



# PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

PORTUGAL  
2020

**PROGRAMA NACIONAL PARA A  
PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA  
2020**

#### FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

#### PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2020.

ISBN: 978-972-675-318-6

#### PALAVRAS CHAVE

Atividade física, comportamento sedentário

#### EDIÇÃO

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

#### AUTORIA

Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

#### PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

Diretora | Marlene Nunes Silva

Adjuntos | Cristina Godinho, Romeu Mendes, Rute Santos

Apoio Técnico-Científico | Catarina Santos Silva

Equipa | Adilson Marques, Bruno Avelar Rosa, Bruno Rodrigues, Jorge Encantado, Marta Salavisa, Sofia Franco

Lisboa, dezembro 2020

# Índice

<b>Resumo em Linguagem Clara</b>	<b>9</b>
<b>Summary in Plain Language</b>	<b>9</b>
<b>1. Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde</b>	<b>11</b>
<b>2. Enquadramento: Diagnóstico da Situação</b>	<b>13</b>
2.1. O contributo da inatividade física para a carga de doença e mortalidade	13
2.2. Prevalência da atividade física e comportamento sedentário	14
2.3. As novas recomendações internacionais de atividade física e comportamento sedentário da Organização Mundial da Saúde	20
<b>3. Atividades desenvolvidas   2019-2020</b>	<b>24</b>
3.1. Avaliação da Campanha de <i>Mass Media</i> “Siga o Assobio – A Atividade Física Chama por Si”	24
3.2. Projeto-piloto de promoção da atividade física no Serviço Nacional de Saúde	29
3.3. Capacitação de profissionais de saúde para a promoção da atividade física de utentes	33
3.4. Promoção da atividade física no contexto de pandemia por COVID-19	36
3.5. Outras atividades desenvolvidas no âmbito dos eixos de ação do PNPAF	44
<b>4. Roteiro de ação 2021</b>	<b>56</b>
<b>5. Referências Bibliográficas</b>	<b>61</b>
<b>6. Glossário</b>	<b>63</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>64</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1. <b>Doenças crônicas para as quais a atividade física constitui um importante coadjuvante terapêutico.</b>	14
Tabela 2. <b>Frequência semanal de prática de exercício físico, por sexo e idade (dias por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).</b>	15
Tabela 3. <b>Duração semanal de prática de exercício físico, por sexo e idade (dias por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).</b>	16
Tabela 4. <b>Duração diária do tempo sentado, por sexo e idade (horas por dia; proporção da população residente com 15 ou mais anos).</b>	17
Tabela 5. <b>Dimensões e resultados da avaliação de processo.</b>	26
Tabela 6. <b>Indicadores proximais COM-B ajustados para todos os participantes pré-campanha e pós-campanha (scores crescentes indicam maior concordância).</b>	28
Tabela 7. <b>Níveis de atividade física ajustados para todos os participantes pré e pós-campanha.</b>	29
Tabela 8. <b>Unidades de saúde implementadoras do projeto-piloto de promoção da atividade física no SNS.</b>	30
Tabela 9. <b>Calendarização das reuniões regionais realizadas e participantes a nível regional/local.</b>	32
Tabela 10. <b>Roteiro de ação futura do PNPAF, de acordo com Iniciativas Estratégicas definidas para o Programa (subtabelas A a E).</b>	56

## Índice de Gráficos

Gráfico 1. <b>Frequência semanal de prática de exercício físico (dias por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).</b>	15
Gráfico 2. <b>Duração semanal da prática de exercício físico (horas por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).</b>	16
Gráfico 3. <b>Duração diária do tempo sentado (horas por dia; proporção da população residente com 15 ou mais anos).</b>	17
Gráfico 4. <b>Frequência semanal de deslocamentos a pé (dias por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).</b>	18
Gráfico 5. <b>Duração das deslocamentos a pé num dia normal (minutos e/ou horas por dia; proporção da população residente com 15 ou mais anos).</b>	19
Gráfico 6. <b>Frequência semanal de deslocamentos de bicicleta (dias por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).</b>	19
Gráfico 7. <b>Duração das deslocamentos de bicicleta num dia normal (minutos e/ou horas por dia; proporção da população residente com 15 ou mais anos).</b>	19
Gráfico 8. <b>Retenção da campanha (%) (genérico, solicitação com texto e solicitação visual).</b>	27
Gráfico 9. <b>Nível de atividade física semanal reportado: Proporção (%) nas categorias “Ativo”, “Moderadamente ativo” e “Pouco ativo” (percentagem, para a amostra total e por sexo).</b>	38
Gráfico 10. <b>Nível de comportamento sedentário diário reportado [proporção (%), amostra total e por sexo].</b>	38
Gráfico 11. <b>Motivos indicados para praticar atividade física durante o confinamento [proporção (%), amostra total e por sexo].</b>	41
Gráfico 12. <b>Número de utentes (por 100.000) dos CSP do SNS com registo do nível de atividade física e comportamentos sedentários no sistema informático SClínico – Cuidados de Saúde Primários.</b>	51
Gráfico 13. <b>Número de consultas dos CSP do SNS (e respectiva tipologia) com registo do nível de atividade física e comportamentos sedentários no sistema informático SClínico – Cuidados de Saúde Primários.</b>	51
Gráfico 14. <b>Proporção (%) de utentes em cada uma das categorias do semáforo de prática de atividade física moderada, por grupo etário, avaliado através da ferramenta digital do SClínico – Cuidados de Saúde Primários.</b>	52
Gráfico 15. <b>Proporção (%) de utentes em cada uma das categorias do semáforo de comportamento sedentário (tempo sentado diário), por grupo etário, avaliado através da ferramenta digital do SClínico – Cuidados de Saúde Primários.</b>	52
Gráfico 16. <b>Proporção de indivíduos residentes em Portugal com <math>\geq 15</math> anos (por 100 000) com emissão de, pelo menos, um recurso de aconselhamento breve para a atividade física, através do sistema informático PEM – Prescrição Eletrónica Médica.</b>	53
Gráfico 17. <b>Número mensal de guias de apoio ao aconselhamento breve para a atividade física emitidos através da PEM – Prescrição Eletrónica Médica.</b>	53

# Índice de Figuras

Figura 1. <b>Logótipo das recomendações portuguesas de movimento</b> _____	23
Figura 2. <b>Objetivos Operacionais do PNPAF para o período 2016-2020.</b> _____	24
Figura 3. <b>Calendarização da implementação da campanha de <i>mass media</i> “Siga o Assobio”.</b> _____	25
Figura 4. <b>Artigo de avaliação de resultados da campanha “Siga o Assobio”, publicado no <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>.</b> _____	25
Figura 5. <b>Cronograma de implementação do projeto piloto de promoção da atividade física no SNS: pré requisitos da implementação (entre janeiro e maio de 2019) e implementação faseada do projeto a nível nacional (a partir de abril de 2019).</b> _____	31
Figura 6. <b>Prevalência de prática de atividades físicas organizadas/estruturadas durante o confinamento de março de 2020.</b> _____	39
Figura 7. <b>Prevalência de prática de atividades físicas integradas nas tarefas diárias durante o confinamento de março de 2020.</b> _____	39
Figura 8. <b>Prevalência de comportamentos sedentários durante o confinamento de março de 2020.</b> _____	40
Figura 9. <b>Aglomerado de variáveis que caracterizam o padrão de risco para a saúde identificado.</b> _____	42
Figura 10. <b>Aglomerado de variáveis que caracterizam o padrão protetor de saúde identificado.</b> _____	42
Figura 11. <b>Infografias de apoio às orientações para a prática de atividade física em contexto de isolamento social.</b> _____	43
Figura 12. <b>Diretório digital de iniciativas de apoio à prática de atividade física em contexto de isolamento social.</b> _____	44
Figura 13. <b>Cabeçalho da página inicial do microsite do PNPAF.</b> _____	49

## Siglas e Acrónimos

---

<b>ACES</b>	Agrupamento/s de Centros de Saúde
<b>ARS</b>	Administração/ões Regional/ais de Saúde
<b>CIPAF</b>	Comissão Intersetorial para a Promoção da Atividade Física
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>DGS</b>	Direção-Geral da Saúde
<b>EUPAP</b>	<i>An European Physical Activity on Prescription Model</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PEM</b>	Prescrição Eletrónica Médica
<b>PNPAF</b>	Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SPMS</b>	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
<b>WP</b>	<i>Work-Package</i>

## Resumo em Linguagem Clara

Este documento resume os dados da atividade física (AF) em Portugal e faz um ponto de situação sobre as principais estratégias para a promoção da AF implementadas entre setembro de 2019 e dezembro de 2020. Neste documento também se elencam as ações e estratégias previstas para o próximo ciclo.

### Diagnóstico da situação

- A AF regular contribui para aumentar a longevidade e reduzir a carga de doença. Além do seu papel preventivo, constitui um coadjuvante terapêutico relevante num conjunto alargado de doenças crónicas não transmissíveis.
- Dados de prevalência da AF recolhidos através do Inquérito Nacional de Saúde em 2019 (população residente com  $\geq 15$  anos), revelaram estabilidade na prevalência dos principais indicadores de AF e comportamento sedentário, quando comparados com os dados de 2017 do Eurobarómetro: Em 2019, 65% reportou nunca praticar qualquer tipo de exercício físico (vs. 68%, em 2017) e 63% indicou estar sentado menos de 6h/dia (vs. 62%, em 2017, que reportou que o seu período diário na posição de sentado era de 5h30 ou inferior).
- A prevalência da inatividade física, uma vez mais, parece aumentar com a idade em ambos os sexos, sendo superior nas mulheres.
- A pandemia da COVID-19 veio colocar desafios ímpares a vários níveis, nomeadamente no contexto dos determinantes de saúde. Apesar das limitações de circulação e recolhimento obrigatório adotadas, Portugal definiu a prática de AF como uma das exceções às medidas de confinamento, reconhecendo a sua importância para a saúde física e mental neste contexto.
- A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou as novas recomendações globais de AF e comportamento sedentário 2020, sob o mote “Cada movimento conta”, específicas por faixa etária (5-17 anos; 18-64 anos; 65 anos ou mais) e subgrupos populacionais de acordo com condições crónicas de saúde e/ou incapacidade, bem como os períodos de gravidez e pós-parto.

## Summary in Plain Language

This document summarizes physical activity (PA) data for Portugal and presents what was accomplished regarding the key actions implemented between September 2019 and December 2020. It also presents future strategies and actions for physical activity promotion.

### Current situation

- Regular physical activity contributes to increase longevity and to reduce the burden of disease, being an important therapeutic adjuvant in several non-communicable diseases.
- PA prevalence data collected through the National Health Survey in 2019 (resident population aged  $\geq 15$  years), revealed stability in the prevalence of the main PA and sedentary behaviour indicators, when compared with the Eurobarometer 2017 data: In 2019, 65% reported never practicing any type of physical exercise (vs. 68%, in 2017) and 63% reported being seated for less than 6 hours/day (vs. 62% in 2017, who reported daily sitting time of 5:30 hours or less).
- Physical inactivity prevalence, again, seems to increase with age in both sexes, being higher in women.
- The COVID-19 pandemic has posed unique challenges at various levels, particularly in the context of health determinants. Despite the circulation limitations and mandatory lockdown, Portugal defined PA practice as one of the exceptions to confinement measures, recognizing its importance for physical and mental health during this context.
- World Health Organization launched new global guidelines on PA and sedentary behaviour 2020, under the key message “Every move counts”, by age group (5-17 years; 18-64 years; 65 years or more) and population subgroups according to chronic health conditions and/or disability, as well as pregnancy and postpartum periods.

**Atividades | Set 2019-Dez 2020**

Atividades-chave implementadas:

- Avaliação da campanha nacional de *mass media* “SigaOassobio” e publicação científica internacional de resultados de impacto.
- Recolha de dados para avaliação de processo do projeto-piloto de promoção da AF no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e monitorização da sua implementação, interrupção (devido à pandemia) e capacidade local de retoma.
- Capacitação de profissionais de saúde para o aconselhamento breve para a AF nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do SNS, nomeadamente através do lançamento de um curso nacional de *e-learning*.
- Elaboração e submissão de proposta de Orientação Técnica para a avaliação e aconselhamento breve da AF no SNS.
- Promoção da AF no contexto da COVID-19, através da criação e disseminação de: a) orientações para a prática de AF em confinamento b) repositório de iniciativas nacionais de promoção da AF no confinamento.
- Inquérito nacional de caracterização dos hábitos de AF e alimentares da população portuguesa no confinamento social, em parceria com o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável.

**Roteiro de ação futura | ≥2020**

Estão previstas várias ações futuras, que visam:

- Melhorar a capacitação da população para a escolha e implementação de um estilo de vida ativo.
- Melhorar a prevenção da doença e a prestação de cuidados de saúde, integrando uma abordagem a determinantes de saúde como a AF e o comportamento sedentário.
- Melhorar a qualidade da oferta de oportunidades de prática de AF em diferentes contextos, ao longo do ciclo de vida.
- Promover a tomada de decisão informada (vigilância epidemiológica e monitorização).
- Melhorar o planeamento e ação em situações de emergência em saúde pública, no âmbito da promoção da AF.

**Activities | Sep 2019-Dec 2020**

Key actions implemented:

- Evaluation of the national mass media campaign “Follow the Whistle” and international scientific publication of results.
- Process evaluation data collection of the PA promotion pilot project within the Portuguese National Health Service (NHS) and monitoring of its implementation, interruption (due to COVID-19) and local resumption capacity.
- Health professionals training for brief counselling for PA in NHS Primary Health Care, namely through a national e-learning course.
- Development and submission of a proposal for Technical Guidance on guidelines for PA evaluation and brief counselling within the NHS.
- PA promotion during COVID-19 pandemic, through the creation and dissemination of: a) guidelines for PA practice in social confinement context; b) repository of national initiatives to promote PA during confinement.
- National survey to characterize PA and eating habits of the Portuguese population during social confinement, in partnership with the National Program for Healthy Eating Promotion.

**Action plan | 2019-2020**

Several future actions are planned, aiming to:

- Improve the population skills in choosing and implementing an active lifestyle.
- Improve disease prevention and health care delivery, integrating an approach to health determinants such as PA and sedentary behaviour.
- Improve the quality of PA practice opportunities in different contexts, throughout the life course.
- Promote informed decision making (surveillance and monitoring).
- Improve planning and action in public health emergency, within the scope of PA promotion.

# 1. Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde

Este foi o ano de todos os desafios. Estivemos (e ainda estamos) perante uma situação a todos os níveis excepcional, que nos colocou e coloca desafios únicos, exigindo flexibilidade, abertura mental, emocional e uma sólida ancoragem na ciência e evidência. Evitando “lugares comuns”, nos seus múltiplos sentidos.

Tal premissa norteou a ação do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), num ano em que a prática de atividade física ganhou particular relevo, não só pelo seu papel preventivo, já documentado em várias publicações científicas, na infeção por COVID-19 (e.g via reforço do sistema imunitário, ente outros mecanismos), mas também pelo seu fundamental papel na promoção da saúde mental, representando uma atividade essencial ao equilíbrio físico e psicológico, particularmente fragilizados face a todo o contexto pandémico, principalmente nos períodos mais agudos de confinamento social.

A este nível, o contexto atual de pandemia, levou ao desenvolvimento e implementação de inúmeras iniciativas digitais de promoção da atividade física, com destaque para a criação de um repositório nacional de iniciativas de apoio à prática de atividade física em contexto de contenção social e ao lançamento de recomendações de prática de atividade física no domicílio. Também a colaboração com a comunicação social e vários fóruns e sociedades científicas foi reforçada.

Por outro lado, e dado que a tomada de decisão informada assenta num processo rigoroso de vigilância epidemiológica e monitorização, para que se planeiem ações baseadas na evidência e em indicadores objetivamente mensurados, tornou-se essencial monitorizar e caracterizar os hábitos de atividade física e alimentares dos portugueses em situação de confinamento social. Procurou-se também avaliar indicadores ligados à literacia em saúde, em contexto de contenção social (pela primeira vez vivido pelas atuais gerações), no sentido de conhecer a capacidade da população em minimizar alterações negativas de determinantes fundamentais de saúde e atuar futuramente, visando a redução do risco destas medidas excecionais em determinantes de saúde fundamentais. O inquérito nacional REACT-COVID, realizado em parceria com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e a Divisão de Literacia, foi, assim, implementado durante o confinamento social ocorrido durante a primeira vaga da pandemia, estando os seus resultados disponíveis online para livre *download*.

A este propósito, talvez o mais importante seja mesmo sublinhar os resultados da análise combinada, salientando a existência de uma tendência para a constelação de padrões de risco. A pandemia da Covid-19 veio, também em relação à atividade física, exacerbar iniquidades sociais – género, estatuto socioeconómico, idade parecem diferenciar as pessoas mais e menos ativas. Não obstante, verificou-se também a ocorrência de padrões protetores, em que níveis mais elevados de atividade física tendem a coocorrer com outros elementos de potencial salutogénico, como o não aumento do consumo de snacks, o acesso às recomendações de atividade física e alimentação saudável, boa situação financeira, maior nível de escolaridade, ser mais jovem e estar há menos tempo em situação de confinamento social. Assim, e em linha com estudos epidemiológicos e experimentais anteriores, a prática de atividade física parece ter tido um papel “agregador” de outros comportamentos protetores da saúde, com efeito positivo em situação de confinamento social.

De forma relacionada, foi muito positivo verificar que 55,2% da população inquirida mencionou ter acesso às orientações produzidas pela Direção-Geral da Saúde na área da atividade física em contexto de confinamento, sendo que desses 69,3% consideraram-nas úteis ou muito úteis.

Outros eixos estratégicos do programa ligados à comunicação e campanhas nacionais de promoção da atividade física, à promoção e reforço das boas práticas em vários contextos comunitários, bem como à disseminação da avaliação e aconselhamento breve para a promoção da atividade física no Serviço Nacional de Saúde estiveram e estão em marcha. De facto, é de sublinhar que as atividades e indicadores previstos pelo PNPAF para 2020 foram cumpridos na totalidade, ainda que, em alguns casos as atividades previstas tivessem de ser ajustadas à nova realidade imposta pela pandemia.

De forma breve, um dos principais marcos conseguidos prendeu-se com a finalização da avaliação da campanha nacional de *mass media* “Siga o Assobio” e publicação dos seus resultados em revista de circulação internacional, com arbitragem científica. Esta campanha teve resultados muito promissores ao nível de indicadores proximais, bem como no aumento da prática de atividade física de intensidade vigorosa pela população-alvo exposta. A sua reativação futura, assim que o contexto de pandemia o permitir, possibilitará potenciar ainda mais o investimento feito.

A capacitação de profissionais de saúde no âmbito da promoção da atividade física de utentes constituiu outro desígnio em 2020, tendo sido desenvolvido um modelo de capacitação de profissionais de saúde, através da implementação de um curso *e-learning* de “Aconselhamento Breve para a Atividade Física no Serviço Nacional de Saúde”, em parceria com a Ordem dos Psicólogos, e da capacitação de pontos focais nacionais neste âmbito através de formações internacionais ao abrigo do projeto europeu EUPAP.

Mas nem tudo são conquistas. A consecução da consulta de atividade física piloto e respetiva testagem constitui, efetivamente, uma das principais preocupações da equipa do PNPAF, tendo em conta as alterações profundas no funcionamento do Serviço Nacional de Saúde ditadas pela resposta à pandemia. As ações primordiais que decorriam a este nível foram, necessariamente, muito prejudicadas, prevendo-se sérias dificuldades na consecução das políticas de saúde previstas neste âmbito.

Cá estaremos em 2021 e anos vindouros para apoiar o retomar das atividades suspensas e dar fôlego a novas atividades, desenhadas para um contexto em mudança, apostando em soluções digitais e não digitais simples, que cheguem a todos. É fundamental continuar a apostar no aumento da literacia física em toda a população, uma vez que a adoção de níveis de atividade física compatíveis com a promoção da saúde tem menor expressão nos grupos mais desfavorecidos.

Dezembro de 2020

Graça Freitas, Diretora-Geral da Saúde

## 2. Enquadramento: Diagnóstico da Situação

A prática regular de atividade física<sup>1</sup> é um determinante fundamental de saúde, estando demonstrado o seu claro papel na prevenção e no tratamento de um conjunto importante de doenças crónicas não-transmissíveis, algumas das quais constituem as principais causas de morte em Portugal (1-3). Do mesmo modo, o seu contributo para uma boa saúde mental, qualidade de vida e bem-estar está bem documentado (1).

A prática de atividade física contempla diferentes formas, umas mais informais e incidentais enquadradas nas atividades da vida diária (de que são exemplo a jardinagem ou as atividades domésticas), outras mais deliberadas e planeadas, como o exercício físico e o desporto. Dada a elevada diversidade de contextos e oportunidades de prática de atividade física, a sua boa promoção junto de uma população deve respeitar uma abordagem sistémica, englobando os diferentes subsistemas sociais de forma transversal e transdisciplinar.

Tendo uma profunda influência a diferentes níveis, do individual ao global, por exemplo, na forma como as próprias comunidades se organizam, não é estranho que a atividade física e tudo o que a sua promoção contempla contribua também para um planeta e sociedades mais sustentáveis, promovendo diretamente oito dos dezassete Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (4).

As próximas secções farão uma descrição breve de alguns dados provenientes de instrumentos de vigilância da saúde e, em particular, deste determinante de saúde, dados que dão enquadramento a várias ações do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF).

### 2.1. O contributo da inatividade física para a carga de doença e mortalidade

A quantificação da exposição e dos efeitos dos principais fatores de risco na saúde das populações, e sua evolução ao longo do tempo, é um instrumento fundamental de monitorização das políticas de Saúde Pública. Dados publicados em 2020, do último estudo do *Global Burden of Disease* acerca da carga de doença e mortalidade atribuídas aos principais fatores de risco para a saúde entre 1990 e 2019 (5) indicam que a atividade física insuficiente é o 16º fator de risco de nível 2 ao qual são atribuídas mais mortes (11,1 mortes por 100 000, ajustadas para a idade, a nível mundial) e o 18º ao qual são atribuídos mais anos de saúde prematuramente perdidos, com um valor de DALYs (*disabled-adjusted life-years*) ajustados para a idade de 194,8 por 100 000, em todo o mundo (6). Entre 1990 e 2019, a taxa de alteração da exposição a este fator de risco não tem sido muito significativo a nível mundial, sendo inferior a 0,5% nos dois períodos analisados (1990-2019 e 2009-2019), embora se observe uma tendência de aumento de exposição (5).

Em Portugal, a exposição e, por conseguinte, o efeito deste fator de risco serão mais notórios, já que o valor de excesso de exposição ponderada pelo risco (estimado através do SEV – *Summary Exposure Value*) na população portuguesa é superior ao valor encontrado para a população mundial (SEVPortugal = [5,6; 7,4]; SEVMundial = 3,54) (5). A evolução da prevalência de níveis insuficientes de atividade física na população portuguesa será ilustrada numa das próximas subsecções deste documento.

Em Portugal, as mortes motivadas por doenças representaram 95,4% do total de óbitos na população residente em 2018 (2), sendo que cerca de um terço de todas as mortes em Portugal se devem a fatores de risco comportamentais, nomeadamente riscos alimentares, hábitos tabágicos, consumo de álcool e atividade física insuficiente (7). A este nível, sabe-se que níveis adequados de atividade física na população evitariam 4,5%

<sup>1</sup> Todo o movimento do corpo humano desencadeado pela contração voluntária de músculos esqueléticos e que resulta num aumento do dispêndio energético, acima do repouso (WHO, 2018).

da prevalência de doença cerebrovascular e 4,0% dos casos de doença coronária na população mundial, estimando-se que estes valores possam ser superiores na Europa, devido à maior prevalência de inatividade física, comparativamente a outras regiões do mundo (8). A prevalência das duas maiores causas de morte em Portugal, assim como a de outras importantes patologias, poderá, assim, ser reduzida com a contínua promoção da atividade física da população, sendo fundamental o contínuo investimento na prevenção, cuja proporção da despesa total em saúde era significativamente abaixo da média europeia em 2018, com um investimento per capita na prevenção 2,5 vezes inferior, representando apenas 2% do total de despesas em cuidados de saúde no país (7).

Também ao nível do tratamento e gestão de um conjunto importante de patologias, a prática de níveis adequados de atividade física é fundamental para o atraso da progressão da doença e melhoria do estado clínico. A evidência atualmente reunida (9) identifica um conjunto de doenças crónicas do foro cardiovascular, oncológico, pulmonar, metabólico, psiquiátrico, neurológico e musculoesquelético, para as quais a prática de atividade física constitui um coadjuvante terapêutico importantíssimo (Tabela 1).

Tabela 1. **Doenças crónicas para as quais a atividade física constitui um importante coadjuvante terapêutico.**

Doenças Cardiovasculares	Doenças Oncológicas	Doenças Pulmonares	Doenças Metabólicas	Doenças Psiquiátricas	Doenças Neurológicas	Doenças Musculoesqueléticas
Hipertensão	Cancro da mama	Doença pulmonar obstrutiva crónica	Diabetes tipo II e I	Depressão	Demência	Osteoartrite
Doença coronária	Cancro do cólon	Asma brônquica	Obesidade	Ansiedade	Doença de Parkinson	Osteoporose
Insuficiência cardíaca	Cancro do endométrio	Fibrose cística	Hiperlipidemia	Stress	Esclerose múltipla	Dor crónica nas costas
Apoplexia cerebral	Cancro da próstata		Síndrome Metabólico	Esquizofrenia		Artrite reumatóide
Claudicação intermitente			Síndrome do ovário poliquístico			

Fonte: Pedersen & Saltin, 2015.

