamento da sistematização e da análise em termos temporais e de abrangência; o papel da saúde pública nesta área deve ser explorado mais exaustivamente e sondado sobre qual o nível de prioridade que é atribuído à promoção da atividade física para a saúde em Portugal. A realização de estudos retrospectivos e que avaliem a sensibilidade política a esta questão ao longo das últimas décadas seria também interessante de forma a contribuir para o entendimento das questões estratégicas da promoção da HEPA e qual o futuro que se lhe pode reservar.

BIBLIOGRAFIA

- ARMSTRONG, T., E COL. - A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization, 2007.
- BAPTISTA, F., E COL. - Livro Verde da Atividade Física. Lisboa: Observatório Nacional de Atividade Física e do Desporto, Instituto do Desporto de Portugal, I.P., Presidência do Conselho de Ministros, 2011.
- BARDIN, L. - Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BARRETO, P. D. S. - Why are we failing to promote physical activity globally? **Bulletin of the World Health Organization**. 91 (2013) 390-A.
- BELLEW, B., E COL. - The rise and fall of Australian physical activity policy 1996 - 2006: a national review framed in an international context. **Australia New Zealand Health Policy**. 5 (2008) 18.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. - Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.
- BORNSTEIN, D. B.; PATE, R. R.; PRATT, M. - A review of the national physical activity plans of six countries. **Journal Physical Activity and Health**. 6: 2 (2009) S245-64.
- BULL, F. C., E COL. - Developments in National Physical Activity Policy: an international review and recommendations towards better practice. **Journal Science Medicine Sport**. 7: 1 (2004) 93-104.
- BULL, F. C.; MILTON, K.; KAHLMEIER, S. - Health-enhancing physical activity Policy Audit Tool. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2011.
- BULL, F. C.; MILTON, K.; KAHLMEIER, S. - National Policy on Physical Activity: The Development of a Policy Audit Tool (PAT). **Journal Physical Activity and Health**. [Epub ahead of print] (2013)
- BULL, F. C., E COL. - Implementing national population-based action on physical activity--challenges for action and opportunities for international collaboration. **International Journal of Health Promotion and Education**. 13: 2 (2006) 127-32.
- CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. - Physical-Activity, Exercise, and Physical-Fitness - Definitions and Distinctions for Health-Related Research. **Public Health Reports**. 100: 2 (1985) 126-31.
- CAVILL, N.; KAHLMEIER, S.; RACIOPPI, F. - Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2006.

- DAS, P.; HORTON, R. - Rethinking our approach to physical activity. **The Lancet**. 380: 9838 (2012) 189-90.
- DAUGBJERG, S. B., E COL. - Promotion of physical activity in the European region: content analysis of 27 national policy documents. **Journal Physical Activity and Health**. 6: 6 (2009) 805-17.
- DOHA - National Physical Activity Recommendations for Children 0-5 Years. Canberra: Department of Health and Ageing. Commonwealth of Australia, 2010.
- EDWARDS, P. P.; TSOUROS, A. D. - Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments: the solid facts. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2006.
- ER-WCPT - Active and healthy: the role of physiotherapist in physical activity: briefing paper adopted on General Meeting of ER-WCPT. St. Julian's, Malta: European Region of the World Confederation on Physical Therapy, 2012.
- FORTIN, L. - O processo de investigação - da concepção à realização. Loures: Lusociencia, 1999.
- FOSTER, C. - Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes. Tampere: British Heart Foundation Health Promotion Research Group. UKK Institute for Health Promotion Research, 2000.
- GONÇALVES, C.; GONÇALVES, C.; LOUREIRO, I. - Saúde nas políticas locais: intervenção, monitorização e ganhos em saúde. In: Comunidades, Autarquias & Saúde, Lisboa, 28-29 Abril - Comunicações. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2011.
- GUERRA, I. C. - Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso. Cascais: Príncipia, 2006.
- ISPAH/GAPA - The Toronto Charter for Physical Activity: a global call to action. Toronto: Global Advocacy Council for Physical Activity. International Society for Physical Activity and Health, 2010.
- ISPAH/GAPA - NCD prevention: investments that work for physical activity. Toronto: Global Advocacy Council for Physical Activity. International Society for Physical Activity and Health, 2011.
- KELLY, P.; CAVILL, N.; FOSTER, C. - An analysis of national approaches to promoting physical activity and sports in children and adolescents: full report. Oxford: British Heart Foundation Health Promotion Research Group. University of Oxford, 2009.
- KELLY, P.; MATTHEWS, A.; FOSTER, C. - Young and physically active: a blueprint for making physical activity appealing to youth. Oxford: Department of Public Health. University of Oxford. World Health Organization, 2012.

- KIRSTEN, W.; BAUMAN, A.; PRATT, M. - Promoting physical activity globally for population health. **International Journal of Health Promotion and Education**. 13: 2 (2006) 90-1.
- KOHL, H. W., E COL. - The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet**. 380: 9838 (2012) 294-305.
- LEE, I. M., E COL. - Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**. 380: 9838 (2012) 219-29.
- LEI_Nº5/2007 - D.R. 1ª série — Nº 11. (2007-01-16) 356-363 - Lei de Bases da atividade física e do desporto.
- MADUREIRA, C.; RODRIGUES, M.; ASENSIO, M. - Análise da evolução das estruturas da administração pública central portuguesa decorrente do PRACE e do PREMAC. Lisboa: Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, 2013.
- MARQUES, A., E COL. - Case studies on the development and implementation of national policies for the promotion of physical activity: Portugal (v2, in press). Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2011.
- MARTIN, B., E COL. - Evidence-based physical activity promotion - HEPA Europe, the European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity. **Journal of Public Health**. 14: 2 (2006) 53-7.
- MENDES, R.; SOUSA, N.; BARATA, J. L. - Physical activity and public health: recommendations for exercise prescription. **Acta Medica Portuguesa**. 24: 6 (2011) 1025-30.
- MIDDELBEEK, L.; KAHLMEIER, S. - Review of physical activity promotion policy development and legislation in European Union Member States. Regional Office for Europe. World Health Organization, 2010.
- NPAP - National Physical Activity Plan for the United States of America. Washington D.C.: National Physical Activity Plan Alliance, 2010.
- NUTBEAM, D. - Health Promotion Glossary. **Health Promotion International**. 13: 4 (1998) 349-64.
- O'DONNELL, M. P. - Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. **Am J Health Promot**. 24: 1 (2009a) iv.
- O'DONNELL, M. P. - Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. **American Journal of Health Promotion**. 24: 1 (2009b) iv.
- OJA, P., E COL. - Physical activity recommendations for health: what should Europe do? **BMC Public Health**. 10: 1 (2010) 10.
- OJA, P.; TITZE, S. - Physical activity recommendations for public health: development and policy context. **EPMA J**. 2: 3 (2011) 253-9.

- PCM-IDP - Plano Nacional de Atividade Física (PNAF) - projeto de plano [em linha]. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal, I.P., Presidência do Conselho de Ministros, 2011. [Consult. em 15-02-2013]. <<http://observatorio.idesporto.pt/indexpnaf.aspx>>.
- PHAC - Crossing sectors: experiences in intersectoral action, public policy and health. Ottawa, Ontario: Public Health Agency of Canada, 2007.
- POTVIN, L. - Intersectoral action for health: more research is needed! **International Journal of Public Health**. 57: 1 (2012) 5-6.
- RUTTEN, A., E COL. - Physical inactivity as a policy problem: applying a concept from policy analysis to a public health issue. **Health Research Policy and Systems**. 11: 1 (2013) 9.
- SBRN - Letter to the editor: standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". Sedentary Behaviour Research Network. **Applied Physiology Nutrition and Metabolism**. 37: 3 (2012) 540-2.
- SCHOEPPE, S.; BAUMAN, A.; BULL, F. C. - International review of national physical activity policy: A literature review. Sidney: NSW Centre for Physical Activity and Health, 2004.
- SHILTON, T. - The policy environment for physical activity in Australia: design and implementation in Western Australia. Columbia, SC: US National Physical Activity Plan, 2010.
- SPS-MS - Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**. 36 (2002) 254-6.
- UE - Recomendações da União Europeia para a Actividade Física (edição portuguesa). Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal, I.P., Presidência do Conselho de Ministros, 2009.
- UN - Political declaration of the High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. New York, NY: United Nations, 2011.
- WHO - Report of a Conference on Intersectoral Action for Health: a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. Halifax, Nova Scotia, Canada, 20-23 April 1997. Copenhagen: Canadian Public Health Organization. World Health Organization, 1997.
- WHO - Physical activity through transport as part of daily activities including a special focus on children and older people. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2002.
- WHO - Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization, 2004.
- WHO - Steps to Health : a European framework to promote physical activity for health. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2007a.
- WHO - Steps to Health A EUROPEAN FRAMEWORK TO PROMOTE PHYSICAL ACTIVITY FOR HEALTH World Health Organization - Regional Office for Europe, 2007b.

- WHO - 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the prevention and Control of NCD's. Geneva: World Health Organization, 2008a.
- WHO - A healthy city is an active city: a physical activity planning guide. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2008b.
- WHO - Global Recommendations on Physical activity for Health. Geneva: 2010a.
- WHO - Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010b.
- WHO - Good health starts with healthy behaviour. [Em linha]. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2011a. [Consult. 15-02-2013]. <Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/140666/CorpBrochure_Good_health.pdf>.
- WHO - NCD Country Profiles. Geneva: World Health Organization, 2011b.
- WHO - Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2011c.
- WHO - Definitions of Essential Public Health Operations (EPHO) and Services in Europe. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2012.
- WHO - The Helsinki Statement on Health in All Policies - The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. Helsínquia: Ministry of Social Affairs and Health of Finland. World Health Organization, 2013a.
- WHO - National approaches to the promotion of health-enhancing physical activity (HEPA): experiences and lessons learned from national appraisals: report of WHO workshop, Zurich, Switzerland, 20-21 June 2012. Copenhagen: Health-enhancing physical activity Network, Regional Office for Europe, World Health Organization, 2013b.
- WHO - Promoting physical activity and active living in urban environments - The role of local governments. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization, 2006.
- ZAITUNE, M. P. D. A., E COL. - Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 23 (2007) 1329-38.



ANEXOS

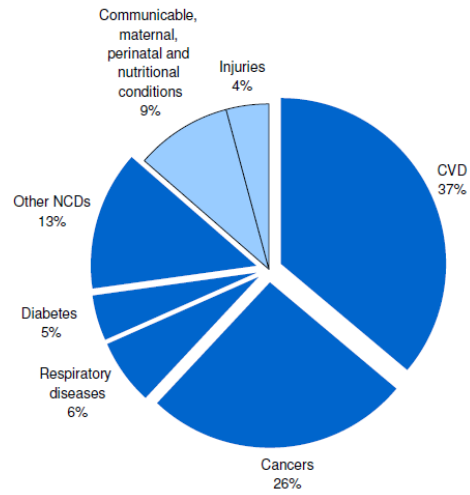
Anexo 1 - Perfil Fatores NCDs Portugal (incluindo inatividade física)

Portugal

2010 total population: 10 675 572
Income group: High

NCD mortality		
<i>2008 estimates</i>		
Total NCD deaths (000s)	males	females
	45.4	43.4
NCD deaths under age 60 (percent of all NCD deaths)	15.7	8.1
<i>Age-standardized death rate per 100 000</i>		
All NCDs	483.4	276.4
Cancers	182.1	89.3
Chronic respiratory diseases	34.8	15.1
Cardiovascular diseases and diabetes	184.5	125.3

Proportional mortality (% of total deaths, all ages)

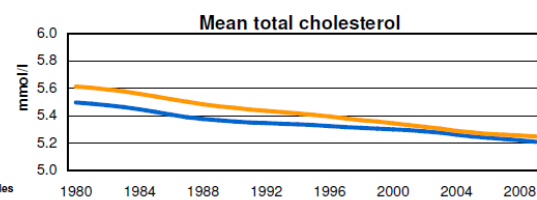
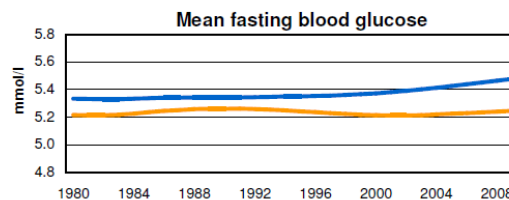
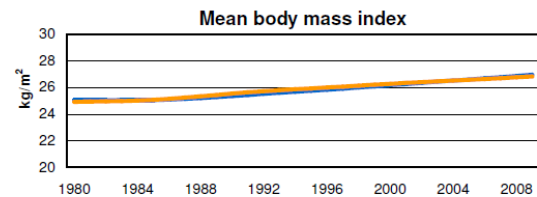
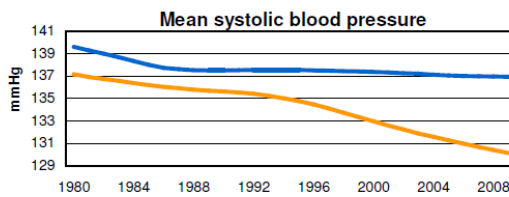


NCDs are estimated to account for 86% of all deaths.