## 2.2. Prevalência da atividade física e comportamento sedentário

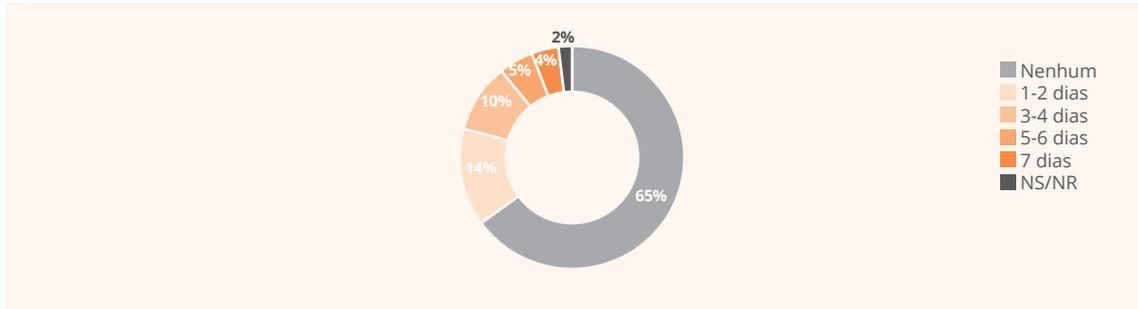
### Inquérito Nacional de Saúde 2019

Dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS), recolhidos em 2019 (10), revelam que 65% da população portuguesa com 15 anos de idade ou mais indica nunca praticar qualquer tipo de exercício físico (atividades desportivas ou de lazer), sendo que apenas 9% o reporta fazer em, pelo menos, 5 dias por semana (Gráfico 1). A proporção de pessoas que refere nunca pratica exercício físico aumenta com o aumento da idade, chegando a ser superior a 70% a partir da idade da reforma, e, para o mesmo intervalo de idades, a ausência de prática é sempre superior nas mulheres (Tabela 2).

De entre quem refere praticar exercício físico em, pelo menos, 1 dia por semana (33%), a duração reportada de prática é inferior a 2 horas numa semana habitual em 34% dos inquiridos, contudo, 20% refere que essa prática é de 5 horas ou mais por semana (Gráfico 2). Quando analisamos homens e mulheres em separado, relativamente ao tempo semanal despendido na prática de exercício físico, as maiores diferenças observam-se nas categorias de “2 a menos de 3 horas por semana” (volume reportado por 23% das mulheres inquiridas vs. 15,9% dos homens) e de “5 horas ou mais” (volume reportado por 24,6% dos homens inquiridos vs. 15,4% das mulheres), parecendo haver uma tendência em ambos os sexos para a prática de volumes semanais inferiores com o aumento da idade (Tabela 3).

Gráfico 1. **Frequência semanal de prática de exercício físico (dias por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).**

**Respostas à questão:** *Agora pense em atividades desportivas ou de lazer. Numa semana normal, quantos dias pratica exercício físico pelo menos 10 minutos seguidos? Considere o fim de semana. São exemplos fazer uma caminhada, jogar à bola, correr, andar de bicicleta ou nadar. Se nunca pratica exercício físico pelo menos 10 minutos, registre 0.*



Fonte: INE, Inquérito Nacional de Saúde 2019.

Tabela 2. **Frequência semanal de prática de exercício físico, por sexo e idade (dias por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).**

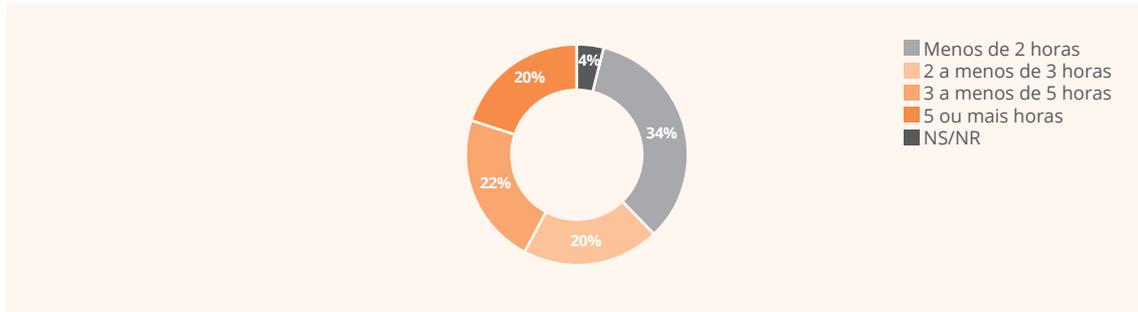
Sexo e Grupo etário	N.º de dias exercício físico numa semana normal				
	Nenhum	1-2 dias	3-4 dias	5-6 dias	7 dias
	Percentagem (%)				
<b>Homens</b>	<b>61,7</b>	<b>13,4</b>	<b>11,4</b>	<b>6,8</b>	<b>4,6</b>
15-24 anos	35,4	21,3	20,3	15,6	x
25-34 anos	53,9	16,0	17,4	9,7	x
35-44 anos	53,4	20,4	14,2	x	x
45-54 anos	64,2	14,7	9,4	x	x
55-64 anos	72,8	7,5	5,6	x	6,1
65-74 anos	73,1	6,5	7,5	4,6	6,7
75-84 anos	82,7	x	x	x	x
85 + anos	89,5	x	x	x	x
<b>Mulheres</b>	<b>69,0</b>	<b>13,8</b>	<b>8,7</b>	<b>4,1</b>	<b>2,9</b>
15-24 anos	45,4	25,5	16,4	x	x
25-34 anos	61,1	12,4	14,2	x	x
35-44 anos	65,5	15,1	12,5	x	x
45-54 anos	65,9	16,6	7,7	x	x
55-64 anos	75,9	10,7	5,3	2,8	x
65-74 anos	75,3	11,6	5,3	x	x
75-84 anos	86,3	7,5	x	x	x
85 + anos	91,7	x	x	x	x

Fonte: INE, Inquérito Nacional de Saúde 2019

Nota: As estimativas apresentadas não contemplam as situações “não sabe / não responde” (NS/NR).

Gráfico 2. **Duração semanal da prática de exercício físico (horas por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).**

**Respostas à questão:** [Se pratica] E no total desses dias, quanto tempo pratica exercício físico? Registe horas e minutos.



Fonte: INE, Inquérito Nacional de Saúde 2019.

Tabela 3. **Duração semanal de prática de exercício físico, por sexo e idade (dias por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).**

Sexo e Grupo etário	Tempo despendido a praticar exercício físico numa semana normal			
	Menos de 2 horas	2 horas a menos de 3 horas	3 horas a menos de 5 horas	5 horas ou mais
Percentagem (%)				
<b>Homens</b>	<b>32,5</b>	<b>15,9</b>	<b>22,3</b>	<b>24,6</b>
15-24 anos	26,4	17,4	21,1	30,6
25-34 anos	27,6	x	x	29,2
35-44 anos	39,0	x	23,5	20,4
45-54 anos	35,3	x	26,7	x
55-64 anos	29,4	x	x	27,5
65 + anos	38,9	15,7	19,6	20,3
<b>Mulheres</b>	<b>35,6</b>	<b>23,0</b>	<b>22,2</b>	<b>15,4</b>
15-24 anos	32,1	19,6	21,2	24,3
25-34 anos	24,4	x	29,4	x
35-44 anos	35,0	24,4	26,0	x
45-54 anos	36,2	25,7	26,1	x
55-64 anos	43,5	22,2	x	x
65 + anos	44,0	24,6	14,1	14,9

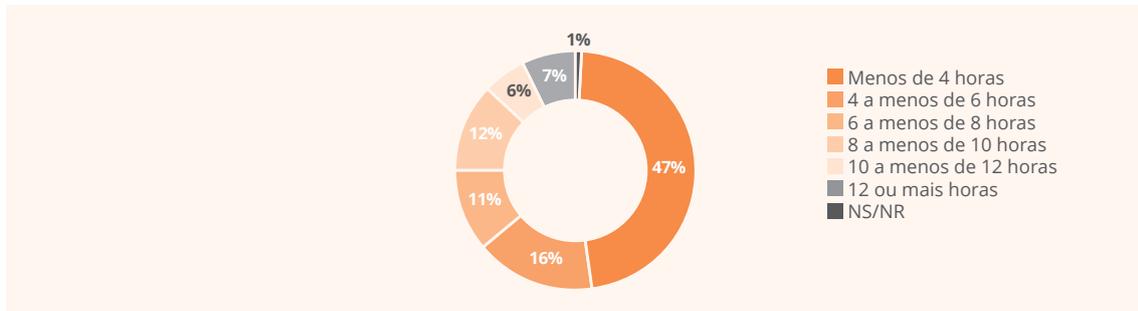
Fonte: INE, Inquérito Nacional de Saúde 2019

Nota: As estimativas apresentadas não contemplam as situações "não sabe / não responde" (NS/NR).

Em relação ao comportamento sedentário diário, 63% dos inquiridos reportou passar menos de 6 horas sentado num dia normal (47% reportou passar menos de 4 horas na posição de sentado) e apenas 25% reportou que essa duração era de 8 horas ou superior (Gráfico 3). Os valores por idade e sexo podem ser consultados na Tabela 4.

Gráfico 3. **Duração diária do tempo sentado (horas por dia; proporção da população residente com 15 ou mais anos).**

**Respostas à questão:** Num dia normal, quanto tempo costuma passar sentado ou deitado? Refere-se ao tempo que passa sentado no trabalho, nas deslocações, em casa e nos tempos de lazer. Considere também o tempo que passa deitado ou reclinado no sofá, a ler ou a ver televisão. Não considere o tempo que passa a dormir. Se houver diferenças entre dias de semana e fins de semana, deve ser feita uma estimativa média do tempo num dia normal.



Fonte: INE, Inquérito Nacional de Saúde 2019.

Tabela 4. **Duração diária do tempo sentado, por sexo e idade (horas por dia; proporção da população residente com 15 ou mais anos).**

Sexo e Grupo etário	N.º de dias exercício físico numa semana normal					
	Menos de 4 horas	4 a menos de 6 horas	6 a menos de 8 horas	8 a menos de 10 horas	10 a menos de 12 horas	12 ou mais horas
	Percentagem (%)					
<b>Homens</b>	<b>45,5</b>	<b>16,9</b>	<b>11,6</b>	<b>11,9</b>	<b>5,5</b>	<b>7,2</b>
15-24 anos	34,7	16,3	18,7	14,7	x	x
25-34 anos	53,1	17,1	x	9,5	x	x
35-44 anos	51,2	10,5	9,9	13,0	x	x
45-54 anos	47,7	13,4	12,0	14,1	x	x
55-64 anos	49,3	19,4	8,9	10,4	4,6	6,5
65-74 anos	43,7	24,3	12,3	8,3	x	6,8
75-84 anos	35,3	22,2	10,7	11,2	x	13,1
85 + anos	x	x	x	x	x	x
<b>Mulheres</b>	<b>47,5</b>	<b>14,8</b>	<b>10,7</b>	<b>11,8</b>	<b>6,8</b>	<b>6,8</b>
15-24 anos	31,2	12,8	15,6	17,6	x	x
25-34 anos	56,8	10,3	6,1	10,0	9,8	x
35-44 anos	45,8	14,0	13,7	15,0	x	x
45-54 anos	53,9	12,4	7,6	13,1	5,9	4,8
55-64 anos	58,8	15,0	7,9	8,4	x	x
65-74 anos	50,0	21,6	9,5	6,8	5,1	6,2
75-84 anos	37,0	17,4	14,9	11,5	6,9	11,5
85 + anos	20,8	17,2	x	x	x	20,6

Fonte: INE, Inquérito Nacional de Saúde 2019

Nota: As estimativas apresentadas não contemplam as situações "não sabe / não responde" (NS/NR).

Apesar de pequenas diferenças ao nível das categorias de resposta, os dados de prevalência do INS 2019 não apresentam diferenças importantes relativamente aos que haviam sido recolhidos em 2017 e publicados em 2018 pela Comissão Europeia no Eurobarómetro 472 da Atividade Física (11), indiciando alguma estabilidade na prevalência dos indicadores mais abrangentes de atividade física:

- Em 2017, 68% dos portugueses inquiridos no Eurobarómetro haviam referido nunca praticar exercício físico (vs. 65%, na amostra do INS 2019);
- Em 2017, 62% dos portugueses inquiridos no Eurobarómetro reportou estar sentada, diariamente, 5h30 ou menos (vs. 63% dos inquiridos no INS 2019, que indicou estar menos de 6 horas na posição de sentado num dia normal) e 24% referiu estar sentado entre 6h31 e 8h30 diariamente (vs. 25% dos inquiridos no INS 2019, que indicou que essa duração era de 8 horas ou superior) – Nota: apesar da diferença elevada de categorização destes intervalos entre inquiridos, escolheu-se comparar as categorias que incluem as 8 horas de comportamento sedentário diário, por ser o número de horas de trabalho diário numa elevada franja da população.

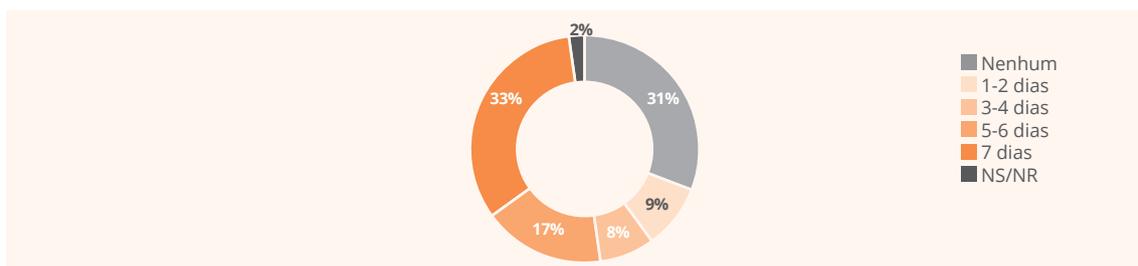
Apesar das conhecidas limitações das metodologias baseadas no autorrelato, relacionadas com o erro de reporte do próprio relativamente ao comportamento em causa, as dificuldades de quantificação do comportamento sedentário por parte da população parecem ser especialmente evidentes. No caso dos últimos dados de prevalência de comportamento sedentário disponibilizados pelo INS 2019, estes parecem estar especialmente subestimados, com apenas 25% da população inquirida a reportar 8 horas ou mais de comportamento sedentário diário. Se consideramos que esta categoria incluiu o tempo passado a trabalhar e lhe juntarmos o facto de, noutro conjunto de indicadores, 50,7% dos inquiridos ter indicado que a principal forma de desempenho das tarefas diárias é “sentado ou em pé (atividades que envolvem um esforço físico ligeiro)” fica sublinhado que estes são números a interpretar com cautela.

No que respeita às deslocações a pé efetuadas durante uma semana habitual (com duração mínima de 10 minutos), 33% dos inquiridos no INS 2019 referiu fazê-lo todos os dias da semana (incluindo fim-de-semana) e 31% referiu nunca o fazer (Gráfico 4), revelando uma prevalência considerável nas duas categorias mais extremas: se, por um lado, um terço da população tem hábitos de mobilidade ativa ou suave diários, através do andar a pé, por outro lado, quase um terço nunca o faz. Para 55% dos inquiridos, a duração dessas deslocações foi inferior a meia hora por dia, sendo que 26% dos inquiridos referiu deslocar-se a pé entre 30 a 59 minutos por dia (Gráfico 5). A prevalência de portugueses com 15 anos ou mais que nunca se deslocam a pé é preocupante, tendo em conta a elevada prevalência concomitante de níveis insuficientes exercício físico planeado ou estruturado. Em 2017, estes valores não eram muito diferentes: 29% dos portugueses inquiridos no Eurobarómetro haviam reportado nunca se deslocar a pé e, de entre quem o fazia, a maioria (55%) indicou fazê-lo 30 minutos ou menos por dia.

Já em relação às deslocações de bicicleta como forma de transporte, apenas 2% referiu fazê-lo cinco ou mais dias por semana e 92% dos inquiridos no INS 2019 referiu nunca o fazer e. Dos que indicaram fazê-lo, pelo menos, 1 vez por semana, 43% reportou fazê-lo durante menos de 30 minutos por dia e 28% entre 30 a 59 minutos diários (Gráficos 6 e 7).

#### Gráfico 4. **Frequência semanal de deslocações a pé (dias por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).**

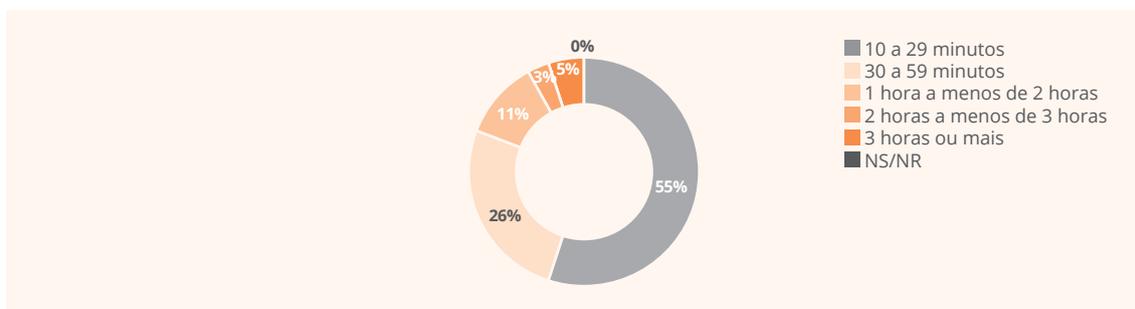
**Respostas à questão:** *Numa semana normal, nas suas deslocações, quantos dias anda a pé pelo menos 10 minutos seguidos? Considere também o fim de semana. Se habitualmente não se desloca a pé ou desloca-se menos de 10 minutos seguidos, registe 0.*



Fonte: INE, Inquérito Nacional de Saúde 2019.

Gráfico 5. **Duração das deslocações a pé num dia normal (minutos e/ou horas por dia; proporção da população residente com 15 ou mais anos).**

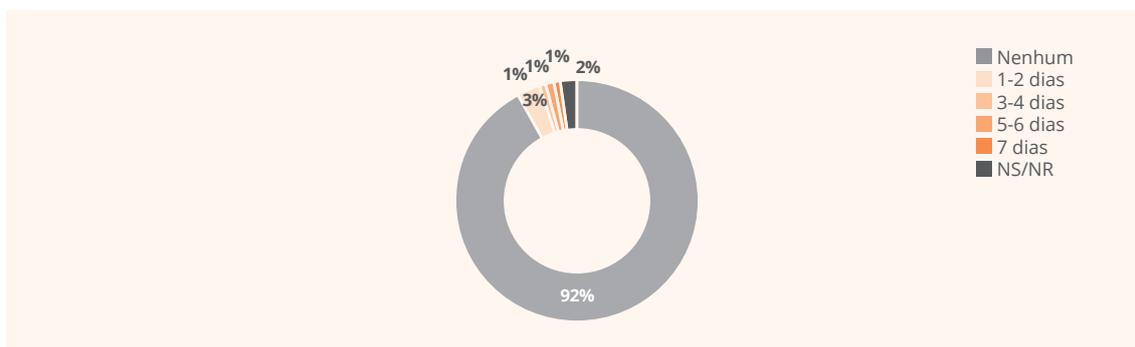
**Respostas à questão:** [Se se desloca a pé] E num dia normal, nas suas deslocações, quanto tempo anda a pé? Se o seu tempo de deslocação variar muito ao longo da semana, indique o tempo médio por dia.



Fonte: INE, Inquérito Nacional de Saúde 2019.

Gráfico 6. **Frequência semanal de deslocações de bicicleta (dias por semana; proporção da população residente com 15 ou mais anos).**

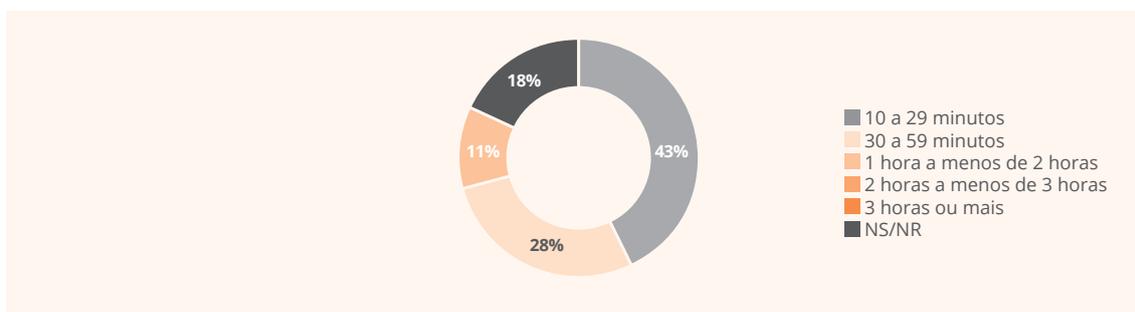
**Respostas à questão:** Numa semana normal, nas suas deslocações, quantos dias anda de bicicleta pelo menos 10 minutos seguidos? Considere também o fim de semana. Não considere andar de bicicleta como desporto ou passeio. Se habitualmente não se desloca de bicicleta ou desloca-se menos de 10 minutos seguidos, registe 0.



Fonte: INE, Inquérito Nacional de Saúde 2019.

Gráfico 7. **Duração das deslocações de bicicleta num dia normal (minutos e/ou horas por dia; proporção da população residente com 15 ou mais anos).**

**Respostas à questão:** [Se se desloca de bicicleta] E num dia normal, nas suas deslocações, quanto tempo anda de bicicleta? Se o seu tempo de deslocação variar muito ao longo da semana, indique o tempo médio por dia.



Fonte: INE, Inquérito Nacional de Saúde 2019.

### Atividade física em período de pandemia por COVID-19

A pandemia pelo novo coronavírus levou à ocorrência de um contexto nacional e mundial ímpares. Por forma a reduzir de forma mais efetiva o risco de transmissão do vírus, muitos países, incluindo Portugal, adotaram medidas de confinamento em diversos períodos, acompanhado do uso obrigatório de máscara e distanciamento social. A par disso, teve lugar o encerramento de várias atividades económicas e infraestruturas, entre as quais se encontram ginásios, coletividades desportivas, piscinas e parques, locais tradicionalmente utilizados para a prática de atividade física.

Ainda que as medidas adotadas, quando tomadas no seu conjunto, tenham mostrado ser efetivas na mitigação da propagação da infeção (12-14), as mesmas envolvem um potencial disruptivo muito acentuado em vários aspetos da vida quotidiana. Tal poderá refletir-se nos determinantes de saúde, nomeadamente nos hábitos de atividade física das populações, com potenciais implicações ao nível da carga de doença (15, 16).

Um conjunto recente de estudos aponta para que indivíduos em isolamento social poderão adotar estilos de vida menos benéficos, como a redução da prática de atividade física e piores hábitos alimentares, sendo esta uma das potenciais razões que justificam a associação entre o isolamento social e o aumento do risco de doença crónica e mortalidade, independente de outros fatores sociodemográficos e condições de saúde pré-existentes, que tem vindo a ser documentada (17-19).

Por outro lado, está bem estabelecido o papel fundamental da atividade física na saúde mental, fator especialmente importante no contexto de confinamento/isolamento social, potencialmente desencadeador de maior ansiedade, medo e depressão. O papel da atividade física para o bom funcionamento do sistema imunitário e como coadjuvante terapêutico fundamental em patologias como a obesidade, a diabetes, hipertensão ou doenças cardiovasculares (9, 20-22) revela-se, também ele, essencial neste contexto, já que se trata de condições com maior propensão para a ocorrência de infeção severa por COVID-19.

Por conseguinte, a manutenção de uma prática de atividade física regular, nos volumes e tipologias recomendados para uma boa saúde (23) constitui uma estratégia relevante para a prevenção e gestão dos efeitos da COVID-19 na saúde, a par das outras medidas de prevenção (24).

Em linha com o descrito, para a promoção da saúde física e mental em contexto de confinamento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) encorajou os governos de todo o mundo a incluir a prática de atividade física individual ao ar livre como uma das exceções ao confinamento social obrigatório, desde que o distanciamento social seja mantido. Em Portugal essa tem sido, aliás, uma exceção clara nas medidas de confinamento adotadas, havendo um reconhecimento governamental do papel benéfico incontornável que a atividade física desempenha neste contexto.

### 2.3. As novas recomendações internacionais de atividade física e comportamento sedentário da Organização Mundial da Saúde

A 25 de novembro de 2020, foram lançadas as novas recomendações da OMS de atividade física e comportamento sedentário 2020 (23), com o mote “CADA MOVIMENTO CONTA”, que vêm substituir as anteriores recomendações de atividade física lançadas pela OMS em 2010 (25). As novas recomendações derivam da revisão sistematizada do conhecimento científico produzido ao longo da última década nesta matéria e apresentam um conjunto mais alargado de recomendações específicas de atividade física e limitação do comportamento sedentário, não apenas com base na faixa etária (crianças e adolescentes, adultos até aos 64 anos e adultos com 65 anos ou mais), como acontecia em 2010, mas também considerando subgrupos populacionais de acordo com condições crónicas de saúde e/ou incapacidade, bem como os períodos de gravidez e pós-parto.

As recomendações 2020 incluem um conjunto de 6 mensagens-chave principais, que a seguir se explanam:

1. **A atividade física é boa para o coração, corpo e mente**, promovendo o bem-estar e ajudando a prevenir e/ou gerir um conjunto importante de doenças crónicas do foro cardiovascular, físico e mental, quando praticada de forma regular.
2. **Qualquer volume de atividade física é melhor do que nenhum e mais é melhor**, sendo que a prática de um volume de atividade física superior ao volume mínimo recomendado fornece benefícios adicionais.
3. **Toda a atividade física conta**, podendo ser incluída nos diferentes contextos de vida, incluindo trabalho, forma de transporte, tarefas domésticas ou tempos recreativos.
4. **Atividades de fortalecimento muscular beneficiam todos**, incluindo adultos com 65 anos ou mais, que devem incluir este tipo de atividades ao longo da semana, de forma a promover o equilíbrio, coordenação e força muscular, contribuindo para a prevenção de quedas e melhoria da saúde.
5. **Comportamento sedentário em excesso é prejudicial à saúde**, podendo aumentar o risco de doença cardiovascular, cancro e diabetes tipo 2. Deve, por isso, ser limitado e/ou interrompido.
6. **Todos podem beneficiar com o aumento dos seus níveis de atividade física e redução do seu comportamento sedentário**, incluindo mulheres grávidas ou em período pós-parto e pessoas com doenças crónicas ou com deficiência.

De forma breve, as novas recomendações de atividade física e comportamento sedentário da OMS compreendem:

- **Crianças e adolescentes (5 a 17 anos)**

- » Pelo menos, 60 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, maioritariamente aeróbia;
- » Pelo menos 3 vezes por semana, incorporar atividades de fortalecimento muscular e ósseo;
- » Limitar o tempo despendido em comportamento sedentário, particularmente tempo de ecrã recreativo.