Behavioural risk factors			
<i>2008 estimated prevalence (%)</i>			
Current daily tobacco smoking	males	females	total
	27.0	10.7	18.5
Physical inactivity	50.0	57.5	53.9

Metabolic risk factors			
<i>2008 estimated prevalence (%)</i>			
Raised blood pressure	males	females	total
	50.4	45.7	47.9
Raised blood glucose	8.3	7.5	7.9
Overweight	61.8	56.6	59.1
Obesity	21.6	26.3	24.0
Raised cholesterol	58.0	58.2	58.1

Metabolic risk factor trends



Country capacity to address and respond to NCDs

Has a Unit / Branch / Dept in MOH with responsibility for NCDs	NR	<i>Has an integrated or topic-specific policy / programme / action plan which is currently operational for:</i>	
<i>There is funding available for:</i>			Cardiovascular diseases
NCD treatment and control	Yes	Cancer	Yes
NCD prevention and health promotion	Yes	Chronic respiratory diseases	NR
NCD surveillance, monitoring and evaluation	Yes	Diabetes	NR
<i>National health reporting system includes:</i>		Alcohol	NR
NCD cause-specific mortality	Yes	Unhealthy diet / Overweight / Obesity	Yes
NCD morbidity	NR	Physical inactivity	NR
NCD risk factors	NR	Tobacco	NR
Has a national, population-based cancer registry	NR	Number of tobacco (m)POWER measures implemented at the highest level of achievement	1/5

NR = Country replied to survey but did not give a response to specific question

World Health Organization - NCD Country Profiles, 2011.

Anexo 2 - Orientações da União Europeia para a atividade física

Políticas recomendadas para a promoção da saúde e do bem-estar (União Europeia, 2008)

Recomendação 1 - De acordo com os documentos orientadores da Organização Mundial da Saúde, a União Europeia e os seus Estados-membros recomendam um mínimo de 60 minutos diários de atividade física, de intensidade moderada, para crianças e jovens, e um mínimo de 30 minutos diários de atividade física moderada para adultos, incluindo idosos.

Recomendação 2 - Todos os intervenientes devem ter em consideração os documentos orientadores da Organização Mundial da Saúde acerca da obesidade e da atividade física, e procurar os meios para implantar estas orientações.

Recomendação 3 - As autoridades públicas responsáveis pelos diferentes sectores devem apoiar-se mutuamente através da cooperação intersectorial para possibilitar a implantação de políticas que possam ser mais atraentes para permitir que a população aumente os seus níveis de atividade física.

Recomendação 4 - As autoridades responsáveis pela implantação das orientações e das recomendações de atividade física e do desporto devem considerar a celebração de acordos entre as administrações central, regional e local de forma a promover o desporto e a atividade física. Se for o caso, tais acordos podem envolver mecanismos específicos de recompensa. Devem ser incentivadas as interações das estratégias para a promoção do desporto e da atividade física.

Recomendação 5 - Os governos devem coordenar e promover o financiamento público e incentivar o financiamento privado dirigido ao aumento da atividade física e à melhoria do seu acesso para toda a população.

Recomendação 6 - Quando as autoridades públicas (nacionais, regionais e locais) financiam o desporto através de orçamentos públicos, deve ser prestada particular atenção aos projectos e às organizações que permitam o acesso à atividade física ao maior número de pessoas, independentemente do seu nível de desempenho (“desporto para todos”, desporto recreativo).

Recomendação 7 - Quando as autoridades públicas (nacionais, regionais e locais) financiam o desporto através de orçamentos públicos, devem ser criados mecanismos de avaliação e de gestão apropriados para garantir a realização de um follow-up concordante com o objectivo de promover “o desporto para todos”.

Recomendação 8 - Quando são disponibilizadas bolsas públicas no âmbito da atividade física, a elegibilidade e os critérios de atribuição devem basear-se nas atividades previstas e nas atividades gerais das organizações que solicitam financiamento. Um estatuto jurídico específico, uma história organizacional ou a filiação em estruturas federativas não devem ser considerados pré-qualificadores. O financiamento deve ser dirigido para atividades direccionadas para o “desporto para todos”, tendo em conta que as organizações com vocação primordial para o desporto de elite também podem dar um contributo significativo para a agenda do “desporto para todos”. Agentes públicos e agentes privados devem ter a possibilidade de se candidatar a um financiamento de forma igualitária.

Recomendação 9 - A política desportiva deve basear-se em evidências, e o financiamento público para a ciência do desporto deve incentivar investigações que procurem desenvolver novo conhecimento acerca das estratégias que permitam que a população seja fisicamente ativa.

Recomendação 10 - As organizações desportivas devem proporcionar atividades e eventos atractivos para todos e estimular contactos entre pessoas de diferentes grupos sociais e com diferentes capacidades, independentemente da raça, da etnia, da religião, da idade, do sexo, da nacionalidade e da saúde física e mental.

Recomendação 11 - As organizações desportivas devem cooperar com as universidades e as escolas profissionais da especialidade para desenvolver programas de formação para treinadores e outros profissionais do desporto, cuja ação incida no aconselhamento e na prescrição de atividade física para pessoas sedentárias e/ou portadoras de deficiência motora ou mental que pretendam ter acesso a um determinado desporto.

Recomendação 12 - Devem ser uma parte integrante da oferta das organizações desportivas programas de grande acessibilidade a diferentes estratos sociais e grupos etários, e que incluam o maior número possível de disciplinas desportivas (atletismo, jogging, natação, desportos com bola, treino de força e cardiovascular, cursos para idosos e para jovens).

Recomendação 13 - As organizações desportivas incorporam um grande potencial na prevenção e na promoção da saúde. Como tal, devem desenvolver esse potencial. As organizações desportivas ganham um significado especial para as políticas da saúde se conseguirem oferecer programas de prevenção e promoção da saúde de qualidade testada, rendíveis e eficientes.

Recomendação 14 - Nos sistemas nacionais de vigilância de saúde, deve ser incluída a recolha de dados acerca da atividade física da população.

Recomendação 15 - As autoridades públicas devem identificar quais são as profissões que têm as competências necessárias para promoção da atividade física e ponderar como pode ser facilitada a aplicação das funções relevantes nesse âmbito, sendo, para tal, necessária a existência de apropriados sistemas de reconhecimento.

Recomendação 16 - Os médicos e os demais profissionais de saúde devem ser agentes facilitadores entre os seus doentes, os prestadores de seguros de saúde e os fornecedores de programas de atividade física.

Recomendação 17 - As companhias de seguros devem ser incentivadas a reembolsar os médicos quando procedem ao aconselhamento dos seus doentes acerca da forma como podem e devem incluir a atividade física na sua vida diária.

Recomendação 18 - As autoridades públicas devem incentivar os sistemas de seguros de saúde para que sejam actores principais na promoção da atividade física.

Recomendação 19 - Os sistemas de saúde devem estimular as pessoas/utentes a ser fisicamente ativos e devem oferecer incentivos financeiros. A prescrição para a atividade física deve estar disponível em todos os Estados-membros da UE.

Recomendação 20 - Nos Estados-membros onde o tratamento é disponibilizado gratuitamente, o sistema público de saúde deve incentivar a atividade física em todas as faixas etárias, inclusive

introduzindo bónus para pessoas fisicamente ativas e incentivando os profissionais da saúde para a promoção da atividade física como parte de uma estratégia de prevenção.

Recomendação 21 - Os Estados-membros da UE devem reunir, sintetizar e avaliar as recomendações nacionais para a atividade física dirigidas a professores de Educação Física e aos outros intervenientes no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes.

Recomendação 22 - Numa segunda fase, os Estados-membros da UE podem conceber e reforçar a formação dos professores de Educação Física através de conteúdos orientados para o desenvolvimento da saúde, adequados a creches, a escolas primárias, a escolas do 2.º e do 3.º ciclos, e a escolas secundárias.

Recomendação 23 - Os cursos de formação dos professores de Educação Física, dos profissionais da saúde, dos gestores de desporto e lazer e dos meios de comunicação profissionais devem incluir informação relevante acerca dos benefícios da atividade física e das estratégias para a sua introdução no dia-a-dia.

Recomendação 24 - Os currículos das profissões de saúde na EU devem integrar temas relacionados com a atividade física, com a promoção da saúde e com a medicina desportiva.

Recomendação 25 - As autoridades dos Estados-membros, nos níveis nacional, regional ou local, devem planear e criar infra-estruturas adequadas à utilização da bicicleta como meio de transporte para a escola e para o trabalho.

Recomendação 26 - Outros tipos de locomoção ativa devem ser sistematicamente considerados no planeamento territorial, tanto no nível nacional como no regional e no local, com o objectivo de garantir condições de segurança, conforto e viabilidade.

Recomendação 27 - Os investimentos em infra-estruturas para andar de bicicleta ou caminhar devem ser acompanhados por campanhas de informação explicando os benefícios para a saúde dos meios de locomoção ativa.

Recomendação 28 - No âmbito do licenciamento de construção de novas estruturas, as autoridades responsáveis pelo planeamento do território devem integrar nos seus projectos a necessidade de criar um ambiente seguro para a prática diária de atividade física da população local. Além disso, devem também considerar a acessibilidade, a pé ou de bicicleta, de casa para as estações de comboio, de metro, para o autocarro, lojas e outros serviços e espaços de lazer.

Recomendação 29 - Os governos locais devem considerar a locomoção de bicicleta como parte integrante do planeamento urbano. Devem ser projectadas, desenvolvidas e mantidas as ciclovias e os parques de estacionamento de bicicletas respeitando as exigências básicas de segurança. Os governos locais devem ser incentivados a divulgar as suas melhores práticas por toda a UE para que possam ser encontradas as soluções mais adequadas e económicas.

Recomendação 30 - As autoridades públicas responsáveis pelos serviços da polícia de trânsito devem assegurar a segurança dos peões e dos ciclistas.

Recomendação 31 - As autoridades públicas devem não só procurar a proteção do ambiente natural, mas também realçar o seu importante potencial como espaço atractivo para a prática de atividade física ao ar livre. Deve, ainda, ser posta em prática uma gestão eficaz que promova a

compatibilidade das necessidades dos diferentes utilizadores, nomeadamente o transporte motorizado versus não-motorizado.

Recomendação 32 - No planeamento e nos projectos comunitários, as autoridades públicas devem garantir a integração de espaços de jogo, recreio e lazer para as crianças e para os adolescentes.

Recomendação 33 - Os empregadores e os sindicatos devem, nos seus contratos, incluir requisitos para que os locais de trabalho facilitem um estilo de vida fisicamente ativo. Exemplos desses requisitos são:

- Acesso a instalações de exercício no interior e ao ar livre devidamente equipadas;*
- Disponibilização de um profissional com formação especializada visando um aconselhamento apropriado para atividades colectivas ou individuais;*
- Apoio para realização de encontros desportivos entre entidades empregadoras;*
- Apoio para a utilização da bicicleta e da caminhada como meio de transporte para o trabalho;*
- Acesso a exercícios prescritos especificamente para empregos em que o trabalho seja muito monótono ou implique cargas pesadas, criando bem-estar e bom ambiente de trabalho.*

Recomendação 34 - Concessão de certificados nacionais de saúde para os locais de trabalho que invistam num estilo de vida fisicamente ativo dos seus trabalhadores.

Recomendação 35 - Com a finalidade de aumentar a qualidade de vida da velhice nas sociedades europeias, os Estados-membros da UE devem disponibilizar mais recursos à investigação dedicada ao estudo da associação entre a atividade física desenvolvida pela pessoa idosa e a sua saúde psicológica e fisiológica, bem como a identificação de meios para aumentar a atenção e o conhecimento da importância de ser fisicamente ativo.

Recomendação 36 - As autoridades públicas devem disponibilizar instalações que tornem a atividade física mais acessível e atraente para a pessoa idosa, reconhecendo o princípio de que o investimento nestas infra-estruturas tende a reduzir os custos com os cuidados de saúde.

Recomendação 37 - Deve ser dada especial atenção por parte dos técnicos responsáveis pelo enquadramento da pessoa idosa no domicílio e nas instituições para que seja garantido o acesso a uma atividade física apropriada às condições de saúde.

Recomendação 38 - A implantação de acções políticas para a promoção da atividade física deve ser monitorizada regularmente, com base em indicadores objectivos predefinidos que permitam a avaliação e a revisão das políticas e dos programas.

Recomendação 39 - A sensibilização deve ser combinada com outras formas de intervenção dentro de uma estratégia coerente de comunicação.

Recomendação 40 - A divulgação e a implantação destas recomendações para a atividade física no nível da UE devem ser apoiadas através de uma rede UE HEPA, baseada na actual rede europeia para o aumento da atividade física e para a melhoria da saúde (HEPA Europa).

Recomendação 41 - A Comissão Europeia é convidada a estudar a melhor forma para apoiar financeiramente uma rede UE HEPA, e a envolver a rede na implantação, na avaliação e na divulgação dos resultados dos projectos relacionados com a HEPA. Tradução realizada pelo IDP (2009) às recomendações originais da EU em inglês. (Tradução e edição do IDP, I.P., 2009)

Anexo 3 - Principais eixos da Carta de Toronto para a atividade física

The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action

A Framework for Action

- Introduce policy that supports physical activity across multiple sectors
- Reorient services and funding to prioritise physical activity
- Develop partnerships for action

GAPA
GLOBAL ADVOCACY FOR PHYSICAL ACTIVITY
Advisory Council of ISPAH

PREVENTION OF NCDs: Why Physical Activity?

Physical inactivity is the fourth leading cause of deaths due to non communicable disease (NCDs) worldwide. Increasing population-wide participation in physical activity is a major health priority in most high and middle income countries and is a rapidly-emerging priority in lower income countries experiencing rapid social and economic transitions. There is the need for all countries to invest in strategies, programs and supportive environments that inform, motivate and support individuals and communities to be active in ways that are safe, accessible and enjoyable. The benefits of action can cut across health, environment, transport, sport, culture and the economy.

Two key documents provide a summary of the evidence and the actions needed for national action on physical activity:

- The Toronto Charter for Physical Activity: A global call for action** (May 2010) – A concise summary of the case for national action on physical activity. A framework for action relevant to all countries.
Access at www.globalpa.org.uk
- NCD Prevention: Investments that Work for Physical Activity** (Feb 2011) – Seven specific, evidence based, cost-effective actions relevant for all countries that are the best investments to increase physical activity.
Access at www.globalpa.org.uk

Fonte: ISPAH/GAPA, 2010

Anexo 4 - Processo de planeamento de 3 fases para o desenvolvimento, implementação e avaliação de estratégias de estilo de vida ativo nas cidades:

- *Fase 1 – Getting started*
 - *Criar compromisso*
 - *Formar um grupo de liderança*
 - *Criar uma Visão*
 - *Realizar um perfil da cidade, vizinhança e dos grupos-alvo populacionais*
 - *Consultar os residentes e os parceiros*
 - *Identificar as oportunidades e constrangimentos*
 - *Identificar fundos e recursos*
 - *Definir metas e objetivos*

- *Fase 2 – Preparar o plano*
 - *Desenvolver intervenções-chave*
 - *Políticas*
 - *Programas*
 - *Planos*
 - *Estratégia infraestrutural*
 - *Comunicação*
 - *Definir prioridades para opções de intervenção no ambiente construído*
 - *Estratégias de ação em planeamento urbano*
 - *Estratégias de ação em transportes ativos e transportes públicos*
 - *Estratégias de ação em design urbano*
 - *Estratégias de ação em comunicação*
 - *Definir prioridades para opções de intervenção no ambiente social*
 - *Estratégias de ação em diversidade e equidade*
 - *Estratégias de ação em coesão social, segurança e apoio social*
 - *Definir prioridades para opções de intervenção em settings específicos*
 - *Estratégias de ação em escolas ativas*
 - *Estratégias de ação em locais de trabalho*
 - *Estratégias de ação em comunidades/bairros*
 - *Estratégias de ação em instalações desportivas e de lazer*
 - *Estratégias de ação em instalações de cuidados de saúde*
 - *Fortalecer intenções individuais*

- *Fase 3 – Implementar o plano e medir o sucesso*
 - *Fase de implementação*
 - *Avaliar o progresso*
 - *Avaliação formativa*
 - *Avaliação de processos*
 - *Avaliação sumativa*
 - *Avaliação de resultados*
 - *Partilhar os resultados*
 - *Rever e atualizar o plano*

Adaptado de Community physical activity planning: a resource manual (WHO, 2008b)

Anexo 5 - Linhas Orientadoras de entrevista

i) Qual o papel do sector a que está ligado na definição de políticas e estratégias de promoção da atividade física para a saúde e combate à inatividade física, em Portugal?

ii) Está implementada alguma ação intersectorial neste âmbito? Caso esteja, de que forma e por quem são coordenadas as ações de promoção da atividade física para a saúde?

iii) Qual considera ser o papel do sector da Saúde (incluindo Saúde Pública, Promoção da Saúde e Cuidados de Saúde) na coordenação e facilitação da ação intersectorial/interministerial, na mediação e advocacy da promoção da atividade física para a saúde entre os diferentes parceiros com responsabilidade na promoção da atividade física (Saúde Pública e Promoção da Saúde; Cuidados de Saúde; Educação; Transportes; Planeamento Urbano; Ambiente; Desporto; Lazer; Locais de Trabalho, ou outros), e a diferentes níveis de governação?

iv) Quais os fatores-chave para o sucesso e implementação de boas práticas na promoção de atividade física para a saúde, a nível local, regional e nacional?



Anexo 6 - modelo de autorização recolha e gravação

Autorização

Declaro que autorizo a recolha e gravação de informação decorrente da entrevista em profundidade/reunião no âmbito da colaboração prestada à investigação sobre Atividade Física e Saúde Pública levada a cabo pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, realizada pelo Dr. João Gregório Gomes, sob a orientação da Dra. Celeste Gonçalves, bem como a utilização do seu conteúdo para o desenvolvimento das restantes atividades de investigação.

Lisboa, ___ de _____ de _____

Anexo 7 - Lista de Termos / Glossário

Ação intersectorial (*intersectoral action*) – O alinhamento de estratégias de intervenção e recursos entre atores de dois ou mais sectores da esfera pública para o alcançar de objetivos complementares que são relevantes e valorizados por todas as partes (Potvin, 2012).

Ação intersectorial para a saúde (*intersectoral action for health*) – relação reconhecida entre uma parte ou partes do sector da saúde com parte ou partes de outros sectores que tenham sido formados para atuar num aspeto para alcançar resultados em saúde (ou resultados intermédios em saúde) da forma que seja mais efetiva, eficiente ou sustentável do que se fosse atingido apenas pela atuação isolada do sector saúde (WHO, 1997).

Aptidão física (*physical fitness*): conjunto de atributos que as pessoas têm ou atingem que estão relacionados quer com a saúde quer com a habilidade/capacidade (*skill*) (Caspersen; Powell; Christenson, 1985).

Atividade física (*physical activity*): qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e que resulte num gasto de energia superior ao do metabolismo basal (Caspersen; Powell; Christenson, 1985).

Desporto (*sport*): atividades praticadas através do exercício e/ou competições promovidas pelas organizações desportivas e uma subparte da atividade física (WHO, 2007b).

Exercício (*exercise*): Subparte da atividade física, definido como planeado, estruturado e como movimentos corporais repetitivos realizados para melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física (Caspersen; Powell; Christenson, 1985).

Health-enhancing physical activity (atividade física relacionada com a saúde/atividade física para a saúde): “qualquer forma de atividade física que beneficia a saúde e a capacidade funcional sem danos ou riscos excessivos” (Foster, 2000) cit. por (Cavill; Kahlmeier; Racioppi, 2006). É frequentemente utilizado ao longo da Região Europeia da OMS.

Inatividade Física (*physical inactivity*) – Definida como um nível insuficiente de atividade física para alcançar as recomendações atuais (WHO, 2010a).

Mudança de estilo de vida (*lifestyle changing*) – Processo facilitado através da combinação de experiências de aprendizagem que aumentam a consciencialização, motivação e constroem capacidades e mais importante que, através da criação de oportunidades que dão acesso a ambientes que tornam as opções saudáveis as mais fáceis (O'Donnell, 2009a).



Promoção da Saúde (*health promotion*) – Processo de capacitação das pessoas para o aumento do controlo sobre e para melhorar a sua saúde (Nutbeam, 1998). Ciência e arte de ajudar as pessoas a descobrir sinergias entre as suas paixões fundamentais e estado ótimo de saúde, aumentando a motivação para alcançar um estado ótimo de saúde, suportando-as na mudança do seu estilo de vida em direção a um estado ótimo de saúde. Estado ótimo de saúde é um equilíbrio dinâmico entre a saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual (O'Donnell, 2009a).

Recomendações e linhas orientadoras (*recommendations and guidelines*) – Linhas orientadoras são quaisquer documentos que contenha recomendações sobre intervenções de saúde sejam elas clínicas, de saúde pública ou intervenções políticas. As recomendações fornecem informação sobre o que os políticos, legisladores, prestadores de cuidados de saúde ou as pessoas devem fazer. Implicam a escolha entre intervenções diferentes que têm impacto na saúde e que têm ramificações na utilização dos recursos (WHO, 2010b).

Saúde Pública (*public health*) – ciência e arte da prevenção de doenças, prolongamento da vida e promoção da saúde através de esforços organizados da sociedade (Nutbeam, 1998).

Vida Ativa (*active living*) – Forma de vida que integra a atividade física nas rotinas diárias, cujo objetivo é acumular pelo menos 30 minutos de atividade física por dia (WHO, 2008b).

Anexo 8 - Análise de conteúdo da entrevista – caracterização e resumo

1. Sector: (assinalar c/ X)	Público		Privado		Social (sem fins lucrativos)
2. Área: (assinalar c/ X)	Educação	Desporto	Saúde	Planeamento Urbano/Transportes	Ação Social:
3. Nível: (assinalar c/ X)	Nacional		Regional		Local

Instituição: XXXXXXXX

Local: Lisboa

Data: 2013

Entrevistador: João Gregório Gomes

Código da Entrevista (A - Saúde, B - Educação, C – Desporto, D - Transportes, E – Ação Social):

<u>Informação Factual</u>	<u>Informação Avaliativa (opiniões, atitudes, comportamentos, valores expressados, etc)</u>
Pergunta nº 1 i) Qual o papel do sector a que está ligado na definição de políticas e estratégias de promoção da atividade física para a saúde e combate à inatividade física, em Portugal?	Pergunta nº 1
Pergunta nº 2 ii) Está implementada alguma ação intersectorial neste âmbito? Caso esteja, de que forma e por quem são coordenadas as ações de promoção da atividade física para a saúde?	Pergunta nº 2

Pergunta nº 3

iii) Qual considera ser o papel do sector da Saúde (incluindo Saúde Pública, Promoção da Saúde e Cuidados de Saúde) na coordenação e facilitação da ação intersectorial/interministerial, na mediação e *advocacy* da promoção da atividade física para a saúde entre os diferentes *parceiros* com responsabilidade na promoção da atividade física (Saúde Pública e Promoção da Saúde; Cuidados de Saúde; Educação; Transportes; Planeamento Urbano; Ambiente; Desporto; Lazer; Locais de Trabalho, ou outros), e a diferentes níveis de governação?

Pergunta nº 4

iv) Quais os fatores-chave para o sucesso e implementação de boas práticas na promoção de atividade física para a saúde, a nível local, regional e nacional?

Anexo 9 - Análise de conteúdo das entrevistas – grelha comparativa das respostas / Questão (Q1, Q2, Q3, Q4); Informação factual (IF); Informação avaliativa (IA)

Q1	Saúde	Educação	Desporto	Transportes/Plan. Urbano	Ação Social
IF	<p>Profissionais de saúde como agentes prescritores de AF.</p> <p>Promoção de orientações e de informação para as pessoas e públicos/settings específicos.</p> <p>Estratégias de comunicação e de produção de documentos.</p> <p>Intersectorialidade, protocolos, parcerias a vários níveis.</p> <p>Programas de prevenção das doenças crónicas, obesidade e outros.</p> <p>Promoção da saúde.</p>	<p>Programa de Educação para a Saúde dos agrupamentos de escola.</p> <p>Desporto Escolar (FitnessGram, campeonatos e atividades internas). Est. de divulgação do programa e da sua identidade.</p> <p>Despacho do Secretário de Estado sobre a Promoção e Educação para a Saúde define a atividade física como área prioritária, associada à alimentação.</p> <p>Atividades extra-curriculares e curriculares de educação física e expressão físico-motora.</p> <p>Na educação pré-escolar apenas certifica as instituições com orientações muito genéricas.</p>	<p>Projeto de plano nacional da atividade física;</p> <p>Plano estratégico para o desporto integrará questões da promoção da atividade física.</p> <p>Planos estratégicos sectoriais e locais.</p> <p>Projeto Mexa-se.</p> <p>Programa Cuida-te.</p> <p>Programa nacional de Marcha e Corrida.</p> <p>Observatório Nacional de Atividade Física e Desporto (temporário).</p>	<p>Estratégia “Pacote da Mobilidade” – conjunta de guias/documentos que focam a mobilidade sustentável, indiretamente promovem a atividade física.</p> <p>CiclAndo - Plano de Promoção da Bicicleta e Outros Modos Suaves (projeto de plano).</p> <p>Todas as estratégias e planos foram desenvolvidos com uma abordagem consultiva e em parceria.</p> <p>Papel consultivo do Instituto da Mobilidade e dos Transportes (IMT).</p>	<p>É reconhecida a importância da AF em várias “áreas de negócio” do Instituto de Segurança Social (ISS).</p> <p>Tem sido no Envelhecimento ativo e saudável que a AF tem sido mais trabalhada.</p> <p>Na RNCCI, promoção da atividade física, a nível de prevenção terciária, dirigida a pessoas idosas em situação de dependência.</p> <p>Na legislação não há uma linha orientadora nesta matéria.</p> <p>O ISS acompanha pessoas de todas as idades, podendo desenvolver facilmente uma política de promoção da AF ao longo do ciclo de vida.</p>
IA	<p>A AF não tem sido promovida tanto quanto desejariam, devido a:</p> <p>prioridades em saúde;</p> <p>falta de evidência;</p> <p>recomendações demasiado genéricas;</p> <p>outras entidades com mais responsabilidade na promoção da</p>	<p>A limitação dos âmbitos de colaboração entre saúde e educação é um constrangimento.</p> <p>Alterações políticas e organizacionais condicionam o trabalho.</p> <p>A atividade física não é percebida como uma das principais prioridades.</p>	<p>Portugal foi impulsionador da área com a presidência da UE mas não implementou as recomendações europeias.</p>	<p>Realizam-se atualmente trabalhos para que os PMOT’s passem a ter o centro na “promoção do peão” e do “andar a pé”.</p> <p>Os planos municipais de promoção da acessibilidade têm trazido ganhos enormes em muitos municípios em termos de atividade</p>	<p>Questão das prioridades. A promoção da AF tem sido deixada para segundo plano.</p> <p>Necessário repensar ao nível político a inclusão da promoção da AF nas áreas do envelhecimento, crianças e jovens em risco, violência doméstica, etc.</p>