- **Adultos (18 a 64 anos):**

- » Pelo menos, 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou, pelo menos, 75-150 minutos por semana de intensidade vigorosa, ou combinação equivalente de ambas as intensidades ao longo da semana. Para benefícios de saúde adicionais, aumentar o volume semanal.
- » Pelo menos 2 vezes por semana, atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares;
- » Limitar o tempo despendido em comportamento sedentário, substituindo estes períodos com atividades físicas de qualquer intensidade (incluindo atividades de intensidade leve).

- **Adultos (65 anos ou mais):**

- » Pelo menos, 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou, pelo menos, 75-150 minutos por semana de intensidade vigorosa, ou combinação equivalente de ambas as intensidades ao longo da semana. Para benefícios de saúde adicionais, aumentar o volume semanal.
- » Pelo menos 2 vezes por semana, atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares;
- » Pelo menos 3 vezes por semana, incorporar atividades físicas de intensidade moderada ou superior, que promovam o equilíbrio funcional e o aumento da força muscular;

- » Limitar o tempo despendido em comportamento sedentário, substituindo estes períodos com atividades físicas de qualquer intensidade (incluindo atividades de intensidade leve).
- **Mulheres grávidas ou em período pós-parto:**
  - » Pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física aeróbia de intensidade moderada. Incorporar atividades aeróbias e de fortalecimento muscular variadas. Adicionar alongamentos suaves também pode ser benéfico.
  - » Mulheres que, antes da gravidez, tinham hábitos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa, ou que eram fisicamente ativas, podem, adicionalmente, continuar a praticar estas atividades durante a gravidez e período pós-parto.
  - » Limitar o tempo despendido em comportamento sedentário, substituindo estes períodos com atividades físicas de qualquer intensidade (incluindo atividades de intensidade leve).
- **Adultos com patologia crónica (com 18 anos ou mais):**
  - » Pelo menos, 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou, pelo menos, 75-150 minutos por semana de intensidade vigorosa, ou combinação equivalente de ambas as intensidades ao longo da semana. Para benefícios de saúde adicionais, aumentar o volume semanal;
  - » Pelo menos 2 vezes por semana, atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares;
  - » Pelo menos 3 vezes por semana, incorporar atividades físicas de intensidade moderada ou superior, que promovam o equilíbrio funcional e o aumento da força muscular;
  - » Limitar o tempo despendido em comportamento sedentário, substituindo estes períodos com atividades físicas de qualquer intensidade (incluindo atividades de intensidade leve).
- **Crianças e adolescentes com deficiência (5 a 17 anos):**
  - » Pelo menos, 60 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, maioritariamente aeróbia;
  - » Pelo menos 3 vezes por semana, incorporar atividades aeróbias de intensidade vigorosa e de fortalecimento muscular e ósseo;
  - » Limitar o tempo despendido em comportamento sedentário, particularmente tempo de ecrã recreativo.
- **Adultos com deficiência (com 18 anos ou mais):**
  - » Pelo menos, 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou, pelo menos, 75-150 minutos por semana de intensidade vigorosa, ou combinação equivalente de ambas as intensidades ao longo da semana. Para benefícios de saúde adicionais, aumentar o volume semanal.
  - » Pelo menos 2 vezes por semana, atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares;
  - » Pelo menos 3 vezes por semana, incorporar atividades físicas de intensidade moderada ou superior, que promovam o equilíbrio funcional e o aumento da força muscular;
  - » Limitar o tempo despendido em comportamento sedentário, substituindo estes períodos com atividades físicas de qualquer intensidade (incluindo atividades de intensidade leve).

Durante o processo de criação destas recomendações, houve um período de consulta pública, no qual participaram elementos da equipa do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) e da equipa de investigadores que em Portugal está a trabalhar na elaboração de recomendações integradas de movimento para as 24 horas do dia, para a população portuguesa.

Não obstante a sua importância fundamental, estas recomendações foram desenvolvidas para a população mundial, tendo por base a evidência científica construída com estudos desenvolvidos com pessoas de todo o mundo. Assim sendo, sendo estas recomendações globais, lançadas para todas as regiões do mundo, não é possível nelas incorporar aspetos mais específicos de cada região ou país, como os culturais, sociais ou outros que influenciem os comportamentos do movimento.

Por outro lado, comportamentos como a atividade física, o comportamento sedentário e o sono, no seu conjunto, têm efeitos importantes na saúde e no bem-estar da população. No entanto, tradicionalmente, têm sido analisados de forma isolada, sem ter em conta as suas interações e seus efeitos. Para colmatar esta lacuna da ciência e consequentemente das políticas de saúde relativas à melhoria dos estilos de vida da população, tem surgido um novo paradigma: o estudo dos comportamentos do movimento durante as 24 horas do dia.

Tendo estes aspetos como premissa e procurando maior adaptação das recomendações destes comportamentos para a população portuguesa, à semelhança de outros países e instituições (e.g., Austrália, Canadá), Portugal está a desenvolver as recomendações integradas de movimento para as 24 horas do dia, adaptadas à população portuguesa e às várias faixas etárias (i.e., crianças, adolescentes, adultos e idosos), num projeto coordenado por uma das Diretoras Adjuntas do PNPAF, a Professora Doutora Rute Santos (Figura 1). No momento do seu lançamento, serão as primeiras recomendações desenvolvidas especificamente para a população portuguesa e deixará de ser necessário recorrer exclusivamente a recomendações desenvolvidas para populações com características diferentes. O desenvolvimento destas recomendações respeitará as melhores práticas no que diz respeito ao processo mais adequado (de resto seguido pela própria OMS) de desenvolvimento de recomendações (i.e., *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Evidence to Decision (EtD)*).

De momento, após terem sido revistas as recomendações existentes para estes comportamentos e a evidência que as baseou, estão a ser realizadas as revisões sistemáticas que produzirão nova evidência de suporte para as recomendações. Com base nesta nova evidência, o grupo de trabalho elaborará a primeira proposta de recomendações, que será alvo de discussão em reunião de especialistas, e posteriormente serão consultados os principais *stakeholders*, para maior robustez das recomendações antes destas serem lançadas.

O lançamento destas recomendações está enquadrado num dos eixos estratégicos de ação do PNPAF - “Comunicação e Sensibilização”. Adicionalmente, em paralelo a este projeto e porque não existem instrumentos que avaliem estes comportamentos de forma integrada, estão a ser desenvolvidos novos instrumentos que irão permitir a análise da adesão da população portuguesa a estas novas recomendações, o que irá contribuir para o eixo estratégico de ação “Monitorização”.

Figura 1. **Logótipo das recomendações portuguesas de movimento**



### 3. Atividades desenvolvidas | 2019-2020

A atividade desenvolvida no âmbito do PNPAF abrange diferentes áreas de atuação no contexto da promoção da atividade física, incidindo em quatro eixos estratégicos de ação, que constituem os quatro Objetivos Operacionais (OOp) deste Programa: Comunicação e sensibilização (OOp1); Sistema e serviços de saúde (OOp2); Ambientes e contextos de vida (OOp3); Monitorização e vigilância epidemiológica (OOp4) (Figura 2).

Figura 2. **Objetivos Operacionais do PNPAF para o período 2016-2020.**



O período entre o segundo semestre de 2019 e o final do ano de 2020 foi marcado pela continuidade de várias ações em curso, a avaliação de ações implementadas anteriormente, uma aposta mais forte em novos designios e o planeamento de novas metas no âmbito do novo Plano Estratégico 2021-2025. Durante 2020, devido ao contexto de pandemia pela COVID-19, foram também implementadas várias atividades no âmbito da promoção da atividade física em contexto de confinamento social, a par das restantes ações previstas. Nas próximas secções será feita uma descrição das principais atividades desenvolvidas.

#### 3.1. Avaliação da Campanha de *Mass Media* “Siga o Assobio – A Atividade Física Chama por Si”

A campanha nacional de *mass media* “Siga o assobio – A atividade física chama por si”, concebida em 2017-2018 e implementada em 2019 (Figura 3), seguiu as mais recentes e sólidas recomendações internacionais para a promoção da atividade física das populações, sendo esta estratégia considerada uma das mais custo-efetivas neste âmbito (1, 26).

Esta campanha – a maior e mais abrangente campanha pública de promoção da atividade física implementada em Portugal – teve como objetivo central a melhoria das atitudes e o aumento da prontidão dos portugueses para a prática de atividade física integrada no estilo de vida, tendo como grupo-alvo principal a população residente em Portugal, com idades entre os 35 e os 65 anos.

A conceção desta campanha teve por base princípios motivacionais e comportamentais validados cientificamente e seguiu os princípios do marketing social em Saúde Pública. O vídeo principal da campanha pode ser visualizado em: <https://www.youtube.com/watch?v=qXBjEmoCqhs>.

Seguindo as melhores práticas a este nível, entre 2019 e 2020, foi aplicado um rigoroso protocolo de avaliação de processo e impacto desta campanha (através de questionário online, aplicado a duas amostras independentes pré e pós implementação da campanha), com o objetivo de contribuir para a formulação de políticas de saúde nesta área, sustentadas em evidência. Os resultados preliminares foram apresentados publicamente em setembro de 2019 e, em 2020, um artigo científico com os resultados integrais de avaliação de impacto e de implementação da campanha foi publicado em revista internacional indexada (27) (Figura 4).

A campanha teve um alcance nacional bastante alargado e de acordo com o plano de meios previsto, e os resultados principais de impacto revelaram melhorias significativas favoráveis em indicadores de competência percebida para a prática de atividade física, identificação de oportunidades diárias para a integração de atividade física no dia-a-dia e motivação, bem como nos níveis de prática de atividade física, após exposição à campanha. A avaliação desta campanha teve como consultor internacional o Professor Doutor Adrian Bauman, especialista mundial em avaliação de campanhas de promoção da saúde.

Figura 3. **Calendarização da implementação da campanha de mass media “Siga o Assobio”.**

Media	Junho 2019														Julho 2019													
	Semana 1							Semana 2							Semana 3							Semana 4						
	17 Seg	18 Ter	19 Qua	20 Qui	21 Sex	22 Sab	23 Dom	24 Seg	25 Ter	26 Qua	27 Qui	28 Sex	29 Sab	30 Dom	1 Seg	2 Ter	3 Qua	4 Qui	5 Sex	6 Sab	7 Dom	8 Seg	9 Ter	10 Qua	11 Qui	12 Sex	13 Sab	14 Dom
TV Nacional	T	T																										
Rádio Nacional	T	T																										
Rádio Regional	T	T																										
Imprensa Regional																												
Imprensa Regional Online																												
Facebook & Youtube																												
Transportes Públicos																												
Outdoor Mupis																												
Cinemas																												

Legenda:

T	Teaser spot
	Media pagos
	Media não pagos (via protocolo)

Figura 4. **Artigo de avaliação de resultados da campanha “Siga o Assobio”, publicado no International Journal of Environmental Research and Public Health.**



### Avaliação de Processo

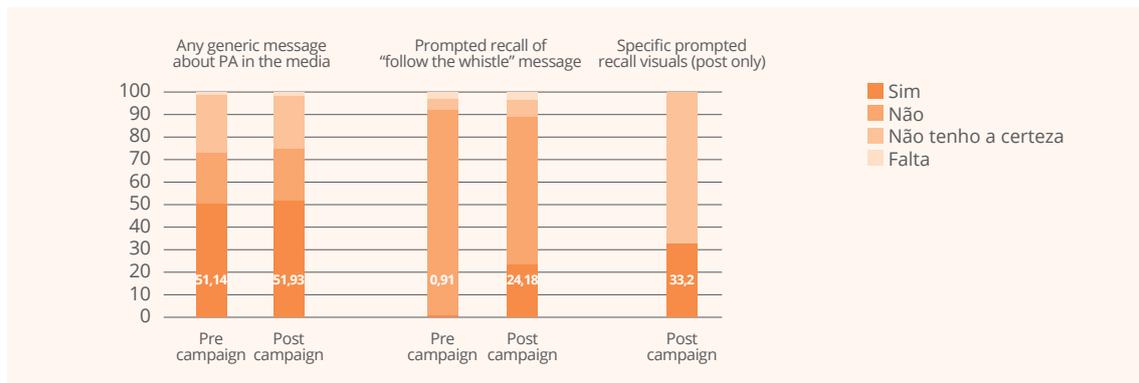
A avaliação de processo desta campanha permitiu avaliar, de forma abrangente e rigorosa, a fidelidade de implementação da campanha face ao plano de meios previsto, o seu alcance nacional, a exposição à campanha por parte da população-alvo, bem como a sua aceitação, e a cobertura por parte dos meios de comunicação. As métricas de avaliação de processo (Tabela 5 e o Gráfico 8) mostram o investimento substancial feito nesta campanha, com elevado alcance nos meios de comunicação social convencionais e envolvimento razoavelmente alto nas redes sociais. A retenção da campanha por parte da população foi de 24,2% para o nome/slogan “Siga o Assobio” e de 33,2% para as imagens do vídeo principal, valores muito em linha com os habitualmente encontrados noutras campanhas de dimensão nacional e desta tipologia.

Tabela 5. **Dimensões e resultados da avaliação de processo.**

Dimensões da Avaliação de Processo (Implementação)	Indicadores	Resultados	
<b>Fidelidade da Implementação</b> (Grau de implementação da campanha conforme planeado)	Calendarização prevista da campanha	A campanha iniciou na data prevista e permaneceu mais tempo do que o planeado no canal de TV por cabo da Federação Portuguesa de Futebol (FPF).	
	Envolvimento dos Stakeholders	Parceiros	O nível de envolvimento dos parceiros foi suficiente para a boa execução da campanha. A campanha teve 3 tipos de parceiros: 1) Parceiros da campanha: Instituto Português do Desporto e da Juventude (IPDJ) e FPF; 2) Parceiros de disseminação: Transportes públicos, cinemas e canais de TV; 3) Parceiros de processo: Associação Mutualista Montepio e Câmara Municipal de Lisboa.
		Presença em evento	Todos os stakeholders alvo da campanha (dos setores da saúde, educação, transportes, desporto e municípios) estiveram presentes.
	Cobertura dos media	Lançamento da campanha	20 notícias
		Evento público da campanha	5 notícias
	Storyline da campanha conforme planeado		A campanha decorreu como planeado
	Website da campanha		Tráfico: 2326 visitas
<b>Alcance e exposição à campanha pela população-alvo</b>	TV	Número de spots: 212; GRP: 998; Alcance da população-alvo: 88% (33 553 960); OTS: 12,5	
	Rádio	Nacional	Número de estações: 2; Número de spots: 316
		Regional	Número de estações: 20; Número de spots: 5880
	Internet	Facebook	Número de cliques: 11 645; Número de impressões: 172 953; CTR: 6,7; Interações: 8138 - reações: 1685   Partilhas: 544   Comentários: 18
		Youtube	Número de visualizações: 130 940; Impressões: 346 204; VTR:37,8
	Media Regionais Online	Número de meios: 19; Visualizações: 650; Cliques: 600	
	Outdoor		500 mupis
Imprensa Regional em Papel		Número de meios: 19; Número de impressões em papel: 38	

Fonte: Silva et al., 2020.

Gráfico 8. **Retenção da campanha (%) (genérico, solicitação com texto e solicitação visual).**



Fonte: Silva et al., 2020.

### Avaliação de Impacto

O desenvolvimento da campanha “Siga o Assobio” assentou na teoria da mudança do comportamento, visando a modificação/melhoria na população-alvo dos três determinantes comportamentais definidos pelo modelo COM-B (28), designadamente:

- **C**apacidade para a prática de atividade física (perceção de competência para a prática, mesmo quando se possa “ter pouco tempo”; “não estar na melhor forma física” ou “não ter equipamento específico”);
- **O**portunidade para a prática de atividade física (por exemplo, perceção de oportunidades para “integração de atividade física no dia a dia” e perceção de “oportunidades para se ser ativo na zona de residência”);
- **M**otivação para a prática de atividade física (por exemplo, gosto pela prática de atividade física, bem como de considerar que fazer atividade física é agradável e interessante).

A melhoria ao nível destes determinantes do comportamento aumenta, assim, a probabilidade do comportamento-alvo (*Behaviour*) propriamente dito se concretizar, neste caso, o aumento da prática de atividade física regular.

No contexto da avaliação de impacto da campanha, foram avaliadas, diversas variáveis relacionadas com cada uma destas componentes, antes e após a implementação da campanha. Os resultados mostraram alterações significativas ( $p < 0,05$ ) na população-alvo ao nível de indicadores-chave de cada uma das componentes COM-B, após exposição à campanha “Siga o Assobio” (Tabela 6), nomeadamente autoeficácia para a atividade física (capacidade percebida), oportunidade percebida para ser mais ativo e motivação intrínseca para a prática de atividade física. Ao nível do comportamento em si (Tabela 7), verificou-se um aumento significativo ( $p < 0,01$ ) dos níveis de atividade física reportada de intensidade vigorosa, embora sem alterações ao nível da atividade física incidental reportada.

A avaliação da campanha “Siga o Assobio” mostrou, assim, resultados bastante positivos ao nível de indicadores proximais e intermédios. Tal reforça a necessidade de esforços repetidos e sustentados ao longo do tempo, no âmbito da sua reativação futura, e articulação com ou disponibilização de recursos e programas comunitários, no sentido de potenciar os seus resultados ao nível dos comportamentos de atividade física.

Tabela 6. **Indicadores proximais COM-B ajustados para todos os participantes pré-campanha e pós-campanha (scores crescentes indicam maior concordância).**

	Pré-Campanha M (SE)	Pós-Campanha M (SE)	Dimensão do efeito (d de Cohen)	p
<b>COMPETÊNCIA PERCEBIDA</b>				
<b>Conhecimento</b>				
Subir escadas ou caminhar não são atividade física	2.35 (0.07)	2.17 (0.06)	-0.09	0.05
Apenas a atividade física de grande intensidade tem efeitos benéficos	1.61 (0.04)	1.57 (0.04)	-0.03	0.44
<b>Auto-eficácia</b>				
Estou confiante de que consigo manter-me fisicamente ativo/a de forma regular, mesmo que...				
...tenha pouco tempo	4.24 (0.06)	4.65 (0.05)	0.25	<0.001
...não esteja na melhor forma física	4.49 (0.06)	4.88 (0.05)	0.24	<0.001
...não tenha equipamento específico	4.75 (0.07)	5.07 (0.06)	0.17	<0.001
...não tenha muito dinheiro para gastar	4.92 (0.07)	5.07 (0.06)	0.08	0.09
Consigo integrar a prática de atividade física no meu dia-a-dia	4.83 (0.06)	5.45 (0.05)	0.38	<0.001
Atualmente, é relativamente fácil e seguro deslocar-me a pé ou de bicicleta, pelo menos, uma parte dos meus percursos diários	4.06 (0.08)	4.33 (0.06)	0.13	<0.01
<b>OPORTUNIDADE PERCEBIDA</b>				
<b>Ambiente físico e social</b>				
Há muitas oportunidades para ser fisicamente ativo/a na zona onde moro	5.20 (0.06)	5.39 (0.05)	0.12	<0.01
Mesmo para quem queira, não existem muitas opções gratuitas para a prática de atividade física	3.54 (0.08)	3.36 (0.06)	-0.09	0.07
No meu dia-a-dia, existem espaços, situações ou pessoas que me incitam a mexer-me mais	4.16 (0.07)	4.26 (0.06)	0.05	0.25
<b>Normas sociais</b>				
Na zona onde moro e/ou trabalho, vejo frequentemente outras pessoas a andar pé ou a fazer outras atividades físicas	5.58 (0.06)	5.57 (0.05)	-0.01	0.94
Muitas pessoas que conheço não fazem atividade física	5.47 (0.06)	5.43 (0.05)	-0.02	0.59
Atualmente, há mais pessoas a utilizar os transportes públicos ou a bicicleta nos seus percursos diários, em substituição do carro	3.97 (0.07)	4.06 (0.05)	0.05	0.30
Há cada vez mais pessoas a fazer atividade física	5.75 (0.04)	5.70 (0.04)	-0.04	0.36
<b>MOTIVAÇÃO</b>				
<b>Expectativas de resultado</b>				
Praticar atividade física regularmente melhora a minha qualidade de vida	6.81 (0.03)	6.88 (0.03)	0.08	0.12
<b>Interesse</b>				
Para mim, fazer atividade física é tão importante como outras coisas que valorizo na minha vida	5.17 (0.06)	5.46 (0.05)	0.18	<0.001
<b>Prazer</b>				
Gosto de fazer atividade física	5.29 (0.06)	5.48 (0.05)	0.12	0.02
<b>Locus de causalidade</b>				
Faço atividade física porque quero, não porque sinto que tenho de o fazer	4.60 (0.07)	4.84 (0.06)	0.12	<0.01
<b>Intenção</b>				
Tenho a intenção de fazer mais atividade física num futuro próximo	5.37 (0.06)	5.31 (0.05)	-0.04	0.46

Nota: Análises ajustadas para a idade, sexo, habilitação académica e patologia(s) diagnosticada(s). A escala de resposta variou de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

Fonte: Silva et al., 2020.

Tabela 7. **Níveis de atividade física ajustados para todos os participantes pré e pós-campanha.**

	Pré-Campanha	Pós-Campanha	Dimensão do efeito (d de Cohen)	p
<b>MET-minutos semanais</b>				
<b>Média (SE)</b>				
Vigorosa	1497 (75)	1769 (61)	0.13	<0.01
Moderada	1164 (48)	1171 (39)	0.01	0.92
Caminhada	1062 (43)	1102 (35)	0.03	0.47
Atividade física total	3613 (119)	3921 (98)	0.10	0.05
Sentado	2268 (40)	2222 (32)	-0.04	0.37

Nota: Análises ajustadas para a idade, sexo, habilitação académica e patologia(s) diagnosticada(s). MET-minutos correspondem ao tempo semanal x valor de dispêndio energético (METs) definido para cada atividade física.

Fonte: Silva et al., 2020

### Próximos passos

- Reativação da campanha “Siga o Assobio”, logo que a evolução epidemiológica da infeção por COVID-19 proporcione um bom contexto nesse âmbito, no sentido de potenciar os efeitos positivos da campanha nos comportamentos de atividade física dos adultos portugueses.

## 3.2. Projeto-piloto de promoção da atividade física no Serviço Nacional de Saúde

### Breve caracterização das intervenções ao abrigo do projeto-piloto

O Despacho nº 8932/2017, de 10 de outubro, determinou a implementação de um projeto-piloto de promoção da atividade física no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este projeto, cuja implementação se iniciou, progressivamente, em diferentes unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) a partir de abril de 2019, baseia-se em duas intervenções distintas: 1) o aconselhamento breve para a atividade física – dirigido a todos os utentes em contexto de cuidados de saúde de rotina; e 2) a consulta de atividade física – dirigida a utentes prioritários, com doença crónica não transmissível. Visa-se, através do projeto-piloto sob implementação, a avaliação de efetividade e custo-efetividade deste modelo de promoção da atividade física no SNS.

#### 1) Aconselhamento breve para a atividade física:

- Entende-se por aconselhamento breve para a atividade física “uma interação contendo encorajamento verbal e/ou uma indicação ou recomendação verbal ou escrita para a prática de atividade física realizada por um profissional, que deve também envolver uma abordagem às motivações, barreiras, preferências, estado de prontidão e de saúde do utente, e às oportunidades para realizar atividade física, bem como os riscos da atividade física” (Despacho nº 8932/2017, de 10 de outubro).
- Utesentes-alvo: todos os utentes sem contra-indicações para a prática de atividade física não supervisionada.
- Realizado pelo profissional de saúde em contexto de consulta de rotina não urgente com os seus utentes (o estudo de efetividade desta intervenção estava a ser realizado, no terreno, por médicos de Medicina Geral e Familiar).
- Desde 2017, estão disponíveis a nível nacional ferramentas digitais de apoio a esta intervenção, que possibilitam maximizar a sua eficácia, poupando tempo de consulta. São elas: a) ferramenta de avaliação breve e registo dos níveis de atividade física e comportamento sedentário (disponível no SClínico CSP e SClínico Hospitalar); e b) ferramenta de emissão de guia(s) de aconselhamento breve para a prática de atividade física (disponíveis na Prescrição Eletrónica Médica (PEM)).

## 2) Consulta de atividade física:

- Esta intervenção contempla a prescrição de exercício físico, definida como “um processo contendo uma avaliação inicial da aptidão física e funcional e composição corporal, se relevante, do utente, uma seleção e explicação pormenorizada dos exercícios a realizar em função da aptidão física, situação clínica, limitações, objetivos e motivação do utente, e a aplicação sistemática de mecanismos de acompanhamento e avaliação dos efeitos dos exercícios, da sessão e/ou do programa, devendo também ser abordados os riscos da atividade física” (Despacho nº 8932/2017, de 10 de outubro).
- Utentes-alvo: utentes com patologias que beneficiem diretamente da prática de atividade física regular (no âmbito do projeto-piloto, e apenas para efeitos de avaliação de impacto, foi necessário limitar a heterogeneidade da amostra, estando a ser referenciados para esta consulta utentes com depressão e diabetes tipo 2).
- Trata-se de uma consulta multidisciplinar, implementada por um médico com formação pós-graduada em Medicina Desportiva e um profissional do exercício físico (licenciatura e, preferencialmente, mestrado na área do Exercício e Saúde – no âmbito do projeto-piloto, a colaboração destes profissionais é feita mediante estabelecimento de parcerias entre os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) / unidades de saúde piloto e entidades do Ensino Superior ou Câmaras Municipais). A consulta acontece nas unidades de saúde piloto e, em cada consulta, o utente é acompanhado pelos dois profissionais (1ª parte da consulta com o médico; 2ª parte da consulta com o profissional do exercício físico).
- No sistema SClínico CSP, foi disponibilizado um módulo informático de apoio à consulta de atividade física, ativado nas unidades de saúde piloto.

Uma característica importante deste modelo, quer ao nível do aconselhamento breve, quer ao nível da consulta de atividade física, prende-se com a necessidade de interligar uma intervenção que é realizada no SNS com a comunidade e os seus recursos, contexto onde será realizada a atividade física prescrita na vasta maioria dos casos. A este nível, a identificação e caracterização dos recursos de atividade física disponíveis na comunidade envolvente facilitarão o encaminhamento, em segurança, dos utentes para estes recursos. O profissional do exercício físico desempenha uma função primordial neste contexto, além do seu papel preponderante na prescrição de atividade física.