	<p>AF; Benefício vs risco da AF para pessoas com baixa literacia. a nível local a promoção da AF é mais efetiva; há fatores externos à saúde (económicos e sociais) que condicionam a promoção de AF; Os profissionais de saúde não tem formação suficiente para prescrição de atividade física, pressionados pelo número de doentes. Questão cultural com o “perder tempo” a aconselhar as pessoas nesta área.</p>	Pouco financiamento.		física.	A participação social, coesão e exercício da cidadania pressupõe AF, apesar de não relacionar diretamente com a saúde.
Q2	Saúde	Educação	Desporto	Transportes/Plan. Urbano	Ação Social
IF	<p>Sim. Parcerias com Ministério da Educação, Instituto do Desporto e Juventude, Instituto da Mobilidade e Transportes. Protocolos com Agrupamento de Centros de Saúde. Parcerias com o nível local (municípios). Cooperação com academia, Centro de Investigação em Atividade Física e Lazer da Univ. do Porto, Faculdade de Motricidade Humana – Univ. Técnica de Lisboa.</p>	<p>Sim. Parcerias com o Ministério da Saúde, Instituto do Desporto e Juventude (incluindo delegações regionais). Parcerias com o nível local (municípios), especialmente ao nível dos transportes. Parcerias com empresas privadas. A nível local, associações de pais. Programas de investigação em parceria. Colaboraram com o IPDJ que coordenava o projeto do plano</p>	<p>Sim. Projeto de plano nacional da atividade física, não arrancou em 2011. Linha do desporto com todos e para todos, com ligação à saúde e educação, de acordo com o atual governo. Anterior governo, definiu lei de bases da atividade física. Os vários sectores são envolvidos num âmbito de cooperação, quer na definição quer na implementação.</p>	<p>Sim. IMT tem parcerias com municípios. Integra comissões de acompanhamento de planos de mobilidade e transportes e também ao nível do ordenamento do território. Parceria com privados, tendo um guia de transportes para grandes empresas e polos. CiclAndo é um plano intersectorial, coordenado pelo IMT, que também liderou o grupo interministerial. Tem monitorização e financiamento próprio previstos.</p>	<p>Não. A nível local, havia parcerias com câmaras para cedência de recursos humanos. Houve colaboração anterior com o IPDJ.</p>



	Contribui-se para as ações mas é reduzida a capacidade de influenciar. Em termos de parcerias, todas as entidades estão ao mesmo nível de coordenação.	nacional de atividade física.	Municípios são especialmente importantes para a implementação a nível local. No projeto de PNAF, o papel do IPDJ foi como regulador e avaliador, não tanto como liderança.	Pacote de mobilidade realizado com uma abordagem consultiva e cooperativa. Trabalho anterior com o IPDJ e com a Direção-Geral da Saúde (DGS). Colaboração com o Instituto Nacional para a Reabilitação (INR) e Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR).	
IA	Na Promoção da Saúde, habitualmente, quando uma área lidera as restantes têm tendência a não se envolver da mesma forma. Alterações políticas e organizacionais condicionam o trabalho.	Apenas faz sentido trabalhar em Educação e Promoção da Saúde numa parceria. Alterações políticas e organizacionais condicionam o trabalho.	Continuidade no trabalho é importante. Foi sugerido um plano nacional para o desporto, que incluiria a atividade física, mas não foi concretizado dessa forma.		Programa “Rede Social” (parcerias supra-concelhias, CLAS) podem ser interessantes para trabalhar esta questão (já têm uma abordagem intersectorial).
Q3	Saúde	Educação	Desporto	Transportes/Plan. Urbano	Ação Social
IF IA	Ver Q1.IF. A Saúde não lidera esta área. Existem outras entidades/áreas.	A Saúde deveria intervir com os alunos identificados/sinalizados com algum problema de saúde. À Saúde cabe tratar e estabelecer verdadeiras parcerias. À Educação cabe prevenir e promover saúde. A Saúde ainda está muito ligado à doença e menos do que seria desejável às questões da prevenção. Programas de investigação apenas com esse fim não são eticamente	Saúde Pública: · Elaboração de normas e legislação; · Fiscalização de espaços e atividades; · Ações de sensibilização dos profissionais de saúde para a questão dos benefícios da atividade física e sua recomendação aos utentes do SNS. Promoção da Saúde: · Programa de ações de Comunicação e Divulgação dos	A saúde tem reforçado a sensibilização e colaboração com o IMT nos últimos anos, nesta área. Recomendações da OMS e posição face aos transportes assenta na prevenção e na ligação às questões de saúde. Rede HEPA e Health economic assessment tool for walking and for cycling (HEAT) toolkit.	A Saúde deveria liderar estes processos, sector que têm uma importância fundamental no estabelecer de uma estratégia, perceber quais são os parceiros que podem trabalhar nesta área. Necessidade de mais investimento em saúde pública.



		corretos (não é aceitável criar grupos de controlo, etc)..	<p>benefícios da atividade física;</p> <ul style="list-style-type: none">· Criação de incentivos a projetos piloto no âmbito da criação de hábitos de vida saudável;· Formação de técnicos de saúde para o encaminhamento dos utentes no que respeita à prática de Atividade Física. (Encaminhamento não é prescrição. Esta compete a quem aos profissionais da área do Desporto, Educação Física ou Exercício e saúde) <p>Cuidados de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none">· Informação do utentes do SNS através do Centros de Saúde e dos Médicos de família quanto aos benefícios da atividade física;· Formação de técnicos de saúde para o encaminhamento dos utentes no que respeita à prática de Atividade Física;· Criação de um programa específico de promoção da Atividade Física;· Criação de Gabinetes de Atividade Física ou de exercício e saúde nos Centros de Saúde. <p>É ponto crítico para a implementação de uma estratégia de desenvolvimento que exista uma entidade “Promotora, Coordenadora, Facilitadora e Avaliadora” do processo e das iniciativas das várias entidades ou</p>		
--	--	------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



			parceiros.		
Q4	Saúde	Educação	Desporto	Transportes/Plan. Urbano	Ação Social
IF IA	<p>Trabalho intersectorial eficaz. Máxima informação e literacia; Infraestruturas na comunidade, planeamento urbano, segurança (autarquias papel fundamental). Balanço entre as medidas de saúde pública (para a comunidade) e as medidas específicas para o indivíduo. Metodologia de trabalho por projetos; Divulgação das boas práticas Partilha de trabalho. Todos os parceiros “falarem a mesma linguagem”</p> <p>Indicadores de investimento na AF. Sector dos transportes é fundamental (mobilidade no dia-a-dia das pessoas), bem como a segurança. Falta de evidência. Orientações generalistas pelas organizações internacionais Sub-avaliado e difícil de quantificar.</p>	<p>Ligação entre sectores Parcerias, com conhecimento mútuo das pessoas e com objetivos partilhados. Monitorização (apesar de ser difícil quantificar os resultados a longo prazo, explicar a nível político os benefícios). Sensibilidade política. Melhorias no nível académico dos currículos dos profissionais de saúde. Maior financiamento.</p>	<p>Articulação entre entidades Intenção política / comprometimento Envolvimento de toda a sociedade Plano de comunicação (motivar, envolver, etc)</p>	<p>Educação de hábitos saudáveis nas crianças. Orientações de nível nacional. Implementação de nível local. Sensibilidade política. Avaliações custo-benefício. Assumir publicamente as questões dos modos suaves de transportes. Ação inter-níveis (nacional, regional, local).</p>	<p>Liderança e governança forte. Coordenação e compromisso político Sensibilização Ligação entre teoria e prática. Estratégias de comunicação. Comunicações dos profissionais são muito importantes.</p>

Anexo 10 - Análise de conteúdo das entrevistas – grelha de análise comparativa dos critérios

Área:	T.	Saúde		Educação		Desporto		Transportes/Plan. Urbano		Ação Social	
Critérios de sucesso identificados para abordagens políticas à promoção da atividade física	3	1 – Abordagem consultiva/colaborativa	Q2.IF	1 – Abordagem consultiva/colaborativa	---	1 – Abordagem consultiva/colaborativa	Q1.IF	1 – Abordagem consultiva/colaborativa	Q1.IF	1 – Abordagem consultiva/colaborativa	---
	0	2 – Baseado na evidência	---	2 – Baseado na evidência	---	2 – Baseado na evidência	---	2 – Baseado na evidência	---	2 – Baseado na evidência	---
	4	3 – Integração através de outros sectores e políticas	Q1.IF	3 – Integração através de outros sectores e políticas	Q2.IF	3 – Integração através de outros sectores e políticas	Q1.IF	3 – Integração através de outros sectores e políticas	Q1.IF	3 – Integração através de outros sectores e políticas	---
	0	4 – Recomendações nacionais nos níveis de atividade física	---	4 – Recomendações nacionais nos níveis de atividade física	---	4 – Recomendações nacionais nos níveis de atividade física	---	4 – Recomendações nacionais nos níveis de atividade física	---	4 – Recomendações nacionais nos níveis de atividade física	---
	0	5 – Objetivos e metas a nível nacional	---	5 – Objetivos e metas a nível nacional	---	5 – Objetivos e metas a nível nacional	---	5 – Objetivos e metas a nível nacional	---	5 – Objetivos e metas a nível nacional	---
	0	6 – Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação	---	6 – Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação	---	6 – Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação	---	6 – Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação	Q1.IF	6 – Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação	---
	4	7 – Múltiplas estratégias	Q2.IF	7 – Múltiplas estratégias	---	7 – Múltiplas estratégias	Q2.IF	7 – Múltiplas estratégias	Q2.IF	7 – Múltiplas estratégias	Q2.IF
	2	8 – Avaliação	---	8 – Avaliação	---	8 – Avaliação	Q1.IF	8 – Avaliação	Q2.IF	8 – Avaliação	---
	1	9 – Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	---	9 – Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	Q1.IF	9 – Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	---	9 – Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	---	9 – Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	---
	4	10 – Compromisso político	---	10 – Compromisso político	---	10 – Compromisso político	---	10 – Compromisso político	Q1.IF	10 – Compromisso político	---
	0	11 – Financiamento contínuo	---	11 – Financiamento contínuo	---	11 – Financiamento contínuo	---	11 – Financiamento contínuo	---	11 – Financiamento contínuo	---
	2	12 – Liderança e coordenação	---	12 – Liderança e coordenação	---	12 – Liderança e coordenação	Q2.IF	12 – Liderança e coordenação	Q2.IF	12 – Liderança e coordenação	---
	5	13 – Trabalho em	Q2.IF	13 – Trabalho em	Q2.IF	13 – Trabalho em	Q2.IF	13 – Trabalho em	Q2.IF	13 – Trabalho em	Q2.IF



		parceria		parceria		parceria		parceria		parceria	
3	14 – Ligações entre política e prática	---	14 – Ligações entre política e prática	Q1.IF	14 – Ligações entre política e prática	Q1.IF	14 – Ligações entre política e prática	Q2.IF	14 – Ligações entre política e prática	---	
4	15 – Estratégia de comunicação	Q1.IF	15 – Estratégia de comunicação	Q1.IF	15 – Estratégia de comunicação	Q1.IF	15 – Estratégia de comunicação	Q1.IF	15 – Estratégia de comunicação	---	
1	16 – Identidade (marca/logotipo/slogan)	---	16 – Identidade (marca/logotipo/slogan)	Q1.IF	16 – Identidade (marca/logotipo/slogan)	---	16 – Identidade (marca/logotipo/slogan)	Q1.IF	16 – Identidade (marca/logotipo/slogan)	---	
0	17 – Redes de apoio aos profissionais	---	17 – Redes de apoio aos profissionais	---	17 – Redes de apoio aos profissionais	---	17 – Redes de apoio aos profissionais	---	17 – Redes de apoio aos profissionais	----	

Anexo 11 - Pergunta 1 - trabalho dos diferentes sectores

Dimensão: Macro ambiente						
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)				
Administração	Liderança					
	Coordenação	A1 A2	B2	C1	D1 D2	E2
	Gestão estratégica e planeamento	A4	B1	C1 C2	D2 D6 D7	
	Financiamento					
	Advocacia para a AF	A4	B12	C5	D1 D3 D12	
	Comprometimento político	A1 A2	B4	C3 C6	D2 D3 D12	
	Políticas públicas de promoção da AF					
	Saúde Pública	A1 A2		C1	D1	
	Promoção da Saúde	A1 A2 A10	B1	C3		
	Determinantes sociais/culturais			C2	D9 D10 D11	E5
	Determinantes económicos				D1 D2 D10	
	Determinantes ambientais				D1 D2 D6 D10	
	Determinantes naturais				D1 D2 D6	

Dimensão: Macro ambiente						
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)				
Ação intersectorial	Integração horizontal	A1 A2 A9		C1 C2 C7	D1 D2	E2 E3
	Integração vertical	A1 A2 A6 A7	B1 B7 B8	C1 C2	D1 D2 D5 D6	E3
	Integração público-privado-social	A2 A8	B9		D2	
	Redes de Trabalho	A2 A8		C3	D1 D2	E4 E5
	Alianças	A5		C7	D1 D2	E5
	Parcerias	A5 A8 A9 A10	B7 B8	C1 C2 C7	D1 D2 D4	E4 E5

Dimensão: Micro ambiente						
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)				
Avaliação e Monitorização	Avaliação das políticas				D2	
	Avaliação da implementação		B2	C3		
	Vigilância (níveis de AF)	A8	B2 B3 B6	C3 C8		
	Investigação	A8 A9	B6 B10	C3		
	Evidência	A8 A9	B10	C3		

Dimensão: Micro ambiente						
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)				
Comunicação	Estratégia de comunicação	A4 A8	B1 B11	C8	D1 D2	
	Marketing social			C4	D11	
	Educação para a AF para a saúde	A4 A8	B1 B11	C5 C6 C8		
	Reconhecimento público		B1	C3 C5 C6	D2 D3 D11	

Dimensão: Micro ambiente						
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)				
<i>Capacity building</i>	Desenvolvimento profissional dos recursos humanos			C1	D1	
	Formação inicial dos recursos humanos					
	Formação contínua					

Dimensão: Micro ambiente						
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)				
Promoção da atividade física nos locais de trabalho	Próprios serviços (liderar pelo exemplo)					
	Outros locais de trabalho				D8	

Dimensão: Individual						
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)				
Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa	A3 A4	B1 B2 B5	C4		E1 E2
	Aconselhamento nos cuidados de saúde	A3				E1 E2
	Prescrição nos cuidados de saúde	A3				E1 E2
	Intervenção/Acompanhamento nos cuidados de saúde	A3				E1 E2
	Outros determinantes individuais	A3	B1 B2 B5 B9	C4		E1 E2
	Outros determinantes psico-sociais e comportamentais		B1 B2 B9	C4		E1 E2

Anexo 12 - Trabalho do sector da saúde, tópico de entrevista

Trabalho do sector da Saúde			
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Tópico de entrevista
Macro-ambiente	Administração	Coordenação Comprometimento Político Saúde Pública Promoção da Saúde	A1 - Plano Nacional de Saúde 2012-2016; Programas verticais Promoção da Alimentação Saudável; Doenças cerebrovasculares; Cancro; Doenças Respiratórias; Saúde Mental; Saúde Escolar; Prevenção de Acidentes. Declaração por uma vida melhor.
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical	
Macro-ambiente	Administração	Coordenação Comprometimento Político Saúde Pública Promoção da Saúde	A2 - Anteriormente, Plataforma Contra a Obesidade; Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida; Saúde Ocupacional/Promoção da Saúde no local de trabalho; PNS 2004-2010.
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical Integração público-privado-social Redes de trabalho	
Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Aconselhamento Prescrição Intervenção/acompanhamento Outros det. individuais	A3 - Profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários
Macro-ambiente	Administração	Gestão estratégica e planeamento Advocacia para a AF	A4 - Informação, comunicação, documentos
Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Educação da AF para a saúde	
Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa	
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Alianças Parcerias	A5 - Intersectorialidade e parcerias
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical	A6 - Trabalho com autarquias

Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical	A7 - Trabalho com ACeS em projetos específicos
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Parcerias Integração público-privado-social Redes de trabalho	A8 - Cooperação com academia
Micro-ambiente	Avaliação e Monitorização	Vigilância níveis de AF Investigação Evidência	
Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Educação para a AF para a Saúde	
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Parcerias	A9 - Ação intersectorial entre entidades de nível nacional
Micro-ambiente	Avaliação e Monitorização	Investigação Evidência	
Macro-ambiente	Administração	Promoção da Saúde	A10 - Trabalho dos ACeS com autarquias
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Parcerias	

Anexo 13 - Trabalho do sector da educação, tópico de entrevista

Trabalho do sector da Educação			
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Tópico de entrevista
Macro-ambiente	Administração	Gestão estratégica e planeamento Promoção da Saúde	B1 - Programas de Educação para a Saúde nos agrupamentos de escola.
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical	
Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Educação para a AF para a saúde Reconhecimento público	

Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais	
Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Avaliação da implementação Vigilância níveis de AF	B2 - Desporto Escolar
Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais	
Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Avaliação da implementação Vigilância níveis de AF	B3 - FitnessGram e ActivityGram
Macro-ambiente	Administração	Comprometimento político	B4 - Anteriormente, Despacho SE sobre Promoção e Educação para a Saúde
Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Outros determinantes individuais	B5 - Atividades curriculares
Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Avaliação da implementação Vigilância níveis de AF Investigação	B6 - Anteriormente, PESSOA.
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical parcerias	B7 - Ação intersectorial entre entidades
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical parcerias	B8 - Escolas/autarquias
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração público-privado-social	B9 - Privado e associações de pais
Individual	Capacitação individual	Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais	
Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Investigação Evidência	B10 - Investigação nas escolas
Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Educação para a AF para a saúde	B11 - Cooperação com academia
Micro-ambiente	Comunicação	Educação para a AF para a saúde	B12 - Aconselhamento site DGE.

Anexo 14 - Trabalho do sector do desporto, tópico de entrevista

Trabalho do sector do Desporto			
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Tópico de entrevista
Macro-ambiente	Administração	Coordenação Gestão estratégica e planeamento Saúde Pública	C1 - Anteriormente, projeto de plano nacional de atividade física
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical Parcerias	
Micro-ambiente	Capacity building	Desenvolvimento profissional dos recursos humanos	
Macro-ambiente	Administração	Gestão estratégica e planeamento Det. socio-culturais	C2 - Plano estratégico para o desporto (em constr.)
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical Parcerias	
Macro-ambiente	Administração	Comprometimento político Promoção da saúde	C3 - Anteriormente, programa “Mexa-se”, ONAFD.
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Redes de trabalho	
Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Avaliação da implementação Vigilância níveis de AF Investigação Evidência	
Micro-ambiente	Comunicação	Reconhecimento público	C4 - Atual/, Programa Nacional de Marcha e Corrida, Programa “Cuida-te”, Ponto Já.
Micro-ambiente	Comunicação	Marketing social	
Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais	C5 - Site ONAFD
Macro-ambiente	Administração	Advocacia para a AF	
Micro-ambiente	Comunicação	Educação para a AF para a saúde Reconhecimento público	
Micro-ambiente	Comunicação	Educação para a AF para a saúde Reconhecimento público	C6 - Tradução das recomendações da UE.

Macro-ambiente	Administração	Advocacia para a AF	
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Alianças Parcerias	C7 - Ação intersectorial entre entidades
Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Educação para a AF para a saúde	C8 - Cooperação com academia
Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Vigilância níveis de AF	

Anexo 15 - Trabalho do sector dos transportes/plan. urbano, tópico de entrevista

Trabalho do sector dos Transportes/Plan. Urbano			
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Tópico de entrevista
Macro-ambiente	Administração	Coordenação Advocacia para a AF Saúde Pública Det. económicos Det. ambientais Det. naturais	D1 - CiclAndo - projeto de plano de Promoção da Bicicleta e Outros Modos Suaves
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical Redes de trabalho Alianças Parcerias	
Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação	
Micro-ambiente	Capacity building	Desenvolvimento profissional dos recursos humanos	
Macro-ambiente	Administração	Coordenação Gestão estratégica e de planeamento Comprometimento político Det. económicos Det. ambientais Det. naturais	D2 - Pacote da Mobilidade
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal Integração vertical Integração público-privado-social Redes de trabalho Alianças Parcerias	

Micro-ambiente	Avaliação e monitorização	Avaliação das políticas	
Micro-ambiente	Comunicação	Estratégia de comunicação Reconhecimento público	
Macro-ambiente	Administração	Advocacia para a AF Comprometimento político	D3 - Papel consultivo.
Micro-ambiente	Comunicação	Reconhecimento público	
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Parcerias	D4 - Ação intersectorial entre entidades
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical	D5 - Comissões de acompanhamento PMT nos municípios
Macro-ambiente	Administração	Gestão estratégica e planeamento Det. ambientais Det. naturais	D6 - Comissões de acompanhamento PDM, PU, PP nos municípios
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração vertical	
Macro-ambiente	Administração	Gestão estratégica e planeamento	D7 - Guião urbanismo e transportes
Micro-ambiente	Promoção da AF nos locais de trabalho	Outros locais de trabalho	D8 - Guia pólos
Macro-ambiente	Administração	Det. sociais/culturais	D9 - Unidade de Missão para a carta da Mobilidade Ligeira
Macro-ambiente	Administração	Det. sociais/culturais Det. económicos Det. ambientais	D10 - mobilidade reduzida, deficiência, acessibilidade
Macro-ambiente	Administração	Det. sociais/culturais	D11 - Prémio Acessibilidade aos Transportes.
Micro-ambiente	Comunicação	Marketing social Reconhecimento público	
Macro-ambiente	Administração	Advocacia para a AF Comprometimento político	D12 - Carta dos Peões

Anexo 16 - Trabalho do sector da ação social, tópico de entrevista

Trabalho do sector da Ação Social			
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Tópico de entrevista
Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Aconselhamento nos cuidados de saúde Prescrição nos cuidados de saúde Intervenção/acompanhamento nos cuidados de saúde Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais	E1 - Envelhecimento ativo e saudável
Macro-ambiente	Administração	Coordenação	
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal	
Individual	Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa Aconselhamento nos cuidados de saúde Prescrição nos cuidados de saúde Intervenção/acompanhamento nos cuidados de saúde Outros determinantes individuais Outros determinantes Psico-sociais e comportamentais	E2 - RNCCI, classes de movimento com fisioterapeutas
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Integração horizontal integração vertical	E3 - Anteriormente, Programa de apoio integrado a idosos (PAII) (art. autarquias)
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Redes de trabalho Parcerias	E4 - Colaboração com IPDJ no proj. PNAF
Macro-ambiente	Administração	Det. sociais/culturais	E5 - Sugestão
Macro-ambiente	Ação intersectorial	Redes de trabalho Alianças Parcerias	Rede Social para a ação intersectorial



Anexo 17 - Codificação dos excerto para dar resposta à pergunta de investigação nº2

“Qual considera ser o papel da saúde na promoção da AF”

Codificação:

- 1A - Desenvolver parcerias e protocolos de colaboração.
- 2A - A Saúde não lidera a promoção da AF pois existem outras entidades/áreas que o fazem.
- 3A - Aumentar literacia sobre a AF para a saúde.
- 4A - Aconselhamento da AF nos cuidados de saúde primários.
- 5A - Profissionais de saúde como agentes prescritores de atividade física “de qualidade”, numa lógica de prevenção ou de acompanhamento, aos utentes dos serviços e “doentes” (nível cuidados de saúde primários).
- 6A - Elaboração de guia de prescrição da AF para profissionais de saúde
- 7A - Desenvolver ação intersectorial
- 8A - Desenvolver ação integrada a vários níveis
- 9A - Incluir a AF na promoção da alimentação saudável
- 10A - Incluir a AF na prevenção de doenças crónicas
- 11A - Incluir a AF na prevenção da obesidade
- 12A - Incluir a AF na promoção da saúde em geral
- 13A - Incluir a AF nos vários Planos nacionais e Programas verticais
- 14A - Seguir as sugestões de prescrição da AF pela OMS
- 15A - Reunião com sociedades científicas
- 16A - Indicações para públicos específicos
- 17A - Estratégias de comunicação
- 18A - Profissionais de saúde, numa lógica de prevenção ou acompanhamento
- 19A - Tendo a saúde outras prioridades, considera-se que a atividade física não é tão fundamental como outras prioridades, não tendo a saúde essa atribuição.
- 1B - Intervir com alunos em contexto escolar com algum problema relacionado com a inatividade física.
- 2B - À saúde cabe tratar, à educação cabe prevenir e promover.
- 3B - À saúde cabe estabelecer verdadeiras parcerias.
- 4B - Saúde deve abandonar paradigma patogénico.
- 5B - Investigação eticamente aceitável.
- 1C - Elaboração de normas e legislação;
- 2C - Fiscalização de espaços e atividades;
- 3C - Ações de sensibilização dos profissionais de saúde para a questão dos benefícios da atividade física e sua recomendação aos utentes do SNS.
- 4C - Programa de ações de Comunicação e Divulgação dos benefícios da atividade física;
- 5C - Criação de incentivos a projetos piloto no âmbito da criação de hábitos de vida saudável;
- 6C - Formação de técnicos de saúde para o encaminhamento dos utentes no que respeita à prática de atividade física.
- 7C - Informação do utentes do SNS através do Centros de Saúde e dos Médicos de família quanto aos benefícios da atividade física;



- 8C - Criação de um programa específico de promoção da Atividade Física;
- 9C - Criação de Gabinetes de Atividade Física ou de exercício e saúde nos Centros de Saúde.
- 1D - Colaborar na implementação a nível nacional de uma rede HEPA (health-enhancing physical activity) nacional.
- 2D - Colaborar na aplicação a nível nacional da HEAT
- 3D - Posição da Saúde relativamente aos transportes é muito importante, ligando-os às questões da saúde.
- 1E - Papel fundamental na liderança deste processo.
- 2E - Estabelecer uma estratégia.
- 3E - Perceber quais são os parceiros com quem trabalhar nesta área.
- 4E - Liderança forte.
- 5E - Trabalho da Saúde Pública é fundamental.
- 6E - Mais investimento em Saúde Pública.
- 7E - Trabalho dos Cuidados de Saúde Primários é fundamental.
- 8E - A Saúde deve promover a AF para as questões de prevenção e para promoção da autonomia.
- 9E - Estar atenta ao impacto da inatividade física e dos estilos de vida não saudáveis no Sistema de Saúde.
- 1A1R - Identificar a AF como necessidade de saúde prioritária.
- 2A1R - Colocar a AF nas diferentes “agendas” (advocacy).
- 3A1R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos de Saúde.
- 1A2R - Abordagem multisectorial e multidisciplinar.
- 2A2R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos e Programas de Saúde.
- 3A2R - Incluir a AF na promoção da alimentação saudável
- 4A2R - Capacitar os profissionais de saúde na área da AF.
- 5A2R - Os profissionais devem orientar criteriosamente os seus utentes.
- 6A2R - Integrar profissionais da área da AF nos serviços de saúde.
- 7A2R - Constituir equipas multidisciplinares
- 8A2R - Interação com autarquias.
- 9A2R - Certificação de locais de trabalhos promotores de saúde, incluindo AF.
- 10A2R - Propostas para integrar competências em promoção da AF nos programas de requalificação para o emprego.
- 11A2R - Desenvolver estratégias de planeamento e desenvolvimento urbano que facilitem a AF.
- 12A2R - Encorajar os municípios a desenvolver gabinetes e/ou parcerias de saúde.
- 13A2R - Estratégia de comunicação
- 14A2R - Comunicação sobre AF em maternidades e serviços de pediatria.
- 15A2R - Promover transporte ativo.
- 16A2R - Desenvolver linhas orientadoras e indicadores de qualidade para a promoção da AF.