### Unidades de saúde piloto dos CSP

As unidades de saúde implementadoras do projeto-piloto foram selecionadas mediante demonstração de interesse e capacidade instalada para implementar as intervenções e a recolha de dados relativa ao estudo de efetividade. A Tabela 8 apresenta uma lista das unidades que integram este projeto:

Tabela 8. **Unidades de saúde implementadoras do projeto-piloto de promoção da atividade física no SNS.**

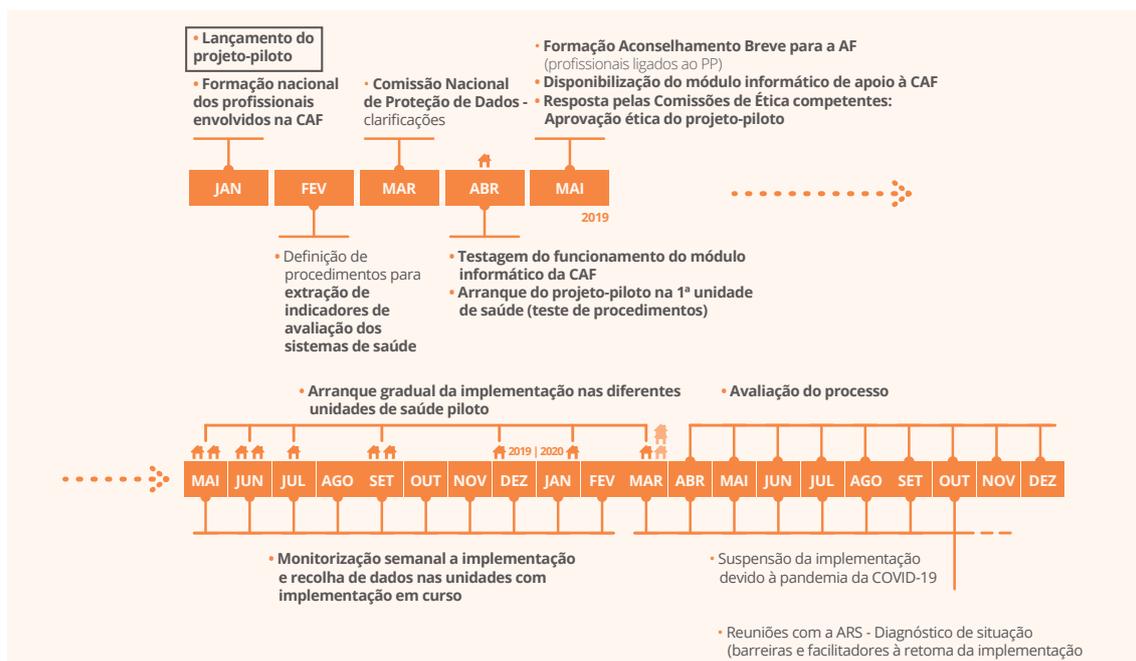
ARS	ACES	Unidade(s)
Norte	Porto Oriental	URAP Porto Oriental
	Maia/Valongo	USF Pedra Rubras USF Bela Saúde
Centro	Pinhal Litoral	USF Santiago de Leiria
	Baixo Mondego	USF Condeixa USF Vita Saurium
Lisboa e Vale do Tejo	Estuário do Tejo	USF Terras de Cira
	Lisboa Central	UCSP Lapa USF Areeiro UCSP Olivais
	Oeste Sul	USF Gama
Alentejo	Alentejo Central	UCSP Redondo
Algarve	Algarve Barlavento	USF Portas do Arade
	Algarve Central	USF Lauroé

Entre abril de 2019 e fevereiro de 2020, decorreu o arranque faseado da implementação do projeto-piloto em 10 unidades dos CSP, havendo 4 unidades adicionais cujo arranque ocorreu/estava previsto para março de 2020 e que, devido à pandemia da COVID-19, não se efetivou ou foi interrompido pouco depois. Segue-se um cronograma integrando as várias etapas de implementação do projeto-piloto (Figura 5).

Desde o início da implementação da consulta de atividade física, até à sua interrupção, foram realizadas cerca de 221 consultas de atividade física (das quais: 116 primeiras consultas, 43 consultas de seguimento a 1 mês, 40 consultas de seguimento a 3 meses e 22 consultas de seguimento a 6 meses). Durante este período, a consulta em estudo envolveu um total de 217 utentes (116 pertencentes ao grupo de intervenção), tendo sido realizados 385 momentos de avaliação aos utentes (com o objetivo de se testar a efetividade da mesma). Estes números totais refletem contextos/realidades de implementação muito heterogéneos entre unidades. Como exemplo, há unidades que durante o primeiro mês de funcionamento da consulta recrutaram e avaliaram 22 utentes, ao passo que outras apenas 2. Estes valores compreendem diferenças de distribuição, que refletem fases e capacidades de implementação distintas, entre as unidades de saúde envolvidas.

Figura 5. **Cronograma de implementação do projeto piloto de promoção da atividade física no SNS: pré requisitos da implementação (entre janeiro e maio de 2019) e implementação faseada do projeto a nível nacional (a partir de abril de 2019).**

CAF: Consulta de Atividade Física; PP: Projeto-Piloto; AF: Atividade Física; ARS: Administrações Regionais de Saúde



### Interrupção do projeto-piloto devido à pandemia da COVID-19

A 13 de março de 2020, devido à evolução epidemiológica da COVID-19 no país e a poucos dias de ser decretado o Estado de Emergência nacional, todas as unidades piloto foram contactadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS)/PNPAF no sentido de serem adiadas todas as consultas de atividade física, avaliações de utentes e restantes atividades ligadas à implementação do projeto. A implementação das intervenções do projeto-piloto no terreno tem estado interrompida desde então.

Durante este período, foi possível, contudo, iniciar a recolha de dados **no âmbito da avaliação de processo de implementação destas intervenções**, através da realização de entrevistas por videoconferência com várias equipas de médicos e profissionais do exercício ligados à implementação da consulta de atividade física piloto. O tratamento destes dados, juntamente com outros dados qualitativos cuja recolha será realizada a breve trecho, permitirão **determinar os facilitadores e as barreiras à implementação da intervenção sob teste**, bem como melhorá-la no sentido de potenciar a sua eficácia e utilização eficiente de recursos, maximizando o seu potencial salutogénico e a possibilidade de posterior alargamento a outras unidades funcionais.

### Reuniões de ponto de situação com ARS, ACES e unidades de saúde piloto

Com o objetivo de avaliar a capacidade instalada para a retoma da implementação do projeto-piloto nas unidades piloto, bem como propor e discutir as alterações à implementação descritas no ponto anterior e proceder ao planeamento da retoma, foram realizadas reuniões de ponto de situação com as cinco regiões e equipas dos respetivos ACES e unidades de saúde piloto. Nestas reuniões, cuja calendarização se apresenta na Tabela 9, estiveram presentes os pontos focais para este projeto de cada uma das ARS, diretores executivos dos ACES, coordenadores das unidades piloto e as equipas implementadoras do projeto de cada unidade. Da parte da DGS, as reuniões foram acompanhadas pela Dr.<sup>a</sup> Vanessa Gouveia e dirigidas por elementos da equipa do PNPAF.

Tabela 9. **Calendarização das reuniões regionais realizadas e participantes a nível regional/local.**

ARS	Data da reunião (videoconferência)	Participantes a nível regional/local
Norte	12 outubro 2020	Ponto focal da ARS Norte para este projeto; Direções executivas dos ACES Porto Oriental e Maia/Valongo; Equipas de médicos e profissionais do exercício físico implementadoras da consulta de atividade física nas unidades piloto respetivas.
Centro	15 outubro 2020	Direções executivas e equipas de coordenação dos ACES Pinhal Litoral e Baixo Mondego e das unidades de saúde piloto desta ARS; Equipas de médicos e profissionais do exercício físico implementadoras da consulta de atividade física nas unidades piloto respetivas.
Alentejo	16 outubro 2020	Direção executiva e equipa de coordenação do ACES Alentejo Central; equipa implementadora (médico e profissionais do exercício físico) da unidade de saúde piloto desta ARS.
Lisboa e Vale do Tejo	21 outubro 2020	Ponto focal da ARS Lisboa e Vale do Tejo para este projeto; Direções executivas de ACES envolvidos; Equipas de médicos e profissionais do exercício físico implementadoras da consulta de atividade física nas unidades piloto respetivas.
Algarve	26 outubro 2020	Ponto focal da ARS Algarve para este projeto; Equipas de médicos e profissionais do exercício físico implementadoras da consulta de atividade física nas unidades piloto respetivas.

A agenda destas reuniões abrangeu os seguintes pontos:

- Breve contextualização passada e atual da implementação do projeto-piloto
- Planeamento da retoma do projeto-piloto:
- Alterações ao estudo de efetividade do Aconselhamento Breve
- Alterações ao estudo de efetividade da Consulta de Atividade Física
- Particularidades para a retoma da implementação e averiguação da capacidade instalada
- Discussão e questões

### Balanço sumário das reuniões decorridas: Capacidade instalada no terreno para a retoma da implementação das intervenções do projeto-piloto

Um relatório detalhado relativo aos resultados destas reuniões foi entregue à direção e tutela. Em suma, do ponto de situação realizado, apenas 4 das 14 unidades piloto indicam reunir condições e capacidade para

retomar a implementação do projeto-piloto no primeiro semestre de 2021. Destas 4 unidades, 2 aguardam a resolução de algumas situações identificadas como transitórias (espaço para a realização da consulta/avaliações; recursos humanos). Não obstante a evolução da situação pandémica pode ditar uma alteração desta situação.

Globalmente, e no sentido da contínua promoção dos níveis de atividade física dos utentes, houve também um compromisso de utilização das ferramentas de apoio ao aconselhamento breve, como medida de promoção da saúde, contribuindo para a disseminação do seu uso. A expressão e impacto deste uso serão analisados via extração dos sistemas de informação, a cargo da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

### **Estudo de avaliação do modelo de promoção da atividade física no SNS**

Face aos constrangimentos de retoma anteriormente expostos, a avaliação a efetuar ao modelo de promoção da atividade física no SNS será realizada através de:

- Um estudo exploratório de efetividade utilizando os dados de impacto recolhidos previamente à interrupção do projeto-piloto devido à pandemia;
- Um estudo de implementação, utilizando dados de processo recolhidos, nomeadamente com recurso à condução de entrevistas e grupos focais realizados com profissionais e utentes envolvidos, entre outros, cujas conclusões serão vitais para a futura disseminação nacional deste modelo, já que permitirá a identificação e sistematização dos principais fatores facilitadores e barreiras à sua implementação, permitindo um ajuste no sentido de potenciar os primeiros e atenuar os últimos, maximizando o impacto do mesmo junto dos utentes e respetivos indicadores de saúde.

A pandemia da COVID-19 veio colocar extensos desafios ao SNS; se, por um lado, é indispensável uma concentração dos cuidados ao nível da resposta em saúde no âmbito da pandemia, é fundamental, por outro, continuar a garantir os cuidados de saúde no âmbito da sua promoção e prevenção da doença, designadamente ao nível dos determinantes de saúde. O contexto atual coloca obviamente constrangimentos importantes ao nível da implementação do modelo de promoção da atividade física no SNS, à semelhança de outras intervenções e cuidados de saúde extra-COVID-19. Face a esses constrangimentos, a equipa do PNPAF-DGS apoiará as equipas locais no processo de retoma dessa intervenção (nomeadamente, ao nível da formação de novos profissionais implementadores, na adaptação do modelo de implementação ao contexto pandémico, entre outros que se coloquem), por forma a aumentar a exequibilidade da mesma, garantindo, quer o rigor na sua implementação, quer a segurança na sua condução, atendendo ao atual contexto.

### **3.3. Capacitação de profissionais de saúde para a promoção da atividade física de utentes**

A capacitação contínua dos profissionais de saúde, no âmbito da prestação dos cuidados de saúde segundo as melhores práticas é uma estratégia claramente identificada no Plano Estratégico da DGS 2020-2022, permitindo “tomar decisões mais conscientes e informadas, de acordo com as melhores orientações, bem como exercer a sua prática da melhor forma possível” (29). A evidência científica mais atual na área da promoção da atividade física identifica o aconselhamento breve em contexto de consulta de rotina como uma das intervenções mais custo-efetivas para a promoção da atividade física dos utentes (26). Especificamente, a capacitação dos profissionais de saúde no âmbito do aconselhamento breve para a atividade física nos seus utentes, em contexto de consulta de rotina, é uma necessidade que tem vindo a ser identificada no contexto dos cuidados de saúde e constitui uma recomendação evidente no Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030 da OMS (1), num contexto de reforço da promoção da atividade física como parte dos cuidados de saúde universais.

No âmbito do plano de capacitação dos profissionais de saúde em aconselhamento breve para a atividade física dos utentes, decorreram, em 2019-2020, desenvolvimentos importantes, descritos seguidamente: a) o desenvolvimento e implementação do curso de e-learning de “Promoção do Aconselhamento Breve para a Atividade Física no Serviço Nacional de Saúde”, b) a prossecução da implementação do projeto europeu EUPAP – *An European Physical Activity on Prescription model*, do qual a DGS é parceiro implementador, através do PNPAF, coordenando o *Work Package (WP) 7 – Local Implementation and Monitoring*, bem como c) através de colaborações com as ARS em cursos de formação a profissionais de saúde no âmbito da promoção da atividade física.

### **Curso e-learning “Promoção do Aconselhamento Breve para a Atividade Física no Serviço Nacional de Saúde”**

A aposta num formato e-learning possibilita formar mais profissionais de saúde, nas diferentes regiões do país, num menor período de tempo. Desenvolvido em colaboração com a Ordem dos Psicólogos Portugueses, o curso e-learning “Promoção do Aconselhamento Breve para a Atividade Física no Serviço Nacional de Saúde”, baseia-se num modelo de formação de formadores, que visa primariamente capacitar os psicólogos com atuação direta nos CSP do SNS para intervir formativamente junto de outros profissionais de saúde nos princípios comunicacionais facilitadores da mudança comportamental, no sentido de potenciar o aconselhamento breve para a atividade física e a boa utilização da ferramentas digitais de aconselhamento breve atualmente disponíveis nos softwares de saúde do SNS, a utilizar pelos profissionais de saúde com os seus utentes.

Um vídeo explicativo do curso pode ser visualizado em: [https://www.youtube.com/watch?v=bkyk4s-9A\\_0](https://www.youtube.com/watch?v=bkyk4s-9A_0).

O curso foi lançado em outubro de 2020 e tem sido recebido com bastante interesse, estando atualmente na sua terceira edição (2ª edição em novembro 2020 e 3ª edição em dezembro 2020), prevendo-se que possam ter lugar mais edições a partir do próximo ano. Estas três primeiras edições receberam inscrições por parte de 76% do público-alvo (psicólogos com atuação direta no SNS), revelando uma necessidade no terreno e valorização visíveis atribuídas a este tipo de formação.

Para implementação futura, estão atualmente a ser estudadas parcerias com outras Ordens profissionais, para alargar a oferta formativa e-learning em aconselhamento breve para a atividade física junto de outras profissões da saúde.

### **Projeto europeu EUPAP – *An European Physical Activity on Prescription model***

O projeto EUPAP é financiado pela Comissão Europeia através do 3rd Health Programme 2014-2020. O EUPAP integra parceiros de 10 países com o objetivo de transferir e adaptar a boa prática sueca de promoção da atividade física nos CSP sob a coordenação da Agência Sueca de Saúde Pública.

Ao longo de 2020, e considerando os diferentes pacotes de trabalho como referenciais das atividades desenvolvidas salientam-se as seguintes atividades:

**WP1. Project coordination.** Gestão do projeto em proximidade com a coordenação sueca. Participação na 2ª reunião (18-19 de novembro de 2019, em Treviso, Itália) e 3ª reunião (online, 16-17 de junho de 2020, online) do steering committee e em 4 outras reuniões (1 relacionada com o encerramento do WP4 a 19 de maio, 1 relacionada com o estabelecimento de ponte entre o WP4 e o WP7 a 20 de maio e 1 relacionada com a preparação do processo de implementação a 1 de agosto. Foi também realizado o Relatório intermédio relativo aos primeiros 18 meses do projeto (entregue no final de outubro). No dia 18 de dezembro de 2020 foi também levada a cabo uma reunião extraordinária do steering committee relativa à previsão das atividades a levar a cabo em 2021, considerando o atual cenário pandémico.

**WP2. Dissemination.** A disseminação do EUPAP foi feita a 2 níveis: (1) o envio de informação para o líder este WP relativa a atividade desenvolvida em Portugal, não apenas no que ao desenvolvimento do EUPAP diz respeito (através do flyer e das notícias publicadas a respeito), mas também outras atividades análogas, onde a DGS está envolvida e que se relacionam intrinsecamente como é o caso do projeto-piloto previsto no Despacho n.º 8932/2017, de 17 de outubro, e (2) promoção junto do EUPAP de atividades levadas a cabo, como é disso exemplo a participação no webinar subordinado à “Promoção da Atividade Física nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal” organizado pela Sociedade Portuguesa de Medicina Desportiva no dia 16 de novembro de 2020. São canais de disseminação do EUPAP, os seguintes:

- » Website: <https://eupap.org/>.
- » Facebook: <https://www.facebook.com/activityonprescription>
- » Envio de newsletter mensal a todos os *stakeholders* nacionais e internacionais.

Está em discussão a criação de um perfil no *linkedin* e da criação do projeto “EUPAP” no *Researchgate*.

**WP3. Evaluation.** Em Agosto de 2020 foi entregue a autoavaliação intermédia relativa à execução do projeto para efeitos de avaliação independente do desenvolvimento do mesmo.

**WP4. Feasibility study.** O *feasibility study* teve por objetivo (1) identificar as principais políticas e recursos para a promoção da atividade física para a saúde dos 10 países participantes no projeto, e (2) identificar as condições para a implementação do modelo sueco de promoção de atividade física nos CSP. Como resultado do *feasibility study*, concluído em abril de 2020, resultaram as seguintes duas publicações:

- » Mas-Alòs, S., Aleknavičius, K., Avelar-Rosa, B., Banzer, W., Borg-Buontempo, M., Carraro, N., Clausen, M., Demeyer, D., Domnariu, C., Fariás-Torbioni, E., Füzeki, E., Godinho, C., Hansson L., Harvey-Engelbrecht, N., Lindeskoa, P., Lipkens, L., Matas-García, S., Merlo, L., Planas-Anzano, A., Santos-Silva, C., Thøgersen, L., Ursu, C., Vestemean, I. Vassallo, P., & Zarb-Adami, R. (2020). EUPAP Feasibility Study. Lleida: INEFC – EUPAP Consortium: ISBN: 978-84-18199-33-2. Disponível [aqui](#).
- » Mas-Aló, S., Burgués-Burgués, E., Fariás-Torbioni, E., Matas-García, S., Planas-Anzano, A., Aleknavičius, K., Alting, J., Avelar-Rosa, B., Carraro, N., Demeyer, D., Füzéki, E., Lindeskog, P., Ursu, C., & Zarg, J. (2019). EUPAP Feasibility Study: A Guide for Data Collection. Lleida: INEFC – EUPAP Consortium: ISBN: 978-84-18199-32-5. Disponível [aqui](#).

**WP5. Implementation tools.** Durante 2020, as ferramentas originais utilizadas no SNS sueco foram traduzidas e adaptadas aos diferentes países e nas diferentes línguas. Neste sentido, foi criada (1) uma ficha para a prescrição de atividade física para utilização por parte dos prescritores durante o processo de implementação, (2) uma versão em inglês do *FYSS-short*, um manual com informação sobre prescrição de atividade física em contexto clínico visando o tratamento de patologias diversas, e (3) uma versão-resumo em cada língua (incluindo português) do *FYSS-short*.

**WP6. Education and training.** Em 2020 decorreu a 3ª fase de formação de formadores, e ainda uma 4ª fase onde puderam participar todos aqueles que não haviam podido concluir o processo de formação nas fases anteriores. O processo de formação foi concluído em dezembro de 2020 (com 6 meses de atraso devido à situação pandémica), tendo sido certificados no âmbito do modelo sueco de promoção da atividade física um total de 11 formadores que, durante o período de implementação, serão pontos focais para a formação local e disseminação dos conhecimentos afetos ao modelo sueco e à prescrição de atividade física em contexto de CSP.

**WP7. Local implementation and monitoring.** Este é o WP liderado pela DGS. Durante 2020 foi identificada a forma como cada país identificar o mapa de recursos locais para onde os pacientes envolvidos no processo terapêutico serão reencaminhados e foram definidos os indicadores de implementação e avaliação a considerar no âmbito do projeto e também por cada país, uma vez que a implementação será customizada às particularidades de cada parceiro no que às suas possibilidades de implementação diz respeito. Estando já identificados os indicadores a utilizar e pré-definidos (por finalizar) os instrumentos para a recolha de dados, sua periodicidade e recurso humano responsável para cada um dos indicadores, será então criado o plano de implementação geral e de cada parceiro nos seus contextos de intervenção. Complementarmente, finda a conclusão do processo de formação de formadores, estes iniciarão um processo de formação nos locais de implementação do modelo, em cruzamento com o processo de prescrição da atividade física.

Dada a situação pandémica vivida ao longo de 2020 e, em particular, no final de dezembro, a qual impossibilita o desenvolvimento da consulta de atividade física nas Unidades de Saúde Familiar, já prevista no âmbito do projeto-piloto da DGS, e como tal a introdução da metodologia sueca nas mesmas, está neste momento em discussão uma interrupção internacional do EUPAP ao longo de todo o ano de 2021, retomando o mesmo, através da execução do processo de implementação, em janeiro de 2022.

### Formação presencial nas ARS

Entre setembro de 2019 e dezembro de 2020, foram também ministrados dois cursos, integrando o tema da promoção da atividade física de utentes no SNS, ambos enquadrados nos planos de formação anual destas ARS:

- “Promoção da atividade física nos Cuidados de Saúde Primários”, a 7 e 8 de novembro de 2019, organizado pela ARS Norte.
- “Promover a atividade física e a alimentação saudável”, a 5 e 19 de novembro de 2019, organizado pela ARS Lisboa e Vale do Tejo.

Estas ações de formação são bem recebidas e o feedback positivo, a título de exemplo anexa-se o relatório de uma destas ações de formação (Anexo 1).

## 3.4. Promoção da atividade física no contexto de pandemia por COVID-19

A pandemia por COVID-19 ditou alterações no contexto da prática de atividade física da população, a níveis muito distintos, desde modificações da oferta e contextos de prática anteriormente existentes a alterações ao nível dos determinantes da prática mais individuais, especialmente nos períodos de confinamento obrigatório.

Deste modo, e antecipando-se um possível aumento do risco de prática insuficiente de atividade física pela população neste novo contexto, o PNPAF desenvolveu um conjunto de iniciativas, visando a promoção da atividade física segura em contexto de pandemia.

### Estudo REACT-COVID 2020: Caracterização dos comportamentos alimentares e de atividade física

A pandemia decorrente da COVID-19 fez emergir alterações profundas, ímpares no século XXI, a nível social, cultural e económico. O contexto de contenção social e, mais especificamente, o confinamento social obrigatório, sendo incontornável ao nível do controlo da infeção por COVID-19, modifica significativamente o modo como a sociedade se organiza, pelas alterações de quotidiano que origina. A este nível, tratando-se de um período único na História, o surgimento de conhecimento científico sobre o próprio fenómeno vai

acompanhando o acontecimento em si. Sendo inegável o impacto social acentuado da pandemia, pouco ou nada se sabia sobre a capacidade da população para minimizar alterações negativas ao nível de determinantes de saúde fundamentais, como é o caso da atividade física e dos hábitos alimentares, e maximizar a adoção de hábitos saudáveis em situação de contenção social. A identificação e quantificação do impacto deste novo contexto nos comportamentos de atividade física e hábitos alimentares da população portuguesa é, contudo, fundamental para planear ações de saúde pública presentes e futuras a este nível, pelo que importa uma monitorização atenta destes comportamentos, a vários níveis, contínua no tempo.

Especificamente no contexto da atividade física, as medidas legislativas excecionais e temporárias aplicadas em Portugal durante os Estados de Emergência identificaram de forma muito clara a prática de atividade física ao ar livre, com respeito pelo distanciamento social, como uma das exceções previstas aos períodos de confinamento social obrigatório da população, reconhecendo o papel incontornavelmente benéfico da manutenção de uma rotina atividade física regular para a saúde mental e física durante um período marcadamente caracterizado por estados de ansiedade, medo e depressão.

Visando a caracterização da atividade física, comportamento sedentário, hábitos alimentares e literacia a este nível, da população adulta portuguesa durante o Estado de Emergência decretado em Março de 2020 (primeira vaga da pandemia por COVID-19), que ditou o confinamento social obrigatório excecional e temporário, o PNPAF e o Programa Nacional para a Alimentação Saudável reuniram esforços para a implementação de um inquérito nacional a uma amostra representativa da população adulta Portuguesa. O estudo, coordenado pela DGS, através dos dois Programas Prioritários, foi conduzido em parceria com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Este estudo foi alvo da publicação de um relatório preliminar de resultados, divulgado em Maio de 2020<sup>2</sup>, e será brevemente alvo de publicação científica. Abaixo, apresenta-se um resumo metodológico do mesmo e os resultados principais relativos à atividade física e comportamento sedentário.

### Metodologia

Este estudo nacional seguiu um desenho observacional transversal, com uma amostra não probabilística de base nacional de indivíduos com 16 ou mais anos em situação de contenção social no domicílio devido à pandemia por COVID-19 (n = 5874). A recolha de dados foi realizada durante o período de confinamento social, aquando da primeira vaga da pandemia por COVID-19, entre 9 de Abril e 4 de maio de 2020, através de um questionário online de auto-preenchimento, complementado por inquérito telefónico assistido por computador (sistema CATI) através da geração de números de telemóvel ou telefone fixo gerados de forma aleatória e proporcional à prevalência de números nacionais das redes fixa e móveis. Os dados recolhidos foram ponderados para a distribuição da população portuguesa de acordo com informação dos Censos 2011 após estratificação por sexo, grupos etários, nível educacional e NUTS II. Após ponderação, a distribuição da amostra é semelhante à da população residente em Portugal no que se refere a estas variáveis sociodemográficas. Os níveis de atividade física e comportamento sedentário reportados foram avaliados através do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (30, 31), possibilitando a comparação com estudos anteriores e/ou outros estudos realizados durante o mesmo período, ao tratar-se de uma ferramenta largamente utilizada neste âmbito.