Anexo 18 - Pergunta 2 - consideração sobre qual o papel do sector da saúde

Dimensão: Macro ambiente								
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)						
Administração	Liderança	2A	3B			1E 4E		
	Coordenação	2A	3B	8C	1D	1E 3E	3A1R	2A2R
	Gestão estratégica e planeamento	13A 19A		1C 8C	2D	2E 9E	1A1R 2A1R 3A1R	11A2R 15A2R
	Financiamento					6E		
	Advocacia para a AF	13A		1C 5C	1D 3D	3E 4E 9E	1A1R 2A1R	16A2R
	Comprometimento político	19A				4E	2A1R	
	Políticas públicas de promoção da AF			1C		2E	2A1R	
	Saúde Pública	10A 11A 14A 19A		1C 2C 3C	1D 2D	1E 5E 6E 7E 9E	1A1R 2A1R 3A1R	2A2R
	Promoção da Saúde	12A	4B	4C 5C 6C		5E		
	Determinantes sociais/culturais					9E		11A2R
	Determinantes económicos				2D	9E		15A2R
	Determinantes ambientais			2C	2D			11A2R 15A2R
	Determinantes naturais							15A2R

Dimensão: Macro ambiente								
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)						
Ação intersectorial	Integração horizontal	7A 8A				3E	3A1R	1A2R 2A2R
	Integração vertical	7A 8A 13A				3E	3A1R	1A2R 2A2R 8A2R
	Integração público-privado-social	7A 8A 15A				3E		12A2R
	Redes de Trabalho	15A			1D			7A2R
	Alianças		3B			3E		
	Parcerias	1A 7A	2B		2D	3E	1A2R	8A2R

Dimensão: Micro ambiente								
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)						
Avaliação e Monitorização	Avaliação das políticas			2C			9E	16A2R
	Avaliação da implementação			2C			9E	2A2R 16A2R
	Vigilância (níveis de AF)		5B				9E	1A1R
	Investigação		5B					1A1R
	Evidência	14A						1A1R

Dimensão: Micro ambiente								
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)						
Comunicação	Estratégia de comunicação	17A		4C				13A2R 14A2R
	Marketing social	17A						13A2R
	Educação para a AF para a saúde	3A 17A		3C 4C			8E	10A2R 12A2R 14A2R
	Reconhecimento público	19A						

Dimensão: Micro ambiente								
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)						
<i>Capacity building</i>	Desenvolvimento profissional dos recursos humanos	6A		6C				4A2R
	Formação inicial dos recursos humanos	6A		6C				4A2R
	Formação contínua	6A						4A2R

Dimensão: Micro ambiente								
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)						
Promoção da atividade física nos locais de trabalho	Próprios serviços (liderar pelo exemplo)							9A2R
	Outros locais de trabalho							9A2R

Dimensão: Individual								
Categoria	Subcategorias	Categorização dos excertos de entrevista (códigos do excerto)						
		Capacitação individual	Promoção da AF à pessoa	16A 18A	1B	3C 7C		8E
Aconselhamento nos cuidados de saúde	4A 16A 18A		1B	3C 7C		7E		5A2R 14A2R
Prescrição nos cuidados de saúde	5A 6A 18A		1B			7E		
Intervenção/Acompanhamento nos cuidados de saúde	18A		1B 2B	9C		7E 8E		6A2R 7A2R
Outros determinantes individuais	3A 9A 16A		1B	3C 7C		8E		3A2R
Outros determinantes psico-sociais e comportamentais	9A		1B			8E		3A2R

Anexo 19 – Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão macroambiente

Dimensão: Macroambiente		
Categoria	Subcategorias	Entrevistas
Administração	Liderança	2A - Não lidera pois existem outras entidades/ áreas que o fazem. 3B - A saúde cabe estabelecer verdadeiras parcerias. 1E - Papel fundamental na liderança deste processo. 4E - Liderança forte.
	Coordenação	2A - Não lidera pois existem outras entidades/ áreas que o fazem. 3B - A saúde cabe estabelecer verdadeiras parcerias. 8C - Criação de um programa específico de promoção da Atividade Física; 1D - Colaborar na implementação a nível nacional de uma rede HEPA (health-enhancing physical activity) nacional. 1E - Papel fundamental na liderança deste processo. 3E - Perceber quais são os parceiros com quem trabalhar nesta área. 3A1R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos de Saúde. 2A2R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos e Programas de Saúde.
	Gestão estratégica e planeamento	13A - Incluir a AF nos vários Planos nacionais de saúde e Programas verticais. 19A - Tendo a saúde outras prioridades, considera-se que a atividade física não é tão fundamental como outras prioridades, não tendo a saúde essa atribuição.

		<p>1C - Elaboração de normas e legislação;</p> <p>8C - Criação de um programa específico de promoção da Atividade Física;</p> <p>2D - Colaborar na aplicação a nível nacional da HEAT (<i>health economic assessment tool for walking and for cycling</i>).</p> <p>2E - Estabelecer uma estratégia.</p> <p>9E - Estar atenta ao impacto da inatividade física e dos estilos de vida não saudáveis no Sistema de Saúde.</p> <p>1A1R - Identificar a AF como necessidade de saúde prioritária.</p> <p>2A1R - Colocar a AF nas diferentes “agendas” (advocacy).</p> <p>3A1R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos de Saúde.</p> <p>11A2R - Desenvolver estratégias de planeamento e desenvolvimento urbano que facilitem a AF.</p> <p>15A2R - Promover transporte ativo.</p>
	Financiamento	6E - Mais investimento em Saúde Pública.
	Advocacia para a AF	<p>13A - Incluir a AF nos vários Planos nacionais de saúde e Programas verticais.</p> <p>1C - Elaboração de normas e legislação;</p> <p>5C - Criação de incentivos a projetos piloto no âmbito da criação de hábitos de vida saudável;</p> <p>1D - Colaborar na implementação a nível nacional de uma rede HEPA (<i>health-enhancing physical activity</i>) nacional.</p> <p>3D - Posição da Saúde relativamente aos transportes é muito importante, ligando-os às questões da saúde.</p> <p>3E - Perceber quais são os parceiros com quem trabalhar nesta área.</p> <p>4E - Liderança forte.</p> <p>9E - Estar atenta ao impacto da inatividade física e dos estilos de vida não saudáveis no Sistema de Saúde.</p> <p>1A1R - Identificar a AF como necessidade de saúde prioritária.</p> <p>2A1R - Colocar a AF nas diferentes “agendas” (advocacy).</p> <p>16A2R - Desenvolver linhas orientadoras e indicadores de qualidade para a promoção da AF.</p>
	Comprometimento político	<p>19A - Tendo a saúde outras prioridades, considera-se que a atividade física não é tão fundamental como outras prioridades, não tendo a saúde essa atribuição.</p> <p>4E - Liderança forte.</p> <p>2A1R - Colocar a AF nas diferentes “agendas” (advocacy).</p>
	Políticas públicas de promoção da AF	<p>1C - Elaboração de normas e legislação;</p> <p>2E - Estabelecer uma estratégia.</p> <p>2A1R - Colocar a AF nas diferentes “agendas” (advocacy).</p>
	Saúde Pública	<p>10A - Incluir a AF na prevenção de doenças crónicas.</p> <p>11A - Incluir a AF na prevenção da obesidade.</p> <p>14A - Seguir as sugestões de prescrição da AF pela OMS.</p> <p>19A - Tendo a saúde outras prioridades, considera-se que a atividade física não é tão fundamental como outras prioridades,</p>

		<p>não tendo a saúde essa atribuição.</p> <p>1C - Elaboração de normas e legislação;</p> <p>2C - Fiscalização de espaços e atividades;</p> <p>3C - Ações de sensibilização dos profissionais de saúde para a questão dos benefícios da atividade física e sua recomendação aos utentes do SNS.</p> <p>1D - Colaborar na implementação a nível nacional de uma rede HEPA (health-enhancing physical activity) nacional.</p> <p>2D - Colaborar na aplicação a nível nacional da HEAT (health economic assessment tool for walking and for cycling).</p> <p>1E - Papel fundamental na liderança deste processo.</p> <p>5E - Trabalho da Saúde Pública é fundamental.</p> <p>6E - Mais investimento em Saúde Pública.</p> <p>7E - Trabalho dos Cuidados de Saúde Primários é fundamental.</p> <p>9E - Estar atenta ao impacto da inatividade física e dos estilos de vida não saudáveis no Sistema de Saúde.</p> <p>1A1R - Identificar a AF como necessidade de saúde prioritária.</p> <p>2A1R - Colocar a AF nas diferentes “agendas” (advocacy).</p> <p>3A1R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos de Saúde.</p> <p>2A2R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos e Programas de Saúde.</p>
	Promoção da Saúde	<p>12A - Incluir a AF na promoção da saúde em geral.</p> <p>4B - Saúde deve abandonar o paradigma patogénico.</p> <p>4C - Programa de ações de Comunicação e Divulgação dos benefícios da atividade física;</p> <p>5C - Criação de incentivos a projetos piloto no âmbito da criação de hábitos de vida saudável;</p> <p>6C - Formação de técnicos de saúde para o encaminhamento dos utentes no que respeita à prática de atividade física</p> <p>5E - Trabalho da Saúde Pública é fundamental.</p>
	Determinantes sociais/culturais	<p>9E - Estar atenta ao impacto da inatividade física e dos estilos de vida não saudáveis no Sistema de Saúde.</p> <p>11A2R - Desenvolver estratégias de planeamento e desenvolvimento urbano que facilitem a AF.</p>
	Determinantes económicos	<p>2D - Colaborar na aplicação a nível nacional da HEAT (health economic assessment tool for walking and for cycling).</p> <p>9E - Estar atenta ao impacto da inatividade física e dos estilos de vida não saudáveis no Sistema de Saúde.</p> <p>15A2R - Promover transporte ativo.</p>
	Determinantes ambientais	<p>2C - Fiscalização de espaços e atividades;</p> <p>2D - Colaborar na aplicação a nível nacional da HEAT (health economic assessment tool for walking and for cycling).</p> <p>11A2R - Desenvolver estratégias de planeamento e desenvolvimento urbano que facilitem a AF.</p> <p>15A2R - Promover transporte ativo.</p>
	Determinantes	<p>15A2R - Promover transporte ativo.</p>

	naturais	
Ação intersectorial	Integração horizontal	<p>7A - Desenvolver ação intersectorial</p> <p>8A - Desenvolver ação integrada a vários níveis</p> <p>3E - Perceber quais são os parceiros com quem trabalhar nesta área.</p> <p>3A1R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos de Saúde.</p> <p>1A2R - Abordagem multisectorial e multidisciplinar.</p> <p>2A2R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos e Programas de Saúde.</p>
	Integração vertical	<p>7A - Desenvolver ação intersectorial</p> <p>8A - Desenvolver ação integrada a vários níveis</p> <p>13A - Incluir a AF nos vários Planos nacionais de saúde e Programas verticais.</p> <p>3E - Perceber quais são os parceiros com quem trabalhar nesta área.</p> <p>3A1R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos de Saúde.</p> <p>1A2R - Abordagem multisectorial e multidisciplinar.</p> <p>2A2R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos e Programas de Saúde.</p> <p>8A2R - Interação com autarquias.</p>
	Integração público-privado-social	<p>7A - Desenvolver ação intersectorial</p> <p>8A - Desenvolver ação integrada a vários níveis</p> <p>15A - Reuniões com sociedades científicas.</p> <p>3E - Perceber quais são os parceiros com quem trabalhar nesta área.</p> <p>12A2R - Encorajar os municípios a desenvolver gabinetes e/ou parcerias de saúde.</p>
	Redes de Trabalho	<p>15A - Reuniões com sociedades científicas.</p> <p>1D - Colaborar na implementação a nível nacional de uma rede HEPA (health-enhancing physical activity) nacional.</p> <p>7A2R - Constituir equipas multidisciplinares.</p>
	Alianças	<p>3B - À saúde cabe estabelecer verdadeiras parcerias.</p> <p>3E - Perceber quais são os parceiros com quem trabalhar nesta área.</p>
	Parcerias	<p>1A - Desenvolver parcerias e protocolos de colaboração.</p> <p>7A - Desenvolver ação intersectorial</p> <p>2B - À saúde cabe tratar, à educação cabe prevenir e promover.</p> <p>2D - Colaborar na aplicação a nível nacional da HEAT (<i>health economic assessment tool for walking and for cycling</i>).</p> <p>3E - Perceber quais são os parceiros com quem trabalhar nesta área.</p> <p>1A2R - Abordagem multisectorial e multidisciplinar.</p> <p>8A2R - Interação com autarquias.</p>

Anexo 20 – Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão microambiente

Dimensão: Micro ambiente		
Categoria	Subcategorias	Entrevistas
Avaliação e Monitorização	Avaliação das políticas	2C - Fiscalização de espaços e atividades; 9E - Estar atenta ao impacto da inatividade física e dos estilos de vida não saudáveis no Sistema de Saúde. 16A2R - Desenvolver linhas orientadoras e indicadores de qualidade para a promoção da AF.
	Avaliação da implementação	2C - Fiscalização de espaços e atividades; 9E - Estar atenta ao impacto da inatividade física e dos estilos de vida não saudáveis no Sistema de Saúde. 2A2R - Integrar a AF na construção e implementação dos diferentes Planos e Programas de Saúde. 16A2R - Desenvolver linhas orientadoras e indicadores de qualidade para a promoção da AF.
	Vigilância (níveis de AF)	9E - Estar atenta ao impacto da inatividade física e dos estilos de vida não saudáveis no Sistema de Saúde. 1A1R - Identificar a AF como necessidade de saúde prioritária.
	Investigação	5B - Investigação eticamente aceitável. 1A1R - Identificar a AF como necessidade de saúde prioritária.
	Evidência	14A - Seguir as sugestões de prescrição da AF pela OMS. 1A1R - Identificar a AF como necessidade de saúde prioritária.
Comunicação	Estratégia de comunicação	17A - Estratégias de comunicação. 4C - Programa de ações de Comunicação e Divulgação dos benefícios da atividade física; 13A2R - Estratégia de comunicação. 14A2R - Comunicação sobre AF em maternidades e serviços de pediatria.
	Marketing social	17A - Estratégias de comunicação. 13A2R - Estratégia de comunicação.
	Educação para a AF para a saúde	3A - Aumentar literacia. 17A - Estratégias de comunicação. 3C - Ações de sensibilização dos profissionais de saúde para a questão dos benefícios da atividade física e sua recomendação aos utentes do SNS. 4C - Programa de ações de Comunicação e Divulgação dos benefícios da atividade física; 8E - A Saúde deve promover a AF para as questões de prevenção e para promoção da autonomia. 10A2R - Propostas para integrar competências em promoção da AF nos programas de requalificação para o emprego. 12A2R - Encorajar os municípios a desenvolver gabinetes e/ou parcerias de saúde. 14A2R - Comunicação sobre AF em maternidades e serviços de pediatria.
	Reconhecimento	19A - Tendo a saúde outras prioridades, considera-se que a

	público	atividade física não é tão fundamental como outras prioridades, não tendo a saúde essa atribuição.
<i>Capacity building</i>	Desenvolvimento profissional dos recursos humanos	6A - Elaboração de guia de prescrição da AF para profissionais de saúde. 6C - Formação de técnicos de saúde para o encaminhamento dos utentes no que respeita à prática de atividade física 4A2R - Capacitar os profissionais de saúde na área da AF.
	Formação inicial dos recursos humanos	6A - Elaboração de guia de prescrição da AF para profissionais de saúde. 6C - Formação de técnicos de saúde para o encaminhamento dos utentes no que respeita à prática de atividade física 4A2R - Capacitar os profissionais de saúde na área da AF.
	Formação contínua	6A - Elaboração de guia de prescrição da AF para profissionais de saúde. 4A2R - Capacitar os profissionais de saúde na área da AF.
Promoção da atividade física nos locais de trabalho	Próprios serviços (liderar pelo exemplo)	9A2R - Certificação de locais de trabalhos promotores de saúde, incluindo AF.
	Outros locais de trabalho	9A2R - Certificação de locais de trabalhos promotores de saúde, incluindo AF.

Anexo 21 - Consideração sobre o papel do sector Saúde, dimensão individual, categoria Capacitação Individual

Dimensão: Individual Categoria: Capacitação Individual	
Subcategorias	Entrevistas
Promoção da AF à pessoa	16A - Indicações para públicos específicos. 18A - Profissionais de saúde, numa lógica de prevenção ou acompanhamento 1B - Intervir com alunos em contexto escolar com algum problema relacionado com a inatividade física. 3C - Ações de sensibilização dos profissionais de saúde para a questão dos benefícios da atividade física e sua recomendação aos utentes do SNS. 7C - Informação do utentes do SNS através dos centros de saúde e dos médicos de família quanto aos benefícios da atividade física; 8E - A Saúde deve promover a AF para as questões de prevenção e para promoção da autonomia. 5A2R - Os profissionais devem orientar criteriosamente os seus utentes.
Aconselhamento nos cuidados de saúde	4A - Aconselhamento nos cuidados de saúde primários. 16A - Indicações para públicos específicos. 18A - Tendo a saúde outras prioridades, considera-se que a atividade física não é tão fundamental como outras prioridades, não tendo a saúde essa atribuição. 1B - Intervir com alunos em contexto escolar com algum problema relacionado com a inatividade física. 3C - Ações de sensibilização dos profissionais de saúde para a questão dos benefícios da atividade física e sua recomendação aos utentes do SNS.

	<p>7C - Informação do utentes do SNS através do Centros de Saúde e dos Médicos de família quanto aos benefícios da atividade física.</p> <p>7E - Trabalho dos Cuidados de Saúde Primários é fundamental.</p> <p>5A2R - Os profissionais devem orientar criteriosamente os seus utentes.</p> <p>14A2R - Comunicação sobre AF em maternidades e serviços de pediatria.</p>
Prescrição nos cuidados de saúde	<p>5A - Profissionais de saúde como agentes prescritores. Lógica de prevenção ou de acompanhamento pelos prof. de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, etc) aos utentes dos serviços e “doentes” (nível CSP).</p> <p>6A - Elaboração de guia de prescrição da AF para profissionais de saúde.</p> <p>18A - Profissionais de saúde, numa lógica de prevenção ou acompanhamento</p> <p>7E - Trabalho dos Cuidados de Saúde Primários é fundamental.</p> <p>1B - Intervir com alunos em contexto escolar com algum problema relacionado com a inatividade física.</p>
Intervenção/Acompanhamento nos cuidados de saúde	<p>18A - Profissionais de saúde, numa lógica de prevenção ou acompanhamento</p> <p>1B - Intervir com alunos em contexto escolar com algum problema relacionado com a inatividade física.</p> <p>2B - À saúde cabe tratar, à educação cabe prevenir e promover.</p> <p>9C - Criação de Gabinetes de Atividade Física ou de exercício e saúde nos Centros de Saúde.</p> <p>7E - Trabalho dos Cuidados de Saúde Primários é fundamental.</p> <p>8E - A Saúde deve promover a AF para as questões de prevenção e para promoção da autonomia.</p> <p>6A2R - Integrar profissionais da área da AF nos serviços de saúde.</p> <p>7A2R - Constituir equipas multidisciplinares.</p>
Outros determinantes individuais	<p>3A - Aumentar literacia.</p> <p>9A - Incluir a AF na promoção da alimentação saudável.</p> <p>16A - Indicações para públicos específicos.</p> <p>18A - Profissionais de saúde, numa lógica de prevenção ou acompanhamento</p> <p>1B - Intervir com alunos em contexto escolar com algum problema relacionado com a inatividade física.</p> <p>3C - Ações de sensibilização dos profissionais de saúde para a questão dos benefícios da atividade física e sua recomendação aos utentes do SNS.</p> <p>7C - Informação dos utentes do SNS através dos centros de saúde e dos médicos de família quanto aos benefícios da atividade física;</p> <p>8E - A Saúde deve promover a AF para as questões de prevenção e para promoção da autonomia.</p> <p>3A2R - Incluir a AF na promoção da alimentação saudável.</p>
Outros determinantes psico-sociais e comportamentais	<p>9A - Incluir a AF na promoção da alimentação saudável.</p> <p>1B - Intervir com alunos em contexto escolar com algum problema relacionado com a inatividade física.</p> <p>8E - A Saúde deve promover a AF para as questões de prevenção e para promoção da autonomia.</p> <p>3A2R - Incluir a AF na promoção da alimentação saudável.</p>

Anexo 22 - Lista de Documentos – âmbito Nacional

SECTOR	Código Doc.	Designação	Organismo/entidade	Ano	Para Análise?
Saúde	A1	Declaração Por uma vida melhor	Direção-Geral da Saúde (DGS)	2011	Sim
	A2	Plano Nacional de Saúde 2012-2016	Direção-Geral da Saúde	2012	Sim
	A3	Informações no site do Programa de Promoção da Alimentação Saudável: Atividade Física	Direção-Geral da Saúde	2013	Sim
	A4	Prescrição de AF para profissionais de saúde	Direção-Geral da Saúde	2013	Não disp.
	A5	Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida	Direção-Geral da Saúde	2004	Não.
	A6	Programa Nacional de Saúde Escolar	Direção-Geral da Saúde – Divisão de Saúde Escolar	2006	Não
	A7	Plano de Ação da Divisão Estilos de Vida	Direção-Geral da Saúde – Divisão de Estilos de Vida Saudáveis	2013	Não disp.
	A8	Circular Informativa Nº: 30/DICES de 20/08/07 da Direção-Geral da Saúde: <i>“Atividade física e desporto: Actuação ao nível da Educação para a Saúde”</i> A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar	Direção-Geral da Saúde - Divisão de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde	2007	Não
	A9	Envelhecer com sabedoria - Atividade física para manter a independência - Mexa-se mais!	Direção-Geral da Saúde	2008	Não
	A10	“Quem? Eu? Exercício?” Exercício sem riscos para lá dos sessenta	OMS-EUR Versão portuguesa da Direção-Geral da Saúde	2001	Não
	A11	A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar (folheto)	Site Portal da Saúde Direção-Geral da Saúde - Divisão de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde	2007	Não
	A12	Informação no Site do Portal da Saúde Idosos: mantenha-se em forma Benefícios da Atividade Física	Site Portal da Saúde Direção-Geral da Saúde	2005 2007	Não
SECTOR	Código Doc.	Designação	Organismo/entidade	Ano	Para Análise?
Educação	B1	Programa do Desporto Escolar para 2009-2013	Gabinete Coordenador do Desporto Escolar Direção-Geral de	2009-2010	Sim

			Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) – Ministério da Educação		
	B2	Despacho do Secretário de Estado da Educação para a Educação e Promoção da Saúde	Gabinete do Secretário de Estado da Educação	2006	Não
	B3	Programa Desporto Escolar 2013-2017.	Direção-Geral da Educação Ministério da Educação	2013	Não disp.
	B4	Referencial de promoção da AF para pais e professores (parceria com CIAFEL)	Direção-Geral da Educação Ministério da Educação	2013	Não disp.
	B5	Informação sobre Atividade Física no site da DGE	Direção-Geral da Educação Ministério da Educação	2013	Sim
SECTOR	Código Doc.	Designação	Organismo/entidade	Ano	Para Análise?
Desporto	C1	Projeto de Plano Nacional de Atividade Física	Instituto do Desporto de Portugal	2011	Sim
	C2	Livro Verde da Atividade Física	Observatório Nacional da Atividade Física e Desporto – Instituto do Desporto de Portugal	2011	Sim
	C3	Estatutos do IPDJ	Presidência do conselho de ministros e ministério das finanças	2012	Não
	C4	Plano de Atividades 2012 do IPDJ	Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.	2012	Sim
	C5	Orientação da União Europeia para a AF – Políticas para a promoção da saúde e bem-estar	União Europeia. (versão portuguesa do IDP)	2009	Não
	C6	Lei de Bases da Atividade Física e do Desporto Lei nº 5/2007 de 16 de Janeiro	Assembleia da República	2007	Não
SECTOR	Código Doc.	Designação	Organismo/entidade	Ano	Para Análise?
Transportes/ Planeamento Urbano	D1	CiclAndo - Plano de Promoção da Bicicleta e Outros Modos Suaves 2013-2020	Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I.P. (IMT)	2012	Sim
	D2	Diretrizes Nacionais para a Mobilidade	Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I.P. (IMT)	2012	Sim

	D3	Guião Orientador - Acessibilidades, Mobilidade e Transportes nos Planos Municipais de Ordenamento do Território	Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I.P. (IMT)	2011	Não
	D4	Coleção de brochuras técnicas / temáticas Rede Pedonal – Princípios de planeamento e desenho	Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I.P. (IMT)	2011	Não
	D5	Coleção de brochuras técnicas / temáticas Rede Ciclável – Princípios de planeamento e desenho	Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I.P. (IMT)	2011	Não
SECTOR	Código Doc.	Designação	Organismo/entidade	Ano	Para Análise?
Ação Social	E1	Portaria n.º 67/2012 de 21 de março do Lar, estruturas residenciais para pessoas idosas	Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS)	2012	Não
	E2	Portaria n.º 262/2011 de 31 de Agosto - creches	MSSS	2011	Não
	E3	Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro - SAD	MSSS	2013	Não
	E4	Manual do Prestador - RNCCI	UMCCI	2011	Sim
	E5	Manual de processos-chave - Creche (2ª edição, revista)	Instituto da Segurança Social, I.P.	2010	Não
	E6	Manual de processos-chave - Estrutura Residencial para idosos	Instituto da Segurança Social, I.P.	2007	Não