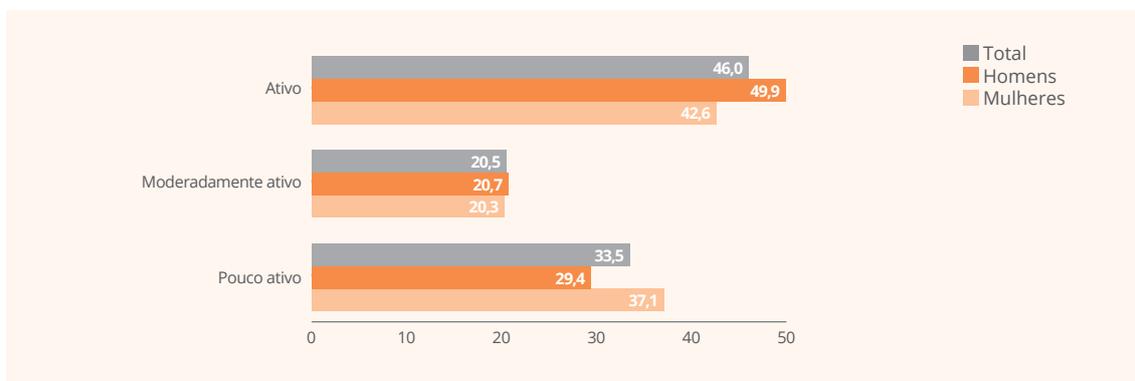
### Resultados

Caracterização da atividade física e comportamento sedentário durante o período de confinamento social

Os Gráficos 9 e 10 apresentam a prevalência de atividade física e comportamento sedentário auto-reportados, para a amostra total e por género.

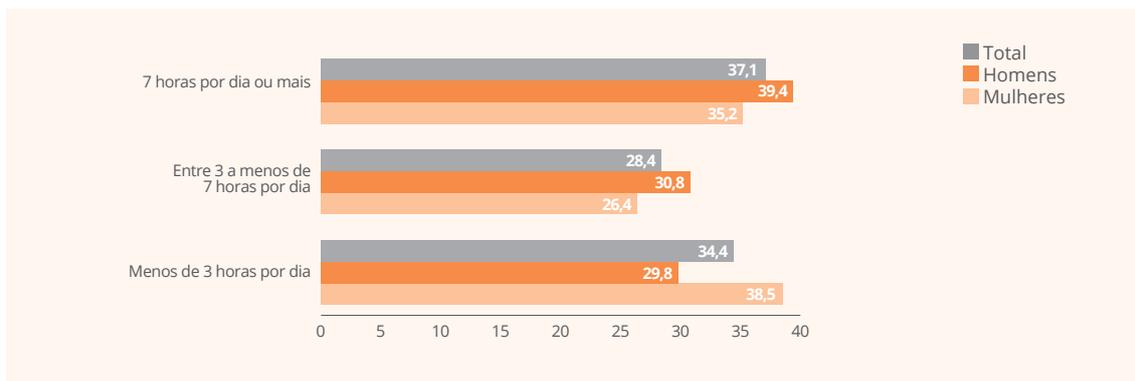
<sup>2</sup> Foi publicada uma versão retificada deste relatório preliminar de resultados em resultado de validações adicionais à metodologia.

Gráfico 9. **Nível de atividade física semanal reportado: Proporção (%) nas categorias “Ativo”, “Moderadamente ativo” e “Pouco ativo” (percentagem, para a amostra total e por sexo).\***



\*Valores retificados, em resultado de validações adicionais à metodologia.

Gráfico 10. **Nível de comportamento sedentário diário reportado [proporção (%), amostra total e por sexo].**



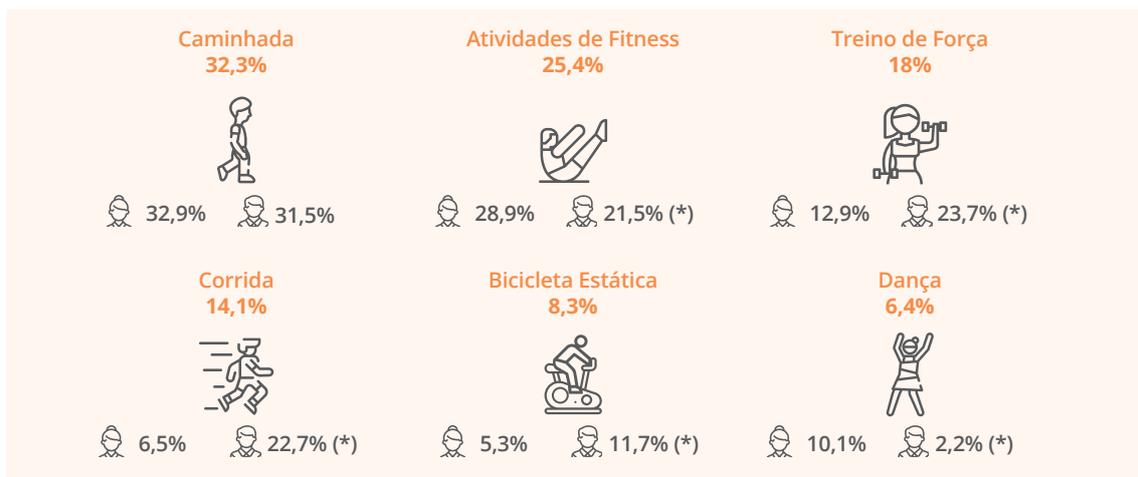
Durante o confinamento social decorrente da primeira vaga da pandemia por COVID-19, 46,0% dos inquiridos foram classificados no nível “ativo”, compatível com a observância das recomendações de atividade física para a saúde. Esta prevalência é superior nos homens (49,9%) comparativamente às mulheres (42,6%). De entre os inquiridos, 33,5% foi classificado no nível “pouco ativo” durante este período, sendo a prevalência superior nas mulheres (37,1% vs. 29,4% nos homens). O nível de atividade física foi menor quanto maior a faixa etária.

Estes resultados são compatíveis com um aumento acentuado da prevalência de portugueses adultos classificados como “ativos”, isto é, que atingem as recomendações de atividade física para a saúde (com consequente redução da prevalência de “pouco ativos”), quando comparamos este estudo em período de confinamento com estudos anteriores que utilizaram a mesma metodologia de estimação do nível de atividade física na população portuguesa (32). Contudo, é interessante salientar que mais de metade dos inquiridos (53,6%), ainda assim, percecionava que o seu volume de atividade física era inferior no período de confinamento, comparativamente ao período pré-contenção social, com apenas 18,5% dos inquiridos que consideravam que esse volume era superior.

Quando analisada a tendência do nível de comportamento sedentário relativamente ao tempo de confinamento (três vs. quatro vs. cinco semanas) parece existir uma relação entre o maior número de semanas em confinamento e o aumento do volume de tempo sentado diário, especialmente a partir da terceira semana de confinamento.

As três atividades físicas organizadas/estruturadas reportadas como mais praticadas durante o confinamento foram (Figura 6): caminhadas, para 32,3% da amostra (32,9% das mulheres vs. 31,5% dos homens), atividades de fitness para 25,4% (28,9% das mulheres vs. 21,5% dos homens) e treino de força para 18% da amostra (12,9% das mulheres vs. 23,7% dos homens). A este nível, apenas 14,1% da amostra total reportou fazer corrida (6,5% das mulheres vs. 22,7% dos homens), 8,3% bicicleta estática (5,3% das mulheres vs. 11,7% dos homens) e 6,4% dança (10,1% das mulheres vs. 2,2% dos homens).

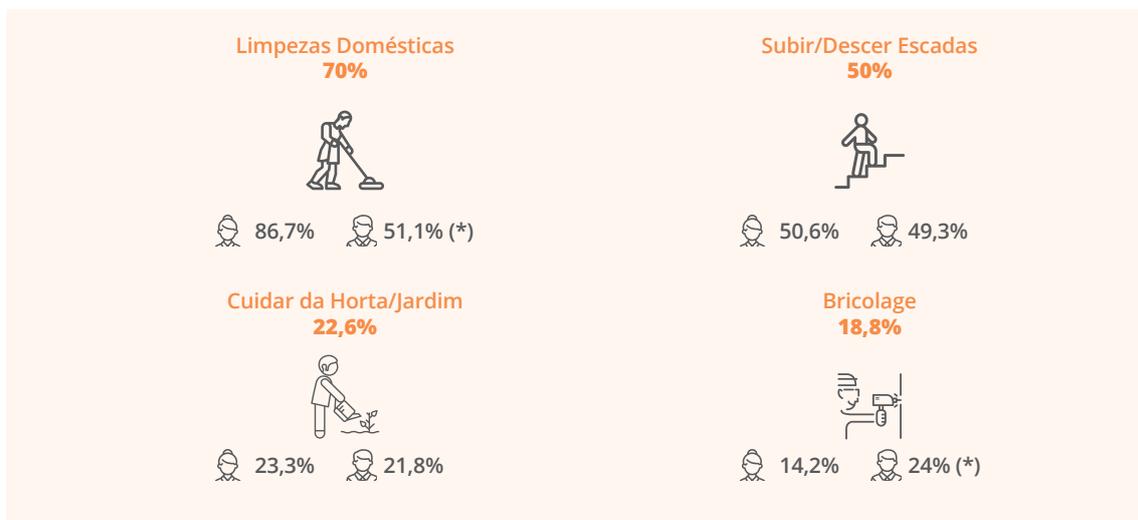
Figura 6. **Prevalência de prática de atividades físicas organizadas/estruturadas durante o confinamento de março de 2020.**



\*Diferenças estatisticamente significativas (p<0,001) verificadas entre homens e mulheres.

As três atividades físicas integradas nas tarefas diárias reportadas como mais praticadas neste período foram (Figura 7): tarefas domésticas, para 70% dos inquiridos (86,7% das mulheres vs. 51,1% dos homens), subir/descer escadas para 50% dos inquiridos (50,6% das mulheres vs. 49,3% dos homens) e cuidar da horta/jardim, para 22,6% (23,3% das mulheres vs. 21,8% dos homens). Apenas 18,8% da amostra referiu fazer atividades de bricolage (14,2% das mulheres vs. 24,0% dos homens).

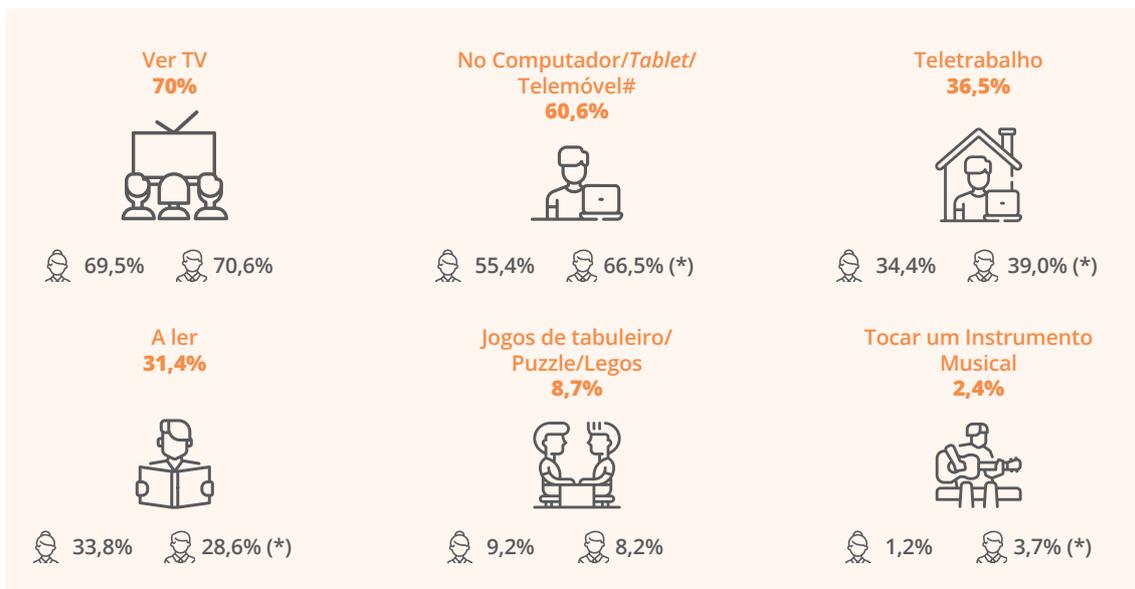
Figura 7. **Prevalência de prática de atividades físicas integradas nas tarefas diárias durante o confinamento de março de 2020.**



\*Diferenças estatisticamente significativas (p<0,001) verificadas entre homens e mulheres.

Já no que respeita aos três comportamentos sedentários mais prevalentes, ver televisão é o mais referido, por 70% dos inquiridos (69,5% das mulheres vs. 70,6% dos homens), seguido de 60,6% que reporta a utilização de computador/*tablet*/telemóvel (55,4% das mulheres vs. 66,5% dos homens) e 36,5% que refere o teletrabalho (34,4% das mulheres vs. 39,0% dos homens).

Figura 8. **Prevalência de comportamentos sedentários durante o confinamento de março de 2020.**

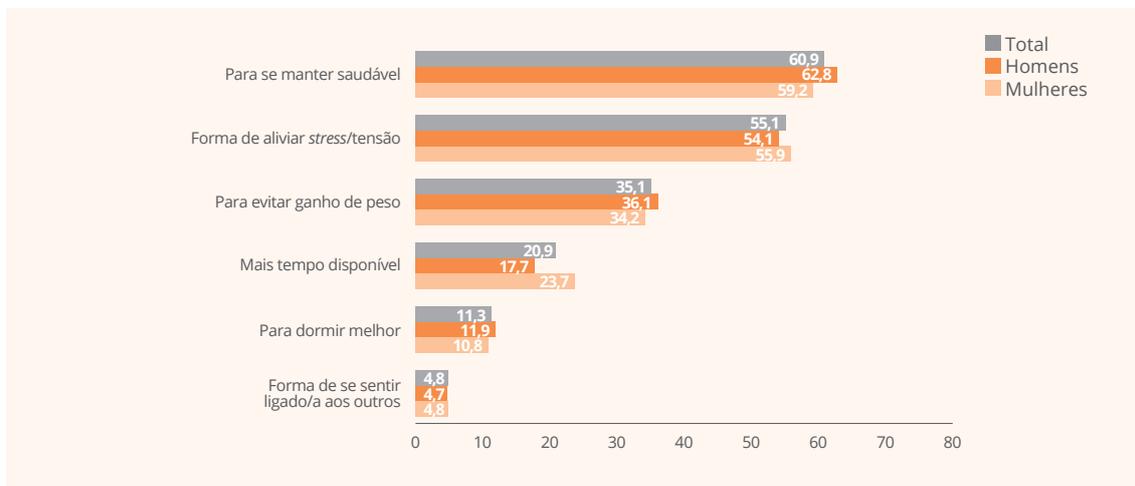


\*Diferenças estatisticamente significativas (p<0,001) verificadas entre homens e mulheres.

Das atividades mencionadas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas (p<0,001) entre mulheres e homens para a prevalência de prática de atividades de fitness, treino de força, corrida, bicicleta estática, dança, limpezas domésticas, bricolage, utilização de computador/*tablet*/telemóvel e teletrabalho.

Quanto às razões que levaram os inquiridos a praticar atividade física durante o confinamento (Gráfico 11), os dois motivos mais apontados foram “Para se manter saudável” (60,9%) e “Forma de aliviar stress/tensão” (55,1%). Estes eram, aliás, os dois motivos mais prevalentes apontados no último Eurobarómetro (11), contudo, durante o confinamento, a proporção da população que reporta estes motivos é consideravelmente superior à de 2017 (51% e 38%, respetivamente), denotando maior preocupação ao nível da manutenção da saúde física e mental durante o período de confinamento. Curiosamente, o terceiro motivo mais apontado para a prática de atividade física durante o confinamento prendeu-se com “evitar ganho de peso”, indicado por 35,1% dos inquiridos. Este valor é, também, bastante superior ao apontado no último Eurobarómetro – em 2017, este motivo foi apontado por apenas 21% dos inquiridos.

Gráfico 11. **Motivos indicados para praticar atividade física durante o confinamento [proporção (%), amostra total e por sexo].**



**Literacia em saúde na área da atividade física no confinamento social: Acesso, compreensão e utilidade**

Este estudo reuniu também informação importante sobre um conjunto de indicadores relacionados com a literacia em saúde durante o período de isolamento ou confinamento no contexto da COVID-19.

No que respeita ao acesso à informação em saúde, 78,8% dos inquiridos reportou procurar informação sobre saúde ou cuidados de saúde durante este período (81,4% das mulheres vs. 75,7% dos homens), sendo que 44,5% indicou ter aumentado essa procura.

No que respeita à procura de informação sobre assuntos de saúde extra COVID-19, 89,9% indicou conseguir aceder a essa informação e 54,9% reportou nunca ter sentido dificuldade em compreender este tipo de informação e apenas 2% e 3,3% referiu sentir “Quase sempre” ou “Muitas vezes” dificuldades a este nível, respetivamente.

Quando questionados especificamente sobre informação na área da atividade física em contexto de contenção social, a maioria (55,2%) referiu ter tido acesso às orientações produzidas pela DGS na área da atividade física (cf. secções anteriores), dos quais 69,3% as considerou “Úteis ou muito úteis”.

**Padrão de risco vs. protetor para a saúde**

A análise simultânea de um conjunto de variáveis relacionadas com as 3 grandes áreas em estudo (atividade física, alimentação e literacia em saúde) permitiu identificar dois grandes aglomerados de indicadores de risco e proteção da saúde:

O primeiro aglomerado é compatível com um padrão de risco (Figura 9) apontando para a coocorrência de níveis de atividade física baixos; aumento do consumo de *snacks* salgados, refeições pré-preparadas, refrigerantes e *take-away* e diminuição do consumo de hortofrutícolas; desconhecimento das recomendações da DGS sobre atividade física e alimentação saudável em contexto de isolamento social; situação financeira percecionada como difícil ou muito difícil; menor nível de escolaridade, bem como mais tempo em situação de confinamento social (5 semanas ou mais).

Figura 9. **Aglomerado de variáveis que caracterizam o padrão de risco para a saúde identificado.**

<p><b>ATIVIDADE FÍSICA</b> Nível de atividade física “pouco ativo”</p>	<p><b>SITUAÇÃO FINANCEIRA E ESCOLARIDADE</b> Situação financeira do agregado familiar percecionada como difícil/muito difícil e até ao 9º ano do Ensino Básico</p>
<p><b>ALIMENTAÇÃO</b> Pioraram hábitos alimentares*</p>	<p><b>IDADE</b> Mais de 55 anos</p>
<p><b>ACESSO ÀS RECOMENDAÇÕES</b> Não tiveram acesso às recomendações DGS de atividade física e alimentação saudável em contexto de confinamento</p>	<p><b>TEMPO DE CONFINAMENTO</b> Em confinamento há 5 semanas ou mais</p>

\*aumentaram o consumo de *snacks* salgados, refeições pré-preparadas, refrigerantes e *take-away* e diminuíram o consumo de fruta e hortícolas

O segundo aglomerado identificado é compatível com um padrão protetor da saúde (Figura 10), em que níveis mais elevados de atividade física tendem a coocorrer com outros elementos de potencial salutogénico, como o não aumento do consumo de *snacks* e refeições pré-preparadas, o acesso às recomendações de atividade física e alimentação saudável em contexto de isolamento social, a perceção de uma boa situação financeira, maior nível de escolaridade (12º ou universitário), ser mais jovem e estar há menos tempo em situação de confinamento social.

Vários estudos epidemiológicos e experimentais anteriores têm enfatizado o papel da prática de atividade física como “agregador” de outros comportamentos de saúde, nomeadamente a alimentação, facto que pode também ter ocorrido, com efeito protetor, em situação de confinamento social. Futuras análises a estes resultados explorarão mais em detalhe esta hipótese particular.

Figura 10. **Aglomerado de variáveis que caracterizam o padrão protetor de saúde identificado.**

<p><b>ATIVIDADE FÍSICA</b> Nível de atividade física “ativo” ou “moderadamente ativo”</p>	<p><b>SITUAÇÃO FINANCEIRA E ESCOLARIDADE</b> Situação financeira do agregado familiar percecionada como confortável/ muito confortável e escolaridade de nível secundário ou superior</p>
<p><b>ALIMENTAÇÃO</b> Não pioraram hábitos alimentares*</p>	<p><b>IDADE</b> Idade entre os 16 e os 54 anos</p>
<p><b>ACESSO ÀS RECOMENDAÇÕES</b> Tiveram acesso às recomendações DGS de atividade física e alimentação saudável em contexto de confinamento</p>	<p><b>TEMPO DE CONFINAMENTO</b> Em confinamento há menos 5 semanas</p>

\*Tendem a não se enquadrar no padrão de comportamento alimentar “não saudável”, caracterizado pelo aumento do consumo de *snacks* salgados, refeições pré-preparadas, refrigerantes e *take-away* e pela diminuição do consumo de fruta e hortícolas.

A outro nível, parece também que o contexto de contenção social pode ter contribuído para o agravamento das iniquidades em saúde e função das características sociais e económicas, já que a adoção de comportamentos benéficos para a saúde parece ter menor expressão nos grupos mais desfavorecidos.

Todos estes resultados serão alvo de publicação científica (a submeter no primeiro trimestre de 2021) tendo sido já alvo de publicação em registo infográfico (Anexo 2), consultável [aqui](#).

### Orientações de apoio à prática de atividade física em contexto de isolamento social, devido à pandemia por COVID-19

No sentido de promover a prática de atividade física e redução ou interrupção do comportamento sedentário da população em contexto de isolamento social, o PNPAF-DGS desenvolveu um conjunto de orientações de apoio à prática de atividade física no domicílio. Estas orientações, juntamente com um conjunto de infografias a elas relativas (Figura 11), foram disseminadas nos canais digitais da DGS e no *website* do PNPAF em março de 2020, ficando disponíveis para livre *download*.

Figura 11. **Infografias de apoio às orientações para a prática de atividade física em contexto de isolamento social.**



### Diretório de iniciativas de apoio à prática de atividade física em isolamento/distanciamento social

A par das orientações anteriormente descritas, foi desenvolvido e disseminado no final de março/início de abril de 2020 um diretório digital que agregou iniciativas em curso para apoio à prática de atividade física da população em contexto de isolamento social. Para tal, a equipa do PNPAF consultou um conjunto de entidades nacionais ligadas à atividade física, exercício e desporto (governamentais, do Ensino Superior e entidades de utilidade pública) quanto às iniciativas em curso neste âmbito sob sua responsabilidade. As iniciativas identificadas foram posteriormente reunidas num repositório digital de livre acesso e disseminado a nível nacional através da *mailing list* do PNPAF e canais digitais da DGS – o diretório final agrega um total de 19 iniciativas de âmbito nacional e encontra-se disponível para consulta no website [www.covid19.min-saude.pt](http://www.covid19.min-saude.pt) e microsite do PNPAF [www.pnpaf.pt](http://www.pnpaf.pt).

Figura 12. **Diretório digital de iniciativas de apoio à prática de atividade física em contexto de isolamento social.**



### 3.5. Outras atividades desenvolvidas no âmbito dos eixos de ação do PNPAF

Seguidamente, serão brevemente descritas outras atividades implementadas entre setembro de 2019 e dezembro de 2020, no âmbito dos quatro eixos estratégicos do PNPAF, além das atividades principais, anteriormente explanadas.

#### Comunicação e sensibilização

##### Evento de Comemoração do Dia Mundial da Atividade Física

O evento “Atividade Física no Isolamento”, em formato de videoconferência, marcou as comemorações do Dia Mundial da Atividade Física 2020, com uma transmissão digital pública em direto no dia 6 de abril, via Facebook live. Esta videoconferência, coorganizada com a Ordem dos Psicólogos Portugueses, marcou o arranque de uma nova edição dos “Diálogos da Psicologia”, iniciativa desta Ordem profissional.

O evento, dedicado à promoção da atividade física em contexto de pandemia e isolamento social, foi moderado pela Diretora do PNPAF, a Professora Marlene Nunes Silva e teve a participação do Professor António Labisa Palmeira, diretor executivo da *International Society of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, e da Professora Rute Santos, diretora adjunta do PNPAF e responsável pelas recomendações portuguesas de movimento 24h.

O vídeo completo pode ser visualizado em: <https://www.facebook.com/watch/?v=231291251566190>.



### Entrevistas à Comunicação Social

O crescente interesse da comunicação social nas atividades desenvolvidas pelo PNPAF-DGS, levou à participação em reportagens e diversas entrevistas no período em análise, com destaque para:

- Reportagem da RTP1 sobre a implementação do projeto-piloto de promoção da atividade física no SNS, que foi transmitida em canal aberto a 6 de outubro de 2019:



A reportagem completa pode ser visualizada em:

[https://www.rtp.pt/noticias/pais/milhares-de-portugueses-substituem-medicacao-por-exercicio-fisico\\_v1177435?fbclid=IwAR1RL-iHzujATKLZ8MaaxAPn5yCHS4hO7hHQR7OtW0I7liR1CZSIfnSv3K8](https://www.rtp.pt/noticias/pais/milhares-de-portugueses-substituem-medicacao-por-exercicio-fisico_v1177435?fbclid=IwAR1RL-iHzujATKLZ8MaaxAPn5yCHS4hO7hHQR7OtW0I7liR1CZSIfnSv3K8)

- Participação no programa televisivo da RTP2 “Sociedade Civil”, dedicado ao tema da promoção da atividade física, transmitido a 11 de outubro de 2019, e no qual participou a Professora Marlene Nunes Silva, diretora do PNPAF:



O programa televisivo completo pode ser visualizado em:

<https://www.rtp.pt/play/p5300/e432572/sociedade-civil>

- Participação no programa televisivo da RTP1 “A nossa tarde”, transmitido em direto a 31 de março de 2020, no qual o Dr. Bruno Rodrigues abordou as recomendações de prática de atividade física em contexto de confinamento social do PNPAF-DGS.
- Entrevista “Alimentação e atividade física em contexto de contenção social”, realizada às diretoras do PNPAF e do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, sobre os resultados do estudo REACT-COVID. O artigo com esta entrevista foi publicado na Revista Viver Saudável, nº 52, de julho/agosto 2020.
- Participação no programa televisivo do Canal 11 “Amor à camisola”, a 11 de agosto de 2020, dedicado ao tema do envelhecimento e atividade física, no qual participou o Dr. Bruno Rodrigues, em representação do PNPAF.
- Entrevista sobre atividade física no evento “World Bike Tour Lisboa 202”, que envolveu 610 000 participantes, realizado a 4 de outubro de 2020, com transmissão pela RTP1:



O programa televisivo completo pode ser visualizado em:

<https://www.rtp.pt/play/p7760/e497105/world-bike-tour-lisboa-2020/867349>

- Participação no programa televisivo da RTP2 “Sociedade Civil”, dedicado à atividade física em contexto da pandemia da COVID-19, transmitido a 8 de outubro de 2020, e no qual participou a Professora Rute Santos, diretora adjunta do PNPAF:



O programa televisivo completo pode ser visualizado em:

<https://www.rtp.pt/play/p6714/e497853/sociedade-civil>

#### Participação em Conferências, Webinars e outros Fóruns de Comunicação digital e não digital

Entre setembro de 2019 e dezembro de 2020, vários elementos da equipa do PNPAF participaram em diversos fóruns científicos e não científicos sobre saúde e atividade física, em formato digital e não digital. O ano de 2020, particularmente devido a todas as condicionantes provocadas pela COVID-19, levou à massificação da utilização de plataformas digitais de vídeo e áudio no contexto da comunicação em saúde e, especificamente, na realização de diversos fóruns públicos. Os diversos congressos, conferências, webinars e outros fóruns de comunicação digital e não digital nos quais o PNPAF participou constituíram um volume de trabalho adicional não programado em plano de atividades e que consumiu bastantes recursos humanos e temporais à equipa nos últimos meses, mas que foram prontamente considerados uma oportunidade central de potenciar ainda mais o eixo de ação do Programa relacionado com a comunicação e sensibilização, no âmbito da promoção da literacia em saúde.

Segue-se uma lista dos 21 fóruns nos quais o PNPAF participou, entre setembro de 2019 e dezembro 2020:

- Conferência “O papel dos municípios na promoção da saúde através da atividade física”, nas “I Jornadas de Exercício Físico e Desporto em Gouveia”, organizadas pela Câmara Municipal de Gouveia (20 setembro 2019).
- Conferência Magna “Evidência e prática em promoção da atividade física: Da ciência às políticas públicas”, na Universidade Europeia (4 outubro 2019).
- Conferência “Promoção da atividade física no Serviço Nacional de Saúde”, enquadrada no 13º Congresso da Sociedade Portuguesa de Medicina Desportiva (18 e 19 outubro 2019).
- Conferência “Ferramentas de apoio ao aconselhamento breve para a atividade física: Evidência e prática no SNS”, enquadrada nas Jornadas de Prescrição de Exercício Físico, organizadas pelo Instituto Politécnico de Leiria (25 outubro 2019).

- Conferência “Promoção da Atividade Física no Serviço Nacional de Saúde”, enquadrada no Açores Summit, organizado pela AGAP – Portugal Ativo (26 outubro 2019).
- Conferência “Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física: Promoção da atividade física no Serviço Nacional de Saúde”, nas “I Jornadas da USF Terras de Cira” (29 novembro 2019).
- Conferência Magna “Promoção da atividade física em Portugal e no mundo: Da evidência à prática”, na Faculdade de Educação Física e Desporto da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (25 janeiro 2020).
- Conferência “Promoção da atividade física no Serviço Nacional de Saúde: Principais estratégias e ferramentas”, nas Jornadas “Mais e melhor: Promoção do exercício físico”, organizadas pela NephroCare (fevereiro 2020).
- Encontro temático sobre “Estilos de vida saudável: Atividade física e alimentação saudável no local de trabalho”, organizado pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (16 março 2020).
- “X Seminário do projeto de educação pelos pares – A saúde no Ensino Superior”, promovido pela coordenação do projeto “Educação pelos Pares” (22 abril 2020).
- Webinar dedicado ao tema “Promoção da atividade física, bem-estar e saúde” enquadrado no “II Ciclo de Videoconferências”, organizado pela Associação Portuguesa de Gestão do Desporto (15 junho 2020).
- Conferência “As orientações do PNPAF para a promoção da atividade física nas crianças” no evento “Escola ativa”, organizado pela Câmara Municipal de Viseu (3 julho 2020).
- Webinar “O papel do exercício físico na Saúde Mental”, organizado pela AGAP – Portugal Ativo (15 julho 2020).
- Conferência “Importância dos programas municipais de atividade física sénior na estratégia nacional de promoção da atividade física”, organizada pela Universidade do Algarve (24 julho 2020).
- “#BeActive – Semana Europeia do Desporto 2020”, iniciativa anual da Comissão Europeia (23 a 30 setembro 2020).
- “Webinar: Estilos de vida saudável em tempos de pandemia”, enquadrado no 21º encontro temático promovido pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (30 setembro 2020).
- “Psicologia – A ciência no desenho de políticas públicas”, em formato digital, enquadrado na iniciativa “Debate à 5ª”, organizada pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (10 outubro 2020).
- O vídeo completo do debate está disponível em:  
[https://www.youtube.com/watch?v=1yVyCebhg9A&feature=emb\\_logo&ab\\_channel=OrdemdosPsic%C3%B3logosPortugueses](https://www.youtube.com/watch?v=1yVyCebhg9A&feature=emb_logo&ab_channel=OrdemdosPsic%C3%B3logosPortugueses)
- Videoconferência “CDP Entrevista...”, dedicada ao tema da obesidade e ao papel que a atividade física desempenha no combate a esta problemática e organizada pela Confederação do Desporto de Portugal (14 outubro 2020). A videoconferência foi transmitida via Facebook live e pode ser visualizada em:  
[https://www.facebook.com/watch/live/?v=795382714585685&ref=watch\\_permalink](https://www.facebook.com/watch/live/?v=795382714585685&ref=watch_permalink)
- “Conferência “A década de 20 e o futuro do desporto em Portugal”, sob o mote “Atividade física e desporto: Saúde, inclusão e prevenção 365 dias”, organizada pela Decathlon (27 outubro 2020). A gravação completa pode ser assistida no link:  
[https://www.youtube.com/watch?v=IMgPgkrAiyY&feature=emb\\_logo&ab\\_channel=DecathlonPortugal&IMgPgkrAiyY&feature=emb\\_logo&ab\\_channel=DecathlonPortugal](https://www.youtube.com/watch?v=IMgPgkrAiyY&feature=emb_logo&ab_channel=DecathlonPortugal&IMgPgkrAiyY&feature=emb_logo&ab_channel=DecathlonPortugal)
- Webinar: Atividade Física - uma aliada para a saúde e bem-estar, hoje mais do que nunca! - organizado pelo grupo de Educação Física, do Agrupamento de Escolas Dr. Guilherme Correia de Carvalho, no âmbito das atividades da Semana Europeia do Desporto (2 Novembro 2020). A gravação completa pode ser assistida no link:  
[https://www.youtube.com/watch?v=EFSBTK4jQ7Q&feature=share&fbclid=IwAR1GQ\\_Aks-6DIzaMtFD-WEA8IW9FrXTyIDFr2r1qsHs2oU9bnczeZPu7Lbu4](https://www.youtube.com/watch?v=EFSBTK4jQ7Q&feature=share&fbclid=IwAR1GQ_Aks-6DIzaMtFD-WEA8IW9FrXTyIDFr2r1qsHs2oU9bnczeZPu7Lbu4)
- Webinar “Promoção da atividade física nos cuidados de saúde primários em Portugal” (16 novembro 2020), enquadrado no 2º Ciclo de Webinars da Sociedade Portuguesa de Medicina Desportiva.
- Mesa redonda intitulada “Influência da atividade física na homeostasia do ser humano” do 8º Congresso Nacional da Ginástica (1 a 8 dezembro de 2020), em formato digital.

### Produção Científica de Disseminação Internacional

O trabalho desenvolvido pela DGS-PNPAF no âmbito da promoção da atividade física tem vindo a ser reconhecido internacionalmente, nos diversos fóruns científicos.

Em 2020, três artigos científicos foram publicados em revistas de circulação internacional e revisão por pares (Q1 e Q2), abrangendo atividades e temáticas subjacentes ao trabalho desenvolvido:

- Silva MN, Silva CS, Palmeira AL. *Exercise psychology meets public health: avenues on health-enhancing physical activity*. *Int J Sport Psychol* (in press);
- Silva MN, Godinho C, Salavisa M, Owen K, Santos R, Silva CS, et al. *“Follow the Whistle: Physical Activity Is Calling You”: Evaluation of Implementation and Impact of a Portuguese Nationwide Mass Media Campaign to Promote Physical Activity*. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(21):8062;
- Mendes R, Silva MN, Silva CS, Marques A, Godinho C, Tomás R, et al. *Physical activity promotion tools in the Portuguese primary health care: an implementation research*. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3).

Resultantes do trabalho desenvolvido, foram também selecionadas para comunicação oral no congresso internacional HEPA Europe 2020 – *Health-Enhancing Physical Activity* (adiado para 2021, devido à COVID-19), dois resumos submetidos a esta conferência internacional:

- Silva MN, Godinho C, Salavisa M, Silva CS, Santos R, Mendes R, Owen K, Teixeira PJ, Bauman A. *Evaluation of implementation and impact of a national mass media campaign to promote active lifestyles in Portugal: “Follow the Whistle: Physical Activity is Calling You”*. 11th Conference of HEPA Europe and 16th Annual Meeting. Nice, França, 2-4 Setembro, 2020 (conferência adiada para 2021).
- Silva CS, Silva MN, Godinho C, Mendes R, Teixeira PJ. *Digital tools for physical activity assessment and brief counselling in Primary Health Care: The Portuguese model*. 11th Conference of HEPA Europe and 16th Annual Meeting. Nice, França, 2-4 Setembro, 2020 (conferência adiada para 2021).

### Artigos em Revistas de Circulação Nacional

Entre setembro de 2019 e dezembro de 2020, foram publicados 2 artigos na Revista Portugal Social, no contexto da colaboração com a Cidade Social:

- “Um Serviço Nacional de Saúde promotor da atividade física”. Catarina Santos Silva, Cristina Godinho, Romeu Mendes e Marlene Nunes Silva (Outubro de 2019).
- “Programas comunitários de promoção de atividade física: Indicadores centrais de boas práticas a assegurar a atividade física”. Sofia Franco, Marlene Nunes Silva e Cristina Godinho (Janeiro 2020).

### Notícias na imprensa nacional

O interesse da comunicação social nas atividades desenvolvidas pela DGS no âmbito da promoção da atividade física não se fez sentir somente a nível televisivo. Ao longo de 2020, foram noticiadas na imprensa escrita diversas iniciativas e atividades levadas a cabo pelo PNPAF, nomeadamente:

- Como viver com ansiedade e ser feliz - alguns testemunhos de quem dá vida às consultas de atividade física no SNS (Sábado, 27/02/2020 a 04/03/2020)
- COVID-19: DGS lança diretório para atividades físicas em contexto de isolamento (Lusa, 06/04/2020)
- COVID-19: DGS lança diretório para atividades físicas em contexto de isolamento (Sapo 24, 06/04/2020)
- Como manter a atividade física em isolamento? DGS lança diretório com dicas (TSF, 06/04/2020)
- DGS promove atividade física para combater sedentarismo em isolamento (SIC Notícias, 06/04/2020)
- COVID-19. DGS lança diretório para atividades físicas em contexto de isolamento (Jornal Económico, 06/04/2020)
- Como fazer exercício fechado em casa. A DGS explica (Diário de Notícias, 06/04/2020)
- DGS lança diretório para atividades físicas em contexto de isolamento (Notícias ao Minuto, 06/04/2020)

- DGS lança diretório e realiza inquérito sobre atividade física e alimentação em isolamento (Observador, 06/04/2020)
- DGS realiza inquérito sobre atividade física e alimentação em isolamento (Notícias ao Minuto, 06/04/2020)
- DGS realiza inquérito sobre atividade física e alimentação em isolamento (Diário de Notícias, 06/04/2020)
- DGS lança inquérito nacional sobre atividade física e alimentação durante isolamento (Correio da Manhã, 06/04/2020)
- Alimentação e atividade física, as atividades nas quais a DGS vai intervir esta semana (Sapo 24, 06/04/2020)
- Devemos correr acompanhados? E jogar futebol com amigos? Um guia para o desporto em tempos de pandemia (Público, 14/05/2020)
- Um repositório com hiperligações para estas notícias está disponível para consulta no microsite do PNPAF, em [www.pnpaf.pt](http://www.pnpaf.pt).

### Microsite do PNPAF

Canal de comunicação digital onde está concentrado um resumo de todas as iniciativas desenvolvidas no âmbito do PNPAF, bem como um conjunto importante de documentação central sobre atividade física para livre download, o microsite do PNPAF, no endereço [www.pnpaf.pt](http://www.pnpaf.pt) (Figura 13), é atualizado regularmente e tem vindo a obter um número de acessos bastante satisfatório, desde a sua criação, no segundo semestre de 2016, após a criação do Programa.

O microsite do PNPAF é o sexto microsite da DGS com maior número total de acessos (de entre mais de 50 microsites sediados em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)), contabilizando um total de 174 072 acessos, no final do ano de 2020.

Figura 13. **Cabeçalho da página inicial do microsite do PNPAF.**



### Sistema e serviços de saúde

#### Proposta de Orientação Técnica sobre Avaliação e Aconselhamento Breve para a Atividade Física nos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde

De acordo com o Plano de Ação Global para a Atividade Física da OMS (1), ações nacionais efetivas para reverter as tendências atuais e reduzir as desigualdades na atividade física requerem uma abordagem sistémica, alicerçada em quatro objetivos estratégicos: criar sociedades ativas, ambientes ativos, pessoas ativas, e sistemas ativos. Estes objetivos apenas poderão ser atingidos através da implementação de várias políticas, incluindo a combinação estratégica de políticas públicas com abordagens centradas no cidadão (educação e informação).

A Ação 3.2 do referido Plano de Ação Global realça a necessidade de incorporar a atividade física nos serviços de saúde, implementando sistemas de avaliação e aconselhamento dos indivíduos no sentido de aumentar os seus níveis de atividade física e reduzir o comportamento sedentário. Estabelece também que esta avaliação e aconselhamento devem ser realizados por profissionais de saúde devidamente capacitados, sempre que existir oportunidade, especialmente nos CSP, como parte dos cuidados universais de saúde, assegurando o envolvimento da comunidade e dos cidadãos.

Avaliar o nível de atividade física dos indivíduos e fornecer informações e aconselhamento breve através de estratégias que ajudem na modificação comportamental é crucial (33). De modo a aumentar e a generalizar o aconselhamento breve para a atividade física, e a aumentar a sua qualidade, é necessário construir soluções baseadas na ciência da modificação comportamental.

Uma estratégia que poderá melhorar a efetividade do aconselhamento é a criação de ferramentas digitais, que podem ser recursos valiosos para os profissionais de saúde, minimizando o tempo e energia necessários para aconselhar e realizar o seguimento, ferramentas que, pioneiramente, estão já disponíveis no sistema público português.

Assim, o passo subsequente natural prende-se com a **criação de uma orientação técnica dirigida aos profissionais de saúde, que sistematize de forma clara a avaliação e o aconselhamento breve para a atividade física, com o apoio destas ferramentas digitais, por forma a potenciar o seu uso e efetividade na intervenção.**

**A proposta de Orientação Técnica foi submetida a consideração superior em dezembro de 2020, de acordo com indicador definido em Plano de Atividades anual. Em 2021, terá lugar o posterior acompanhamento deste processo, segundo fluxograma definido neste âmbito.**

#### Adaptação cultural e científica de manual técnico de promoção da atividade física na doença crónica

No âmbito do projeto europeu EUPAP, foi criada uma versão-resumo traduzida para português, e atualizada à luz da evidência científica mais recente, do manual sueco de prescrição da atividade física a pessoas com doença crónica (FYSS-*short*), no contexto de diversas patologias.

É objetivo do PNPAF ir além desta versão resumo estando em curso a produção de vários guias ligados à prescrição da atividade física na doença crónica (ver atividades futuras).

#### Registo da atividade física e comportamento sedentário nos sistemas eletrónicos de saúde do Serviço Nacional de Saúde

A promoção da atividade física através dos sistemas e serviços de saúde, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, é fortemente recomendada a nível internacional. Com efeito, ao nível do Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030 da OMS, já havia sido considerada como estratégia custo-efetiva, a implementação de modelos de avaliação sistemática da atividade física e aconselhamento breve nos cuidados de saúde primários, articulando os cuidados de saúde prestados neste âmbito com os recursos de atividade física da comunidade e promovendo a capacitação dos profissionais de saúde para o aconselhamento nesta área. Do mesmo modo, a capacitação dos profissionais de saúde para a promoção da atividade física dos utentes, nomeadamente ao nível dos CSP, é uma ação fortemente recomendada.

No SNS, e com especial ênfase nos cuidados de saúde primários, a avaliação do nível de atividade física, bem como o aconselhamento breve a este nível realizado pelos profissionais de saúde, é agora possível com o apoio de ferramentas digitais desenvolvidas especificamente para o efeito, com base em princípios e técnicas validadas de modificação comportamental, disponíveis no SCLínico – Cuidados de Saúde Primários e na Prescrição Eletrónica Médica desde o final de 2017.

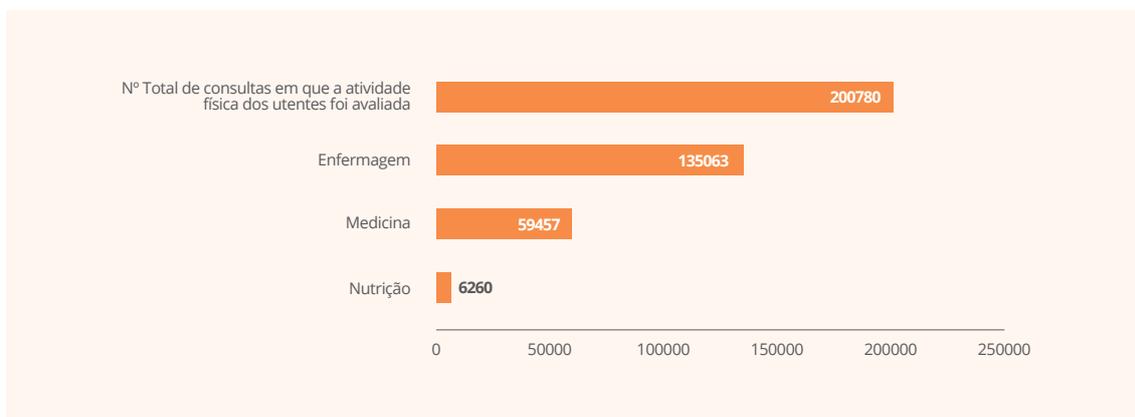
A monitorização periódica da utilização destas ferramentas pelos profissionais de saúde revela uma evolução bastante positiva dos dados ao longo do tempo. Ao nível da ferramenta digital de avaliação do nível de atividade física, disponível no SClínico – Cuidados de Saúde Primários, a última monitorização efetuada aponta para (Gráfico 12):

- Uma proporção de utentes dos CSP avaliados correspondente a 1967 por 100 mil utentes em todo o país, até dezembro de 2020 (dados acumulados);
- Em média, 1 em cada 100 utentes inscritos nos CSP foi avaliado quanto aos seus níveis de atividade física e comportamento sedentário (ARS Norte: 1,5%; ARS Centro: 1,8%; ARS LVT: 1,0%; ARS Alentejo: 1,1%; ARS Algarve: 1,0%);
- Tendo em conta que existem utentes cujos níveis de atividade física e comportamento sedentário são monitorizados mais regularmente (i.e. utentes avaliados mais do que uma vez desde a disponibilização da ferramenta em 2017), o volume total de consultas de CSP em que foi realizada a avaliação e registo dos níveis de atividade física e comportamento sedentário dos utentes foi de 200780, sendo as consultas de enfermagem as que representam a maior facção deste valor (Gráfico 13).

Gráfico 12. **Número de utentes (por 100.000) dos CSP do SNS com registo do nível de atividade física e comportamentos sedentários no sistema informático SClínico – Cuidados de Saúde Primários.**



Gráfico 13. **Número de consultas dos CSP do SNS (e respectiva tipologia) com registo do nível de atividade física e comportamentos sedentários no sistema informático SClínico – Cuidados de Saúde Primários.**



Os níveis de atividade física e comportamento sedentário registados revelam que:

- Aquando da primeira avaliação:
  - » 33,1% dos utentes avaliados atingia a recomendação de prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada.
  - » A mediana de prática de atividade física de intensidade moderada por parte dos utentes avaliados é de 60 minutos por semana, sendo inferior nas mulheres (60 minutos) comparativamente aos homens 90 minutos).
  - » O volume de atividade física semanal diminui com o aumento da idade: a prevalência de utentes que não pratica qualquer atividade física de intensidade moderada (semáforo vermelho) aumenta com a idade, sendo que a prevalência de utentes que pratica, pelo menos, 150 minutos por semana (semáforo verde) varia de forma oposta (Gráfico 14).
  - » A atividade física de intensidade moderada é praticada com uma frequência de aproximadamente 2 vezes por semana, em períodos de 20 minutos de duração, sendo essa duração superior nos homens (mediana = 30 minutos), comparativamente à das mulheres (mediana = 20 minutos).
  - » Em termos de comportamento sedentário diário, para todas as categorias etárias, cerca de metade da população reportou passar 4 ou mais horas sentado por dia, constituindo este um factor independente de risco para a saúde (Gráfico 15).

Gráfico 14. **Proporção (%) de utentes em cada uma das categorias do semáforo de prática de atividade física moderada, por grupo etário, avaliado através da ferramenta digital do SClínico – Cuidados de Saúde Primários.**

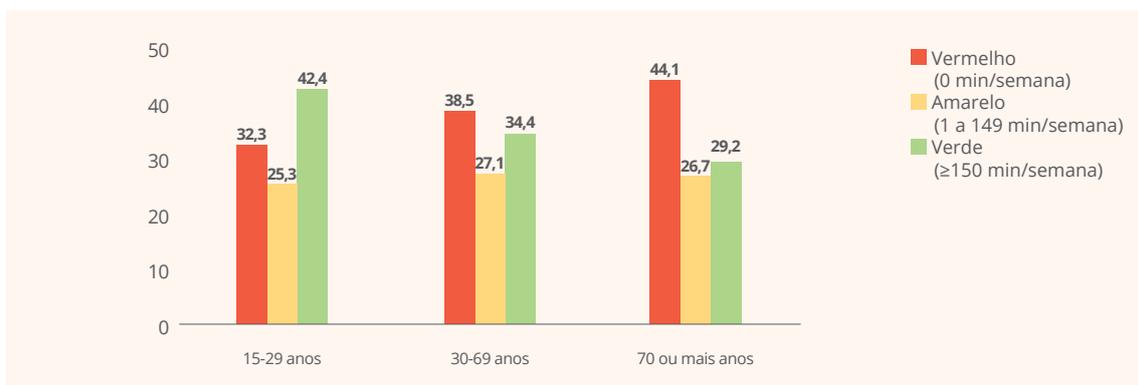
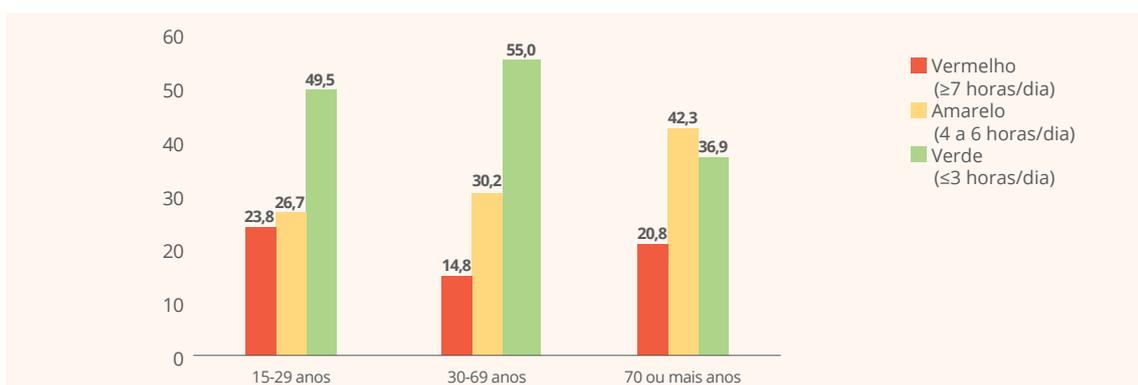


Gráfico 15. **Proporção (%) de utentes em cada uma das categorias do semáforo de comportamento sedentário (tempo sentado diário), por grupo etário, avaliado através da ferramenta digital do SClínico – Cuidados de Saúde Primários.**



Emissão de recursos digitais para o aconselhamento breve de atividade física através dos sistemas eletrónicos de saúde do Serviço Nacional de Saúde

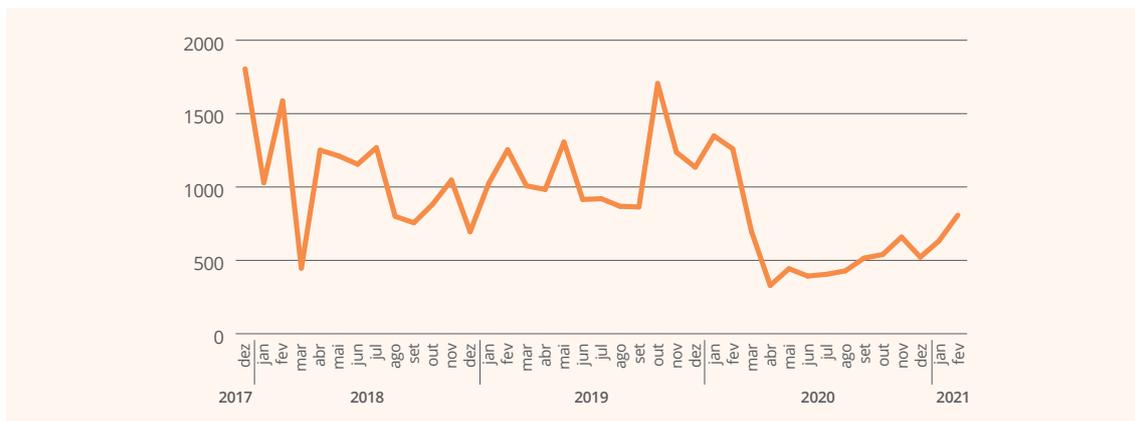
O aconselhamento breve para a atividade física, realizado em contexto de cuidados de saúde de rotina é considerado pela OMS como uma das medidas mais custo-efetivas para a promoção da atividade física, sendo uma política de saúde fortemente recomendada por esta autoridade de saúde. Em Portugal, desde o final de 2017, estão disponibilizados a nível nacional recursos de apoio a esta intervenção – os “guias da atividade física” - baseados nos princípios científicos da modificação de comportamentos de saúde. Desde a sua disponibilização que a emissão destes guias de promoção da atividade física, destinados a ser explorados com e pelos utentes, tem crescido cumulativamente. Até fevereiro de 2021, 160 em cada 100 000 habitantes com 15 anos ou mais, havia recebido, pelo menos, um guia (Gráfico 16).