Nº de sectores governamentais 5	Nº documentos 34	Nº de docs. para análise 11
-------------------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

Anexo 23 - Critérios de sucesso identificados para as abordagens políticas à promoção da atividade física na HEPA “Policy Audit Tool”

Documentos que os fundamentam

	Critérios	Bull e col., 2004 Análise de conteúdo de políticas	Armstrong e col., 2007 Guia para a implementação OMS	OMS Steps to Health, 2007 Quadro de referência europeu	Daugbjerg e col. 2009 Análise de conteúdo de políticas	Bellew e col., 2008 Análise de conteúdo de políticas	Shilton, 2010 Análise de conteúdo de políticas
CS1	Abordagem consultiva/colaborativa no desenvolvimento	Consulta aos principais parceiros	-	Abordagem colaborativa	-	Altamente consultiva no desenvolvimento	-
CS2	Baseado na evidência	-	-	Baseado na evidência, ações efetivas	-	Informada pela evidência	-
CS3	Integração através de outros sectores e políticas	Integração da política de atividade física através de outras “agendas” relacionadas	Integração da atividade física através de outros sectores relacionados	Abordagem integrada e multidisciplinar Integrada na política de saúde nacional Integração horizontal e vertical	Envolvimento de diferentes sectores	Desenvolvida em modalidades políticas independentes e sinérgicas	Colaboração intersectorial e planeamento conjunto
CS4	Recomendações nacionais nos níveis de atividade física	Linhas orientadoras nacionais / recomendações em atividade física	Linhas orientadoras nacionais em atividade física	Linhas orientadoras nacionais	-	Definidas as linhas orientadoras nacionais para a atividade física	Linhas orientadoras para a atividade física



	Critérios	Bull e col., 2004 Análise de conteúdo de políticas	Armstrong e col., 2007 Guia para a implementação OMS	OMS Steps to Health, 2007 Quadro de referência europeu	Daugbjerg e col. 2009 Análise de conteúdo de políticas	Bellew e col., 2008 Análise de conteúdo de políticas	Shilton, 2010 Análise de conteúdo de políticas
CS5	Objetivos e metas a nível nacional	-	Identificação das metas e objetivos nacionais	Metas e indicadores claros e mensuráveis Objetivos SMART	Definidos objetivos e metas a atingir para determinado grupo populacional em determinado período de tempo	-	-
CS6	Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação	Período de tempo do comprometimento político e da implementação do plano de ação	-	Estratégia de ação / Plano de ação nacional	Plano de implementação Prazo de implementação claramente especificado	-	-
CS7	Múltiplas estratégias	Múltiplas estratégias dirigidas a diferentes grupos populacionais	Múltiplas estratégias de intervenção Sensibilidade cultural Dirigidas a toda a população bem como a grupos populacionais específicos	Abordagem abrangente, integrada, intersectorial Estratégias ambientais, sociais e populacionais de forma a suportar as estratégias individuais Sensibilidade às diferenças culturais Ferramentas e recursos	Identificados claramente quais os grupos populacionais atingidos	-	Re-orientação do sistema de saúde para apoiar a prevenção e a promoção da saúde Advocacia dinâmica, estratégica e profissional



	Critérios	Bull e col., 2004 Análise de conteúdo de políticas	Armstrong e col., 2007 Guia para a implementação OMS	OMS Steps to Health, 2007 Quadro de referência europeu	Daugbjerg e col. 2009 Análise de conteúdo de políticas	Bellew e col., 2008 Análise de conteúdo de políticas	Shilton, 2010 Análise de conteúdo de políticas
CS8	Avaliação	Avaliação da política e do plano de ação para implementação	Monitorização e avaliação	Avaliação dos objetivos e dos indicadores Indicadores de output, de processo e de resultados	Avaliação da implementação e dos resultados	Geradora de evidência Avaliada de forma independente	Compromisso para monitorizar e avaliação Investigação e avaliação da efetividade
CS9	Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	-	Protocolos de vigilância standardizados	Sistema de vigilância / monitorização	-	Monitorização regular
CS10	Compromisso político	Base de apoio estável	Compromisso político ao mais alto nível	Apoio político Estratégia sustentável e de longa duração	-	Apoio político	Buy-in, endossada e apoiada politicamente ao mais alto nível
CS11	Financiamento contínuo	Recursos sustentáveis	Financiamento	Recursos suficientes Recursos financeiros	Orçamento específico alocado	Investimento de longo prazo - recursos adequados	Modos de financiamento sustentado e inovador Recursos adequados, mecanismos fiscais para garantir o financiamento adequado e sustentado



	Critérios	Bull e col., 2004 Análise de conteúdo de políticas	Armstrong e col., 2007 Guia para a implementação OMS	OMS Steps to Health, 2007 Quadro de referência europeu	Daugbjerg e col. 2009 Análise de conteúdo de políticas	Bellew e col., 2008 Análise de conteúdo de políticas	Shilton, 2010 Análise de conteúdo de políticas
CS12	Liderança e coordenação	Trabalhando a vários níveis	Equipa de coordenação Apoio dos parceiros Liderança e desenvolvimento dos recursos humanos Implementação a diferentes níveis adequados à "realidade local"	Divisão de responsabilidades Liderança nacional de suporte Abordagens complementares e colaborativas Ações aos níveis individual, institucional, comunitário, ambiental e político Colaborar e capacitar a níveis regionais e locais	Envolvimento do governo nacional, autoridades sub-nacionais e municípios	Os papéis clarificados e a performance delineada	Modos de trabalho governamentais cruzados Buy-in, investimento de outros sectores Mobilização profissional Desenvolvimento dos recursos humanos
CS13	Trabalho em parceria	Trabalho através de coligações, alianças, parcerias	-	Estabelecimento de parcerias	Envolvimento das ONG's, sector privado, media, associações, instituições educacionais, empregadores, etc.	Ativada através de parcerias multi-níveis e multi-estratégicas	-



	CrITÉRIOS	Bull e col., 2004 Análise de conteúdo de políticas	Armstrong e col., 2007 Guia para a implementação da OMS	OMS Steps to Health, 2007 Quadro de referência europeu	Daugbjerg e col. 2009 Análise de conteúdo de políticas	Bellew e col., 2008 Análise de conteúdo de políticas	Shilton, 2010 Análise de conteúdo de políticas
CS14	Ligações entre política e prática	-	Disseminação do plano de ação nacional e dos programas associados	Mobilização a nível local	-	-	-
CS15	Estratégia de comunicação	-	-	Plano de comunicação de alto nível	-	Largamente comunicada	Integrada, sustentada e estratégia de marketing social
CS16	Identidade (marca/logotipo/slogan)	Identidade	Identidade clara do programa e plano	-	-	-	Uma “marca”
CS17	Redes de apoio aos profissionais	-	-	Formação de redes e alianças	-	-	-

**Fonte:**

BULL, F. C.; MILTON, K.; KAHLMEIER, S. - Health-enhancing physical activity Policy Audit Tool. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2011.

BULL, F. C.; MILTON, K.; KAHLMEIER, S. - National Policy on Physical Activity: The Development of a Policy Audit Tool (PAT). **Journal Physical Activity and Health**. [Epub ahead of print] (2013).

Fontes secundárias dos critérios:

BULL, F. C., E COL. - Developments in National Physical Activity Policy: an international review and recommendations towards better practice. **Journal Science Medicine Sport**. 7: 1 (2004) 93-104.

ARMSTRONG, T., E COL. - A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization, 2007.

WHO - Steps to Health : a European framework to promote physical activity for health. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2007.

DAUGBJERG, S. B., E COL. - Promotion of physical activity in the European region: content analysis of 27 national policy documents. **Journal Physical Activity and Health**. 6: 6 (2009) 805-17.

BELLEW, B., E COL. - The rise and fall of Australian physical activity policy 1996 - 2006: a national review framed in an international context. **Australia New Zealand Health Policy**. 5 (2008) 18.

SHILTON, T. - The policy environment for physical activity in Australia: design and implementation in Western Australia. Columbia, SC: US National Physical Activity Plan, 2010.

**Anexo 24 - Caracterização do documento a analisar**

1. Sector: (assinalar c/ X)	Público			Privado			Social (sem fins lucrativos)		
2. Sector/área: (assinalar c/ X)	Educação		Desporto		Saúde		Transportes/Plan. Urbano		Ação Social:
3. Nível: (assinalar c/ X)	Nacional			Regional			Local		

4. Código Documento:	5. Entidades:			6. Título:			7.1 Resp. Político:	7.2 Resp. Operacional:	
8.1 Data de publicação:			8.2 Data de entrada em vigor:			8.3 Data de implem.:			
9. Tipo de documento: (assinalar c/ X)	Política	Estratégia	Plano	Programa	Projeto	Atividade	Relatório	Recomendação	Declaração



10. Os **conceitos** “atividade física”, “exercício físico”, “aptidão física”, “desporto”, “saúde pública” e outros são **utilizados adequadamente** (sem o uso de “sinónimos” inapropriado)?

Escala				
1	2	3	4	5

11. O conceito **“health-enhancing physical activity”** (atividade física relacionada com a saúde/atividade física para a saúde) é referido explicitamente?

Escala				
1	2	3	4	5

12. Promoção da atividade física como **parte de uma abordagem da nutrição/alimentação**?

Escala				
1	2	3	4	5

13. Promoção da atividade física como **parte de uma abordagem à problemática da obesidade**?

Escala				
1	2	3	4	5

14. Promoção da atividade física como **parte de uma abordagem integrada em estilos de vida**?

Escala				
1	2	3	4	5

15. Está presente o **conceito de ação intersectorial** para a promoção da atividade física para a saúde?

Escala				
1	2	3	4	5

15.1. Se sim, indicar as áreas envolvidas :	Educação	Desporto	Saúde	Transportes/Plan. Urbano	Ação Social:

Nota:

Escala	1	De modo nenhum aplicável / Totalmente falso
	2	Só em pequena parte aplicável
	3	Em parte aplicável
	4	Em grande parte aplicável
	5	Totalmente aplicável / Totalmente verdadeiro

Anexo 25 - Grelha de análise de documento: “Critérios de sucesso identificados para as abordagens políticas à promoção da atividade física – “HEPA Policy Audit Tool”.

Aspetos/Itens a analisar no documento com o código: <u>YZ</u>		Escala					
		1	2	3	4	5	
		De modo nenhum aplicável / Ausente					
		Só em pequena parte aplicável					
		Em parte aplicável					
		Em grande parte aplicável					
		Totalmente aplicável / Presente					
CS1	Abordagem consultiva/colaborativa	1	2	3	4	5	
CS2	Baseado na evidência	1	2	3	4	5	
CS3	Integração através de outros sectores e políticas	1	2	3	4	5	
CS4	Recomendações nacionais nos níveis de atividade física	1	2	3	4	5	
CS5	Objetivos e metas a nível nacional	1	2	3	4	5	
CS6	Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação	1	2	3	4	5	
CS7	Múltiplas estratégias	1	2	3	4	5	
CS8	Avaliação	1	2	3	4	5	
CS9	Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde	1	2	3	4	5	
CS10	Compromisso político	1	2	3	4	5	
CS11	Financiamento contínuo	1	2	3	4	5	
CS12	Liderança e coordenação	1	2	3	4	5	
CS13	Trabalho em parceria	1	2	3	4	5	
CS14	Ligações entre política e prática	1	2	3	4	5	
CS15	Estratégia de comunicação	1	2	3	4	5	
CS16	Identidade (marca/logotipo/slogan)	1	2	3	4	5	
CS17	Redes de apoio aos profissionais	1	2	3	4	5	

Bibliografia dos aspetos/itens a analisar:

BULL, F. C.; MILTON, K.; KAHLMEIER, S. - Health-enhancing physical activity Policy Audit Tool. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2011.

Anexo 26 - Classificação/Pontuação

Aspetos/Itens a analisar no documento com o código: <u>A1</u>		<u>Escala</u>	
		1	De modo nenhum aplicável / Ausente
		2	Só em pequena parte aplicável
		3	Em parte aplicável
		4	Em grande parte aplicável
		5	Totalmente aplicável / Presente
CS1	Abordagem consultiva/colaborativa		
CS2	Baseado na evidência		
CS3	Integração através de outros sectores e políticas		
CS4	Recomendações nacionais nos níveis de atividade física		
CS5	Objetivos e metas a nível nacional		
CS6	Plano de implementação com um prazo especificado para a implementação		
CS7	Múltiplas estratégias		
CS8	Avaliação		
CS9	Sistema de vigilância ou sistema de monitorização de saúde		
CS10	Compromisso político		
CS11	Financiamento contínuo		
CS12	Liderança e coordenação		
CS13	Trabalho em parceria		
CS14	Ligações entre política e prática		
CS15	Estratégia de comunicação		
CS16	Identidade (marca/logotipo/slogan)		
CS17	Redes de apoio aos profissionais		
Pontuação:			