Gráfico 16. **Proporção de indivíduos residentes em Portugal com ≥ 15 anos (por 100 000) com emissão de, pelo menos, um recurso de aconselhamento breve para a atividade física, através do sistema informático PEM – Prescrição Eletrónica Médica.**



Durante sensivelmente 3 anos de disponibilização desta ferramenta digital, foram emitidos 36 134 guias de aconselhamento breve para a atividade física. Dados mensais (Gráfico 17) mostram que, depois de uma certa constância no número de guias emitidos mensalmente entre abril de 2018 e setembro de 2019, parece ocorrer uma tendência de aumento das emissões no último trimestre de 2019 e primeiros meses de 2020. Contudo, a partir de março de 2020, mês do primeiro confinamento devido à pandemia da COVID-19, observa-se uma diminuição (decorrente, possivelmente, do cancelamento das consultas não urgentes), ocorrendo uma ténue tendência de aumento até ao início de 2021.

Gráfico 17. **Número mensal de guias de apoio ao aconselhamento breve para a atividade física emitidos através da PEM – Prescrição Eletrónica Médica.**



## Ambientes e contextos de vida

### Participação pública em saúde/pareceres

A equipa do PNPAF tem contribuído continuamente para a participação pública em saúde, quer ao nível da produção de contributos no contexto da consulta pública de diversos documentos e estratégias, quer ao nível da emissão de pareceres técnicos.

Em 2020, os principais contributos do PNPAF foram formalizados ao nível da/o(s):

- Recomendações de Atividade Física e Comportamento Sedentário 2020 da OMS;
- Plano de Recuperação Económica 2030;
- Despacho Ministerial para a constituição do grupo de trabalho para a elaboração de proposta da Estratégia Nacional para a Mobilidade Ativa Pedonal 2020-2030;
- Estratégia Nacional para o Mar 2021-2030.

### Comissão Intersetorial para a Promoção da Atividade Física (CIPAF)

Criada pelo Despacho n.º 3632/2017, de 28 de abril, a CIPAF tem como objetivo elaborar, operacionalizar e monitorizar o Plano de Ação Nacional para a Atividade Física. A DGS-PNPAF participa na coordenação e nos trabalhos desenvolvidos pela CIPAF, nomeadamente ao nível da monitorização do Plano de Ação Nacional para a Atividade Física, bem como apoio técnico-científico (mais informações em: [www.panaf.gov.pt](http://www.panaf.gov.pt)).

A atividade desta Comissão está suspensa desde o final de 2019, tendo o seu coordenador elencado ao Gabinete do então Secretário de Estado da Saúde um conjunto de modificações e ajustes necessários ao seu bom funcionamento, com necessidade de deliberação superior. A coordenação da CIPAF aguarda, ainda, comunicação de informação a este respeito, por forma a que a atividade desta Comissão possa ser retomada, bem como novo Despacho de constituição e nomeação.

### Colaboração no projeto “Mais Saúde, Menos Diabetes”, coordenado pelo Programa Nacional para a Diabetes

O programa “Mais Saúde, Menos Diabetes”, coordenado pelo Programa Nacional para a Diabetes, visa a redução do número de pessoas que desconhece ter diabetes mellitus tipo 2 e a prevenção do desenvolvimento de uma das patologias mais prevalentes em Portugal na população com risco aumentado de vir a desenvolver esta doença.

O PNPAF, assim como o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes, têm colaborado com o PND no desenvolvimento deste programa, que contempla várias sessões formativas de promoção da saúde. O PNPAF desenvolveu, especificamente, duas sessões de promoção da atividade física que procuram explicar os diferentes tipos de atividade física, o que se entende por comportamento sedentário, quais as principais recomendações para a prática de atividade física, como praticar atividade física em segurança e, ainda, desmistificar algumas ideias e desconstruir algumas barreiras apresentadas para a ausência ou níveis reduzidos de prática de atividade física. Estas sessões poderão ser implementadas em formato presencial ou online, existindo um conjunto de materiais e documentação, possibilitando a dinamização presencial por um formador, e um conjunto de pequenos vídeos, que poderão ser acedidos pelos formandos via digital.

## Monitorização e boas práticas

### Mecanismo de identificação de boas práticas em programas comunitários de promoção da atividade física

A promoção de contextos e ambientes de vida ativos, integra a identificação e o reconhecimento de iniciativas comunitárias de qualidade, possibilitando a sua valorização e disseminação a nível nacional.

Apesar de toda a evidência existente acerca da utilidade e do sucesso de iniciativas comunitárias na alteração

de comportamentos da população, estas apresentam ainda algumas limitações. Estas lacunas comprometem, em muitos casos, a possibilidade de avaliação e disseminação destas iniciativas a uma escala maior (34).

Neste sentido, é útil que estas intervenções sejam avaliadas e validadas através de uma ferramenta comum que assegure/assinale o cumprimento de critérios reconhecidos como boas práticas na promoção da atividade física junto da população, em situações de “mundo real” (35). Boas práticas têm sido referidas enquanto “características de iniciativas, de intervenções ou de programas comunitários, implementadas em contexto de vida real e que são adequadas ao seu contexto de aplicação, aceites pela população-alvo e parceiros, efetivas, que produzem bons resultados, eficientes, sustentáveis, replicáveis, éticas e justas” (36, 37). Estes critérios de boas práticas são uma fonte útil de evidência baseada na prática no que diz respeito às características de intervenções em saúde pública, implementadas em situações de vida real (38).

Para este efeito, o PNPAF criou uma ferramenta, com base em critérios de avaliação provenientes de várias fontes de evidência (ex.: plataforma CHRODIS, revisão sistemática da literatura e critérios definidos pela OMS), que avalie as boas práticas existentes em intervenções comunitárias de promoção da atividade física. Para além disso, este conjunto de critérios de sucesso poderá, igualmente, ajudar na definição de padrões de qualidade dessas mesmas iniciativas, incentivando a sua disseminação e adoção a nível nacional.

Este conjunto de critérios foi sistematizado em 2019, estabelecendo-se uma lista final ponderada pela relevância de cada um e, em 2020, desenvolveu-se uma ferramenta para disponibilização pública, possibilitando a sua utilização generalizada e, em particular, por parte das coordenações de projetos no terreno, que irá facilitar e potenciar a identificação, o reconhecimento e a valorização de iniciativas comunitárias de qualidade já existentes. Pretende-se que esta ferramenta desempenhe igualmente um papel pedagógico aquando do planeamento de novas iniciativas neste âmbito ou da melhoria contínua de programas já existentes.

No Anexo 3, encontra-se esta ferramenta em formato pdf, também [já disponível para livre utilização no website do PNPAF.](#)

## 4. Roteiro de ação 2021

O planeamento das atividades para 2021 encontra-se em total sintonia com o novo Plano Estratégico da DGS 2020-2022 (29), nas suas componentes e subcomponentes fundamentais.

Num exercício de planeamento estratégico ao nível das ações do PNPAF para os tempos vindouros, a Tabela 10 (A-E) explicita de forma sistemática, para cada temática estratégica definida (“iniciativa estratégica” do PNPAF, se quisermos), uma descrição do ponto de partida que justifica a necessidade dessa iniciativa estratégica, as ações a desenvolver pelo Programa nesse âmbito, os serviços a envolver, os resultados que se objetiva atingir e os riscos associados a uma eventual insucesso na concretização da iniciativa estratégica.

Tabela 10. **Roteiro de ação futura do PNPAF, de acordo com Iniciativas Estratégicas definidas para o Programa** (subtabelas A a E).

(A)

Iniciativa Estratégica (IE) I do PNPAF	Melhorar a capacitação da população para a escolha e implementação de um estilo de vida ativo
<b>Objetivo estratégico (OE) da DGS para o qual contribui</b>	OE3   Promover a literacia em saúde ao longo do ciclo de vida
<b>Ponto de partida</b>	Uma baixa literacia em saúde associa-se a indicadores de saúde pobres e a um baixo acesso a cuidados de saúde. Uma boa literacia em saúde, por si só, não é garantia de alterações bem-sucedidas nos estilos de vida, mas sem ela estas alterações são muito difíceis de ocorrer. O potencial impacto a este nível será tanto maior quanto mais for possível associar a promoção da literacia em saúde com alterações estruturais/ambientais que potenciem oportunidades e facilidade de integração de estilos de vida ativos e saudáveis. Em Portugal, a população apresentava, em 2017, uma baixa literacia relativamente à atividade física – por exemplo, apenas 2% da população adulta conhecia as recomendações de atividade física de intensidade moderada da OMS e cerca de metade considerava que atividades do dia-a-dia (p.ex., subir escadas) não correspondiam a formas de atividade física.
<b>Ações a desenvolver ≥2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao nível da promoção da literacia em saúde, prevê-se a implementação e avaliação de campanhas de literacia em saúde, no âmbito da atividade física e comportamentos sedentários, nomeadamente focando nas atividades físicas do estilo de vida (reativação da campanha nacional #SigaOassobio nas redes sociais) e nas recomendações de 24 horas de movimento – atividade física, comportamento sedentário e sono (novo paradigma das recomendações de atividade física adotado pela OMS e no qual Portugal está já a trabalhar para a produção das suas próprias recomendações);</li> <li>• Prevê-se a implementação das seguintes atividades adicionais: ações públicas para a promoção da atividade física; desenvolvimento de produtos nacionais e internacionais (artigos, comunicações científicas) no âmbito da promoção da atividade física.</li> </ul>
<b>Serviços e/ou parceiros a ser envolvidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamente: Direção DGS; Divisão de Comunicação e Relações Públicas; Divisão de Apoio à Gestão; Outros programas prioritários de saúde</li> <li>• Entidades externas: Ministério da Saúde; ARSs; SPMS; Ordem dos Psicólogos Portugueses; Consultoria especializada.</li> </ul>
<b>Riscos associados à concretização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A dependência de entidades externas para algumas das ações previstas pode dificultar a sua consecução. Os principais riscos prendem-se com: potenciais atrasos nos prazos previstos para a reativação da campanha; dificuldades ao nível dos recursos humanos em algumas unidades de saúde, que podem limitar as possibilidades de usufruírem de formação;</li> <li>• O atual contexto provocado pela pandemia da COVID-19 acentua todos os riscos apresentados anteriormente.</li> </ul>
<b>Plano de contingência perante riscos</b>	Ainda que não seja possível evitar atrasos expressivos decorrentes da situação decorrente da pandemia da COVID-19, está estabelecido um plano de contacto/monitorização regular com as instituições-alvo, que permitirá ir averiguando o contexto atual e ir adequando as iniciativas aos constrangimentos locais, desenvolvendo soluções individualizadas.
<b>Indicadores necessários para a medição/avaliação</b>	Monitorização da prontidão e literacia física dos cidadãos para a prática de atividade física regular e interrupção dos comportamentos sedentários, via inquéritos à população (2019, 2020, 2021).

**(B)**

IE II do PNPAF	<b>Melhorar a prevenção da doença e a prestação de cuidados, integrando uma abordagem a determinantes de saúde como a atividade física e o comportamento sedentário</b>
OE da DGS para o qual contribui	OE4   Promover a qualidade, segurança e humanização dos cuidados de saúde
Ponto de partida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É fundamental associar a promoção da literacia em saúde com alterações estruturais/ambientais que potenciem oportunidades e facilidade de integração de estilos de vida ativos e saudáveis. O SNS não tem, ainda, uma intervenção formal generalizada na promoção da atividade física dos utentes, especialmente ao nível dos CSP. Trata-se de uma recomendação internacional, que tem vindo a ser introduzida no SNS, ditada pela publicação do Despacho nº 8932/2017, através da prestação de cuidados de saúde a dois níveis: aconselhamento breve para a atividade física e a testagem piloto de uma consulta de atividade física.</li> <li>• No âmbito da promoção da atividade física no SNS, é ainda fundamental o desenvolvimento de uma rede de pontos focais nacionais, especialistas na promoção da atividade física e na redução dos comportamentos sedentários em contextos de saúde, alavancando uma rede de formação de formadores a este nível. Ainda neste âmbito, e para além desta rede, está também previsto o desenvolvimento e implementação de um mecanismo online de capacitação dos profissionais de saúde para a promoção da atividade física.</li> </ul>
Ações a desenvolver ≥2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalização da avaliação e aconselhamento breve para a atividade física nos CSP, através de maior disseminação das ferramentas disponíveis, mais formação para profissionais de saúde (desenvolvimento de plataforma digital de apoio à formação) e elaboração de uma proposta de orientação clínica a este nível;</li> <li>• Estudo de implementação da consulta de atividade física piloto.</li> <li>• Especificamente para o período de 2020/2021, prevê-se a implementação das seguintes atividades físicas e comportamentos sedentários registada no SClínico (por 100 000 utentes); análise da proporção de indivíduos residentes em Portugal continental (com 15 ou mais anos) com emissão de, pelo menos, 1 recurso de aconselhamento breve de atividade física através da PEM (por 100 000 utentes); monitorização da retoma da implementação do projeto-piloto de promoção da atividade física nas unidades de saúde piloto; adaptação cultural e científica de manual técnico de promoção da atividade física na doença crónica; produção de guias de referência para a prescrição de atividade física na doença crónica, ao longo do ciclo de vida.</li> </ul>
Serviços e/ou parceiros a ser envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamente: Direção DGS; Divisão de Comunicação e Relações Públicas; Divisão de Apoio à Gestão; Outros programas prioritários de saúde; Consórcio do projecto EUPAP (do qual a DGS faz parte).</li> <li>• Entidades externas: Ministério da Saúde; ARSs; SPMS; Ordem dos Psicólogos Portugueses; Consultoria especializada.</li> </ul>
Riscos associados à concretização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A dependência de entidades externas para algumas das ações previstas pode dificultar a sua consecução. Os principais riscos prendem-se com: atrasos no recrutamento de utentes para a consulta piloto podem, em algumas unidades de saúde, atrasar a sua conclusão e consequentemente atrasar o estudo de custo-efetividade.</li> <li>• O atual contexto provocado pela pandemia da COVID-19 acentua todos os riscos apresentados anteriormente.</li> </ul>
Plano de contingência perante riscos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ainda que não seja possível evitar atrasos expressivos decorrentes da situação decorrente da pandemia da COVID-19, está estabelecido um plano de contacto/monitorização regular com as instituições-alvo, que permitirá ir averiguando o contexto atual e ir adequando as iniciativas aos constrangimentos locais, desenvolvendo soluções individualizadas.</li> </ul>
Indicadores necessários para a medição/avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização da intervenção dos profissionais de saúde no âmbito da promoção da atividade física regular e interrupção dos comportamentos sedentários dos utentes, traduzindo-se tal em maior cobertura nacional de realização da avaliação e aconselhamento breve para a atividade física prestado aos cidadãos no SNS (CSP);</li> <li>• Monitorização da cobertura populacional/utentes cuja atividade física foi avaliada e promovida através da utilização das ferramentas digitais disponíveis para a promoção da atividade física;</li> <li>• Monitorização dos níveis de atividade física regular e interrupção dos comportamentos sedentários dos utentes do SNS;</li> <li>• Alargamento da oferta da consulta de atividade física a nível nacional, caso se prove efetiva e custo-efetiva;</li> <li>• Proposta de orientação clínica sobre promoção de atividade física no SNS.</li> </ul>

(C)

IE III do PNPAF	Melhorar a qualidade da oferta de oportunidades de prática de atividade física em diferentes contextos, ao longo do ciclo de vida
OE da DGS para o qual contribui	OE1   Assegurar estratégias integradas de planeamento em saúde
Ponto de partida	<p>A modificação dos ambientes nos quais os cidadãos se inserem, promovendo a existência de oportunidades de prática de atividade física, sejam estas integradas nas atividades do dia-a-dia ou iniciativas mais formais de exercício físico, é um desígnio fundamental das guidelines nacionais e internacionais para a promoção de estilos de vida ativos. Em Portugal, não existe, fora do contexto académico, uma tradição de conceção de intervenções de promoção da atividade física baseada na evidência ou boas práticas (na maioria dos casos, desconhecidas por parte dos decisores), o que, não raras vezes, coloca em causa a efetividade dessas mesmas intervenções. Por outro lado, a própria oferta existente (quer de programas, quer de infraestruturas) é, por vezes, desconhecida pelos cidadãos e, em alguns casos, evidencia desigualdades em termos de público-alvo (p. ex. muita oferta para a população sénior vs. pouca oferta em contexto laboral para a população ativa).</p>
Ações a desenvolver ≥2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de mecanismo digital e disseminação dos critérios de boas práticas no âmbito de iniciativas de promoção da atividade física e consultoria técnica aos stakeholders interessados, no âmbito da criação de iniciativas de promoção da atividade física, em articulação com a CIPAF;</li> <li>• Continuação da coordenação e monitorização da implementação do programa comunitário “Diabetes em Movimento”, dirigido a utentes diagnosticados com Diabetes tipo 2;</li> <li>• Continuação do apoio/parceria ao programa Lisboa+55, da Câmara Municipal de Lisboa, através da análise aos resultados da fase piloto e redefinição de estratégias no sentido de promover a melhor oferta de atividade física possível aos cidadãos seniores;</li> <li>• Continuação da colaboração com a OMS no refinamento do programa mActive para aumento do tempo de caminhada da população adulta. Potencial teste piloto do programa em Portugal;</li> <li>• Estabelecimento de colaborações com estabelecimentos de Ensino, no âmbito da promoção dos estilos de vida ativos em crianças e jovens;</li> <li>• Colaboração com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes no desenvolvimento de materiais de intervenção e formação para a promoção de estilos de vida ativos, na população adulta em risco.</li> </ul>
Serviços e/ou parceiros a ser envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamente: Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes; Divisão de Apoio à Gestão.</li> <li>• Entidades externas: CIPAF; Câmara Municipal de Lisboa; OMS; <i>Schools for health in Europe</i>; <i>Stakeholders</i> com impacto na promoção da atividade física.</li> </ul>
Riscos associados à concretização	A criação de oferta neste âmbito está, na maioria dos casos, dependente do poder local e de entidades locais não-governamentais, não tanto do poder central.
Plano de contingência perante riscos	O PNPAF procurará estreitar as vias de comunicação regular com as entidades envolvidas.
Indicadores necessários para a medição/avaliação	Monitorização do número de iniciativas de promoção da atividade física baseadas nas boas práticas e disseminação, em diferentes contextos e ao longo do ciclo de vida.

**(D)**

IE IV do PNPAF	Promover a tomada de decisão informada (vigilância epidemiológica e monitorização)
OE da DGS para o qual contribui	OE2   Reforçar a monitorização da saúde
Ponto de partida	A tomada de decisão por parte do poder central deve ser fundamentada, pelo que é conveniente que se estabeleçam, sempre que possível, sistemas de avaliação e monitorização que possibilitem uma ação direcionada às verdadeiras necessidades. A implementação de ações e/ou políticas de saúde no âmbito da promoção da atividade física beneficia, não apenas do conhecimento da prevalência deste determinante de saúde, mas também de outros indicadores, nomeadamente dos próprios determinantes da atividade física, que nos indicam, mesmo antes de uma alteração nos níveis de atividade física da população, tendências (positivas e/ou negativas) a esse nível, permitindo corrigir e adequar de forma mais atempada as ações em curso. Estes indicadores não foram, por ora, alvo de monitorização nacional e internacional feita por outras entidades, pelo que se entendeu que o apuramento desses dados deveria, assim, ser realizado diretamente pela DGS.
Ações a desenvolver ≥2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de documentos de monitorização de indicadores de saúde na área de atividade física;</li> <li>• Revisão sistemática sobre os instrumentos de avaliação do comportamento de movimento;</li> <li>• Realização periódica de inquéritos nacionais que informem a ação – Exemplos (entre outros):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barómetro nacional da atividade física;</li> <li>- Monitorização de determinantes de atividade física e práticas profissionais a este nível dos médicos portugueses.</li> </ul> </li> <li>• A nível mais micro, ação a ação, está igualmente patente no plano de atividades a avaliação de impacto de várias iniciativas importantes – por ex., campanha nacional de atividade física, avaliação da efetividade e custo efetividade do aconselhamento breve para a atividade física e da implementação da consulta de atividade física piloto nos CSP, entre outros.</li> </ul>
Serviços e/ou parceiros a ser envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamente: Divisão de Apoio à Gestão.</li> <li>• Entidades externas: SPMS; Empresa Qualtrics (software de gestão de dados de investigação); GADES Data Analysis Solutions (software análise qualitativa de dados); Consultoria especializada (por ex., ISAMB), entre outros.</li> </ul>
Riscos associados à concretização	Atrasos na concretização dos inquéritos nacionais, não permitindo uma monitorização atempada dos indicadores previstos (aprox. de 3 em 3 anos).
Plano de contingência perante riscos	As atividades de monitorização serão efetuadas, mesmo que haja necessidade de ajuste temporal.
Indicadores necessários para a medição/avaliação	Por comparação com os estudos efetuados em 2017, espera-se conseguir fazer uma monitorização da evolução ao nível dos determinantes da atividade física: atitudes, perceções e conhecimentos, bem como das práticas profissionais na promoção da atividade física por parte dos profissionais de saúde. A melhoria em determinantes da atividade física é indicativa de uma maior probabilidade de a população atingir melhores níveis de atividade física.

(E)

IE V do PNPAF	Melhorar o planeamento e ação em situações de emergência em saúde pública, no âmbito da promoção da atividade física
OE da DGS para o qual contribui	OE6   Preparação e resposta a emergências em saúde pública
Ponto de partida	O coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) propagou-se rapidamente e originou uma nova realidade. O isolamento social obrigou a generalidade da população a confinar-se e consequentemente a alterar o seu quotidiano. Esta alteração pode ter levado à mudança de comportamentos de saúde como a prática de atividade física, que consequentemente poderá levar a outro tipo de problemas de saúde física e mental. Neste sentido, a disseminação na população de linhas orientadoras adaptadas à nova realidade e a vigilância e monitorização dos comportamentos de saúde torna-se essencial, seja no entendimento dos padrões da população portuguesa a este nível, seja na aplicação de estratégias melhor informadas.
Ações a desenvolver ≥2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração e disseminação de recomendações de atividade física e interrupção do comportamento sedentário adaptadas a situações de emergência de saúde pública;</li> <li>• Elaboração e disseminação de diretório nacional visando auxiliar a população a identificar recursos de âmbito institucional para apoio à prática de atividade física de forma segura.</li> <li>• Realização de inquérito nacional sobre atividade física.</li> </ul>
Serviços e/ou parceiros a ser envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamente: Direção DGS; Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e outros Programas Prioritários de Saúde; Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar; Divisão de Apoio à Gestão</li> <li>• Entidades externas: Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Instituições do Ensino Superior; Instituições Governamentais e Instituições de Utilidade Pública (ligadas à atividade física).</li> </ul>
Riscos associados à concretização	Não aplicável (iniciativa estratégica já cumprida, no âmbito da pandemia da COVID-19).
Plano de contingência perante riscos	Não aplicável
Indicadores necessários para a medição/avaliação	A realização de inquéritos serve para conhecer qual o padrão da população portuguesa relativamente aos seus estilos de vida em situação de pandemia, de forma a informar possíveis futuras linhas de ação, servindo também para determinar o possível efeito das orientações lançadas no início do confinamento.

## 5. Referências Bibliográficas

1. WHO. *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
2. INE. *Estatísticas da saúde - 2018*. Lisboa; 2020.
3. OECD. *Health at a glance 2019: OECD Indicators*. Paris; 2019.
4. ISPAH. *The Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development*. Br J Sports Med. 2017;51(19):1389-91.
5. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. *Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. Lancet. 2020;396(10258):1223-49.
6. *Global Health Metrics. Low physical activity – Level 2 Risk*. Institute for Health Metrics and Evaluation; 2020.
7. OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: Perfil de saúde do país 2019. Paris: OCDE; 2019.
8. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. *The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases*. Lancet. 2016;388(10051):1311-24.
9. Pedersen BK, Saltin B. *Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases*. Scand J Med Sci Sports. 2015;25 Suppl 3:1-72.
10. INE. *Inquérito Nacional de Saúde 2019*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2020.
11. European Commission. *Special Eurobarometer 472. Sport and physical activity*. Brussels: European Commission; 2018.
12. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, Mendes R, Peters DH, Kontsevaya A, et al. *Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response*. Lancet. 2020;395(10238):P1678-80.
13. WHO. *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic* <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>: World Health Organization; 2020 [Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>].
14. WHO. *COVID-19 strategy update - 14 April 2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2020.
15. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. *Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017* Lancet. 2018;392:1923–94.
16. Lippi G, Henry BM, Sanchis-Gomar F. *Physical inactivity and cardiovascular disease at the time of coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Eur J Prev Cardiol. 2020;27(9):906-8.
17. Arora T, Grey I. *Health behaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: A mini-review*. J Health Psychol. 2020;25(9):1155-63.
18. Betsch C, Wieler LH, Habersaat K, group C. *Monitoring behavioural insights related to COVID-19*. Lancet. 2020;395(10232):1255-6.
19. Balanzá-Martínez V, Atienza-Carbonell B, Kapczinski F, De Boni RB. *Lifestyle behaviours during the COVID-19 - time to connect*. Acta Psychiatr Scand. 2020;141(5):399-400.
20. Siordia JA. *Epidemiology and clinical features of COVID-19: A review of current literature*. J Clin Virol. 2020;127:104357.
21. Walsh NP, Gleeson M, Shephard RJ, Woods JA, Bishop NC, Fleshner M, et al. *Position statement. Part one: Immune function and exercise*. Exerc Immunol Rev. 2011;17:6-63.
22. Martin SA, Pence BD, Woods JA. *Exercise and respiratory tract viral infections*. Exerc Sport Sci Rev. 2009;37(4):157-64.
23. WHO. *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour 2020*. Geneva: World Health Organization; 2020.
24. Wang M, Baker JS, Quan W, Shen S, Fekete G, Gu Y. *A Preventive Role of Exercise Across the Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Pandemic*. Front Physiol. 2020;11:572718.

25. WHO. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization; 2010.
26. WHO. *Tackling NCDs: 'Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases'*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.
27. Silva MN, Godinho C, Salavisa M, Owen K, Santos R, Silva CS, et al. "Follow the Whistle: Physical Activity Is Calling You": Evaluation of Implementation and Impact of a Portuguese Nationwide Mass Media Campaign to Promote Physical Activity. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21).
28. Michie S, van Stralen MM, West R. *The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions*. *Implement Sci*. 2011;6:42.
29. DGS. *Plano Estratégico da DGS 2020-2022*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020.
30. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. *International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity*. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381-95.
31. Bauman A, Bull F, Chey T, Craig CL, Ainsworth BE, Sallis JF, et al. *The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries*. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009;6:21.
32. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) 2015-2016. Consórcio IAN-AF; 2017.
33. Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzewaltowski DA. *Physical activity promotion through primary care*. *JAMA*. 2003;289(22):2913-6.
34. Hanson S, Jones A. *Missed opportunities in the evaluation of public health interventions: a case study of physical activity programmes*. *BMC Public Health*. 2017;17(1):674.
35. European Commission. *European guide of healthy physical activity and sports programmes: Methodology and compilation of best practices*. Directorate of Communications Barcelona Provincial Council ed2011.
36. CHRODIS. *Joint Action on Chronic Diseases & Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle - Work Package 5: Task 3. Good Practices in Health Promotion & Primary Prevention of Chronic Diseases. Summary Report*. 2015.
37. JANPA. *Definition and criteria of good practice for childhood obesity prevention programs in kindergartens and schools (WP6 Healthy environments by integrated approaches)*. 2015.
38. Ng E, de Colombani P. *Framework for Selecting Best Practices in Public Health: A Systematic Literature Review*. *J Public Health Res*. 2015;4(3):577.

## 6. Glossário

**Atividade física** | Corresponde a todo o movimento realizado pelo corpo humano que resulta num aumento do gasto energético, podendo apresentar formas menos estruturadas, enquadradas nas atividades do dia-a-dia (por exemplo, subir escadas, jardinar, caminhar até à paragem do autocarro, etc.), e outras mais estruturadas e, até, com objetivos competitivos (por exemplo, sessão de exercícios de força, corrida, prática de uma modalidade desportiva, entre outros). A atividade física é um determinante de saúde que deve, por isso, ser promovida ao longo de todo o ciclo de vida, em múltiplos contextos.

**Comportamento Sedentário** | Qualquer comportamento em estado de vigília caracterizado por um gasto energético de 1,5 METS ou inferior, enquanto se está sentado, reclinado ou deitado. A maioria dos trabalhos de escritório a uma mesa, conduzir um carro e ver televisão são exemplos de comportamentos sedentários; incluem também os comportamentos durante os quais não consegue estar de pé, nomeadamente de pessoas utilizadoras de cadeiras de rodas. As diretrizes operacionalizam a definição de comportamento sedentário para incluir comportamentos auto-reportados na posição de sentado com pouco movimento (tempos de lazer, ocupacional e total), televisão (ver TV ou tempo de ecrã e baixos níveis de movimento medidos por aparelhos que avaliam o movimento ou a postura).

**Aconselhamento breve para a atividade física** | Interação contendo encorajamento verbal e ou uma indicação ou recomendação verbal ou escrita para a prática de atividade física realizada por um profissional, que deve também envolver uma abordagem às motivações, barreiras, preferências, estado de prontidão e de saúde do utente, e às oportunidades para realizar atividade física, bem como os riscos da atividade física.

**Prescrição de exercício físico** | Processo contendo uma avaliação inicial da aptidão física e funcional e composição corporal, se relevante, do utente, uma seleção e explicação pormenorizada dos exercícios a realizar em função da aptidão física, situação clínica, limitações, objetivos e motivação do utente, e a aplicação sistemática de mecanismos de acompanhamento e avaliação dos efeitos dos exercícios, da sessão e ou do programa, devendo também ser abordados os riscos da atividade física.

**Boas práticas** | Características de iniciativas, de intervenções ou de programas comunitários, implementadas em contexto de vida real e que são adequadas ao seu contexto de aplicação, aceites pela população-alvo e parceiros, efetivas, que produzem bons resultados, eficientes, sustentáveis, replicáveis, éticas e justas

# 7. Anexos

## Anexo 1



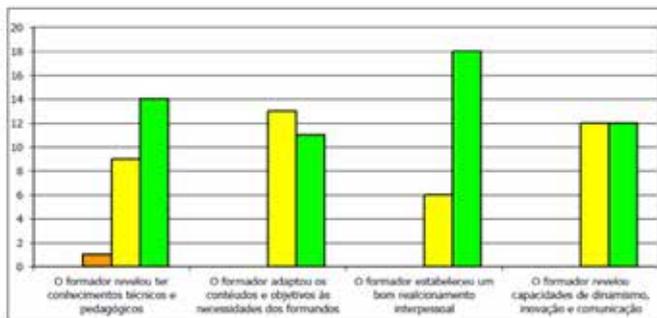
Curso: Promoção da Atividade Física nos CSP  
 Data: 07 e 08 de novembro de 2019  
 Local: AF Formação e Desenvolvimento  
 Formadora: [REDACTED]

### AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

N.º de Questionários preenchidos: 24

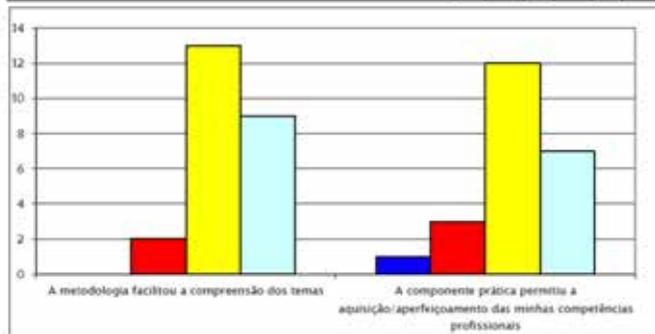
#### 1 – Monitoria

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
	%	%	%	%
O formador revelou ter conhecimentos técnicos e pedagógicos	1	4%	9	38%
O formador adaptou os conteúdos e objetivos às necessidades dos formandos	13	54%	11	46%
O formador estabeleceu um bom relacionamento interpessoal	6	25%	18	75%
O formador revelou capacidades de dinamismo, inovação e comunicação	12	50%	12	50%



#### 2 – Métodos e Meios

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
	%	%	%	%
A metodologia facilitou a compreensão dos temas	2	8%	13	54%
A componente prática permitiu a aquisição/aperfeiçoamento das minhas competências profissionais	1	4%	13	52%



### 3 – Desenvolvimento e Competências

	Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
		%		%		%		%
Penso que adquiri ou renovi conhecimentos	1	4%	5	21%	10	42%	8	33%
Penso que melhorei as minhas competências	1	4%	5	21%	11	46%	7	29%

### 4 – Horário

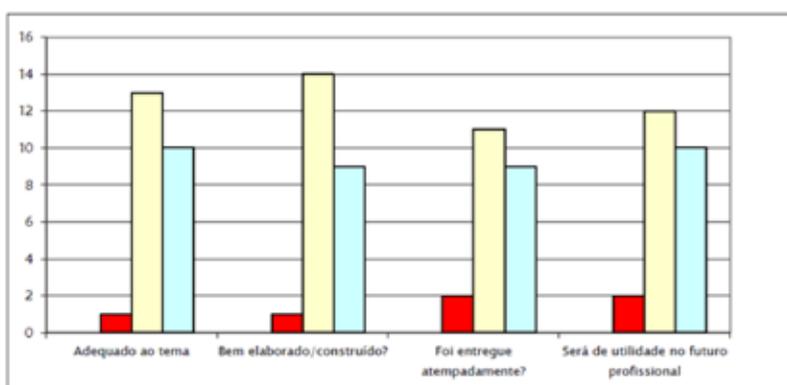
	Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
		%		%		%		%
O horário praticado foi apropriado à formação			2	8%	12	50%	10	42%
O número de horas foi adequado			3	13%	11	46%	10	42%

### 5 – Gestão da Formação

	Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
		%		%		%		%
Apoio técnico-pedagógico do Gestor de Formação			2	8%	13	54%	9	38%
Instalações			2	8%	12	50%	10	42%
Equipamentos			2	8%	12	50%	10	42%

## 6 - Material de apoio

	Pouco satisfatório	%	Satisfatório	%	Bom	%	Muito Bom	%
Adequado ao tema	1	4%	13	54%	10	42%		
Bem elaborado/construído?	1	4%	14	58%	9	38%		
Foi entregue atempadamente?	2	9%	11	50%	9	41%		
Será de utilidade no futuro profissional	2	8%	12	50%	10	42%		



## Que sugestões daria para melhorar este Módulo/Curso?

- 1 Tenho pena de apenas estar ao meu alcance o aconselhamento breve.
- 2 Só gostaria de referir que o horário de início da formação foi exatamente adequado, sobretudo para quem vem de fora da cidade.
- 3 Enviar material para email Institucional (desmaterializar)



Curso: Promoção da Atividade Física nos CSP

Data: 07 e 08 de novembro de 2019

Local: AF Formação e Desenvolvimento

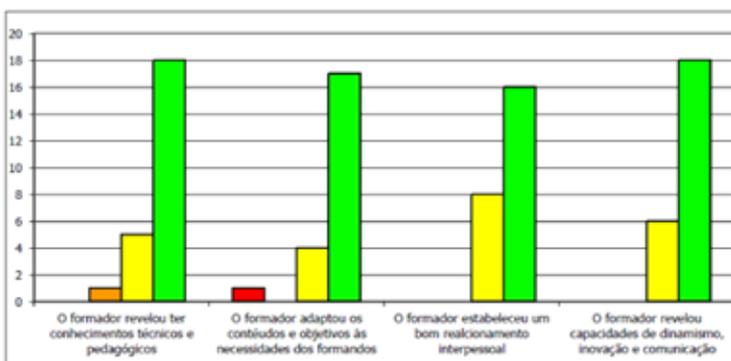
Formadora: [Redacted]

**AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**

N.º de Questionários preenchidos: 24

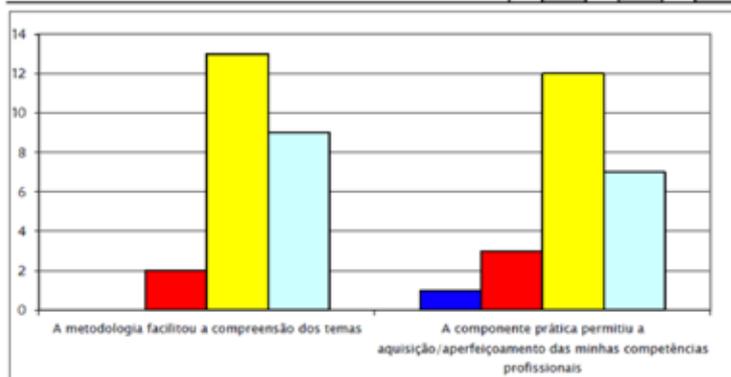
**1 – Monitoria**

	Insuficiente	%	Suficiente	%	Bom	%	Muito Bom	%
O formador revelou ter conhecimentos técnicos e pedagógicos			1	4%	5	21%	18	75%
O formador adaptou os conteúdos e objetivos às necessidades dos formandos	1	4%		8%	4	17%	17	71%
O formador estabeleceu um bom relacionamento interpessoal					8	33%	16	67%
O formador revelou capacidades de dinamismo, inovação e comunicação					6	25%	18	75%



**2 – Métodos e Meios**

	Insuficiente	%	Suficiente	%	Bom	%	Muito Bom	%
A metodologia facilitou a compreensão dos temas			2	8%	13	54%	9	38%
A componente prática permitiu a aquisição/aperfeiçoamento das minhas competências profissionais	1	4%	3	13%	12	52%	7	30%



### 3 – Desenvolvimento e Competências

	Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
		%		%		%		%
Penso que adquiri ou renovei conhecimentos	1	4%	5	21%	10	42%	8	33%
Penso que melhorei as minhas competências	1	4%	5	21%	11	46%	7	29%

### 4 – Horário

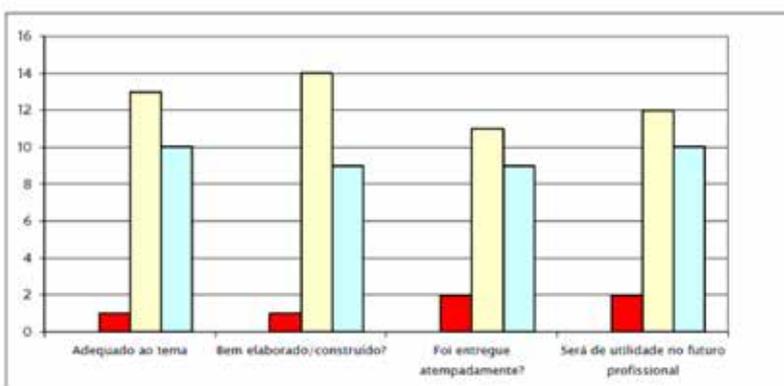
	Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
		%		%		%		%
O horário praticado foi apropriado à formação			2	8%	12	50%	10	42%
O número de horas foi adequado			3	13%	11	46%	10	42%

### 5 – Gestão da Formação

	Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
		%		%		%		%
Apoio técnico-pedagógico do Gestor de Formação			2	8%	13	54%	9	38%
Instalações			2	8%	12	50%	10	42%
Equipamentos			2	8%	12	50%	10	42%

6 – Material de apoio

	Pouco satisfatório	%	Muito Insatis	%	Bom	%	Muito Bom	%
Adequado ao tema	1	4%	13	54%	10	42%		
Bem elaborado /construído?	1	4%	14	58%	9	38%		
Foi entregue atempadamente?	2	9%	11	50%	9	41%		
Será de utilidade no futuro profissional	2	8%	12	50%	10	42%		



Que sugestões daria para melhorar este Módulo/Curso?

1. Tenho pena de apenas estar ao meu alcance o aconselhamento breve.
2. Só gostaria de referir que o horário de início da formação foi exatamente adequado, sobretudo para quem vem de fora da cidade.
3. Enviar material para email institucional (desmaterializar)
- 4.

## Anexo 2



**COVID-19**

# REACT-COVID

## INQUÉRITO SOBRE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DE CONTENÇÃO SOCIAL

**VERSÃO RETIFICADA**

O presente relatório constitui uma versão retificada do relatório homónimo publicado a 31 de maio de 2020, ao nível dos gráficos da página 9 e do primeiro gráfico da página 10, em resultado de uma validação adicional de dados

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**  
SAÚDE

 **SNS**  
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

 **DGS** desde 1899  
Direção-Geral da Saúde

## INTRODUÇÃO

**Este estudo da Direção-Geral da Saúde teve como objetivo conhecer os comportamentos alimentares e de atividade física dos portugueses em contexto de contenção social, para combate à pandemia da COVID-19. Teve como parceiro o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.**

### DESENHO DO ESTUDO E AMOSTRA

Os resultados aqui apresentados resultam de um desenho de estudo observacional transversal, com uma amostra não probabilística de base nacional de indivíduos com 16 ou mais anos em situação de contenção social no domicílio devido à pandemia da COVID-19. A recolha de dados (5874 inquiridos) foi realizada durante o período de confinamento, entre dia 09-04-2020 e dia 04-05-2020.



### RECOLHA DE DADOS

A recolha dos dados seguiu duas estratégias: a) questionário online auto-preenchido através de amostragem por bola de neve, ativada por divulgação em websites institucionais, redes sociais e media, complementada com um b) inquérito telefónico assistido por computador (sistema CATI) a titulares de números de telemóvel ou telefone fixo gerados de forma aleatória e proporcional à prevalência de números nacionais de telefone das rede fixa e móveis.



### ANÁLISE DOS DADOS

A informação apresentada foi ponderada para a distribuição da população Portuguesa de acordo com informação dos Censos 2011 após estratificação por sexo, grupos etários (entre os 16 e os 34 anos; entre os 35 e os 54 anos; 55 ou mais anos), nível educacional (ensino básico ou secundário; ensino superior) e NUTS II (Norte, Centro, Região Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve, Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores). Após ponderação, a distribuição da amostra é semelhante à da população residente em Portugal no que se refere a estas variáveis sociodemográficas.



COVID-19

REACT-COVID INQUÉRITO SOBRE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DE CONTENÇÃO SOCIAL

3

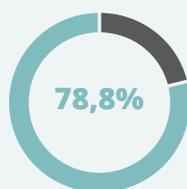
## LITERACIA EM SAÚDE

“competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para **acceder, compreender e utilizar** informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”



### ACESSO

#### OS PORTUGUESES PROCURAM INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE?



PROCURA INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE E CUIDADOS DE SAÚDE

81,4%



vs



75,7%

Procura de informação sobre saúde e cuidados de saúde durante o período de isolamento ou confinamento no contexto da COVID-19



Conseguem aceder à **informação** sobre a **COVID-19**



Conseguem aceder à **informação** sobre outros **assuntos de saúde**



Tiveram **acesso** às **orientações** produzidas pela **DGS** na área da **alimentação**



Tiveram **acesso** às **orientações** produzidas pela **DGS** na área da **atividade física**



**PESSOAS COM MAIS IDADE (+55 ANOS) E COM MENOR NÍVEL DE ESCOLARIDADE SENTEM MAIS DIFICULDADE EM OBTER INFORMAÇÃO**

COVID-19

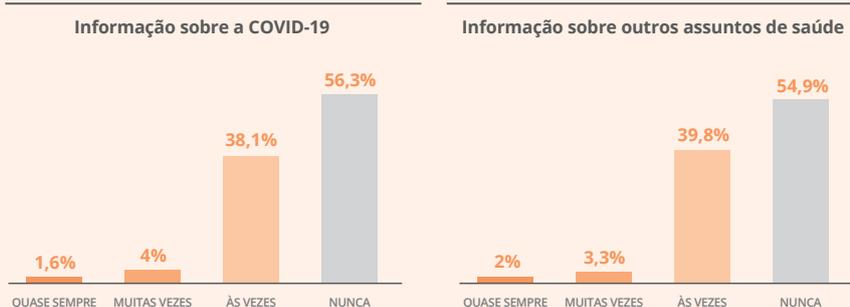
REACT-COVID INQUÉRITO SOBRE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DE CONTENÇÃO SOCIAL

4



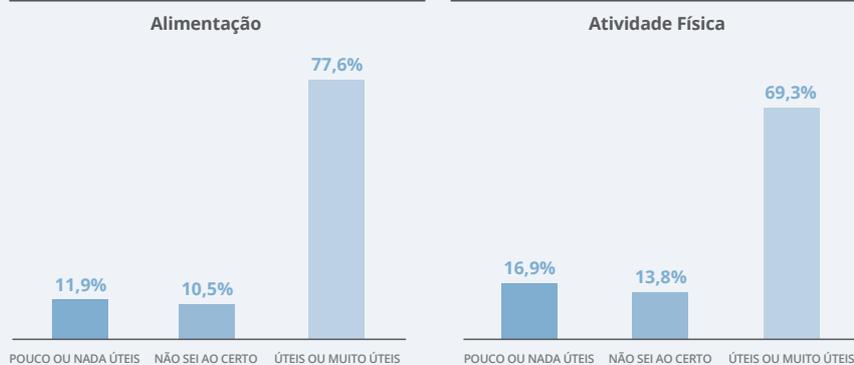
## COMPREENSÃO

### OS PORTUGUESES SENTEM DIFICULDADE EM COMPREENDER A INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE?



## UTILIDADE

### AS ORIENTAÇÕES PRODUZIDAS PELA DGS NA ÁREA DA ALIMENTAÇÃO E DA ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DE ISOLAMENTO OU CONFINAMENTO FORAM ÚTEIS?



# ALIMENTAÇÃO

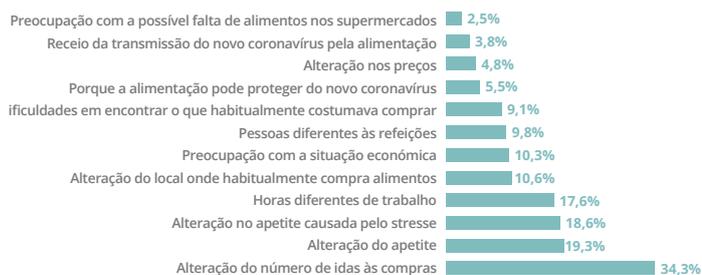
## ALTERAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES DURANTE O PERÍODO DE ISOLAMENTO OU DE CONFINAMENTO NO CONTEXTO DA COVID-19



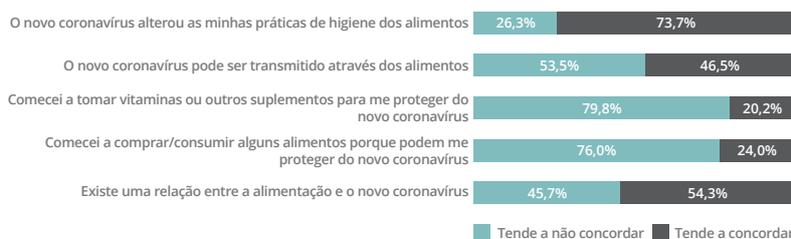
### ALTERAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES DURANTE O PERÍODO DE CONTENÇÃO SOCIAL



### Razões para alteração dos hábitos alimentares



### Perceções face à relação entre a alimentação e o novo coronavírus



As razões para a alteração de hábitos alimentares parecem concentrar-se em torno de 3 eixos. O primeiro eixo está relacionado com as medidas de confinamento que contribuíram para alterações ao nível dos horários de trabalho e do modelo de compras. Um segundo eixo está associado ao stresse vivido e a alterações do apetite e um terceiro eixo, associado ao receio com a situação económica. Por oposição, a relação entre a alimentação e a COVID-19, ou o risco de contrair a doença, não foram drivers fortes na mudança do comportamento face à alimentação.

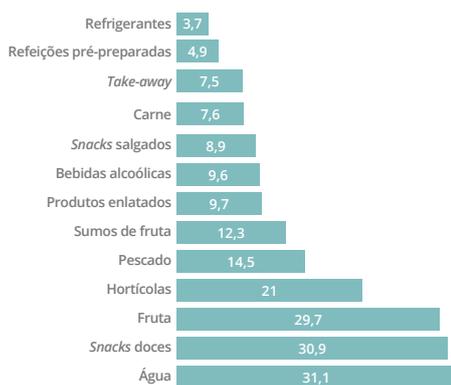
COVID-19

REACT-COVID INQUÉRITO SOBRE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DE CONTENÇÃO SOCIAL

6

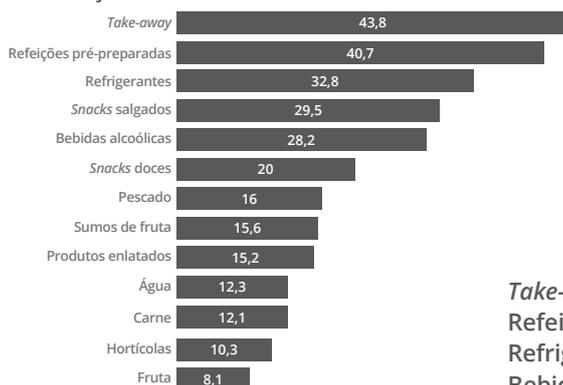
## ALTERAÇÕES NO CONSUMO ALIMENTAR DURANTE O PERÍODO DE ISOLAMENTO OU DE CONFINAMENTO NO CONTEXTO DA COVID-19

### AUMENTO



Água (31,1%)  
 Snacks doces (30,9%)  
 Fruta (29,7%)  
 Hortícolas (21,0%)

### DIMINUIÇÃO



Take-away (43,8%)  
 Refeições pré-preparadas (40,7%)  
 Refrigerantes (32,8%)  
 Bebidas alcoólicas (28,2%)

## ALTERAÇÃO DE ALGUNS COMPORTAMENTOS ASSOCIADOS À ALIMENTAÇÃO DURANTE O PERÍODO DE ISOLAMENTO OU CONFINAMENTO NO CONTEXTO DA COVID-19



Alteraram o número de idas às **compras**



Passaram a **cozinhar mais**



Passaram a **petiscar mais** ao longo do dia (*snacking*)

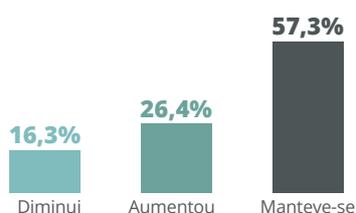


Alteraram o número de **refeições diárias**

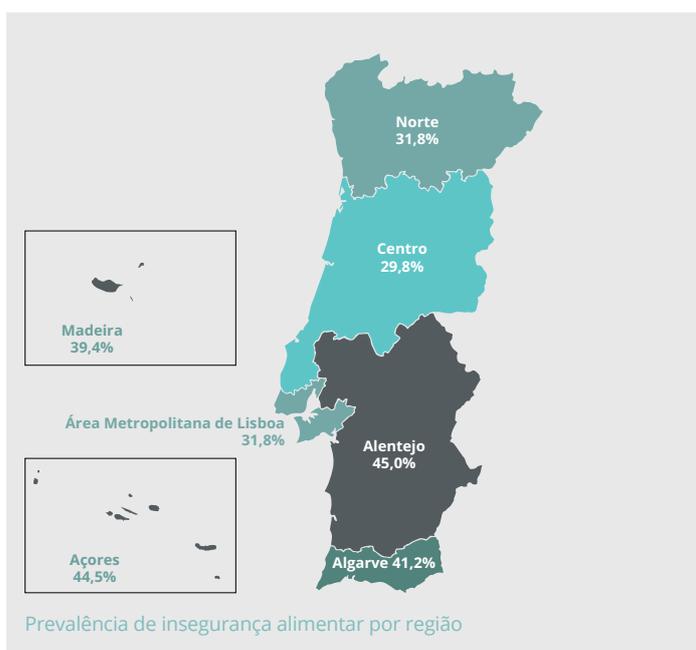
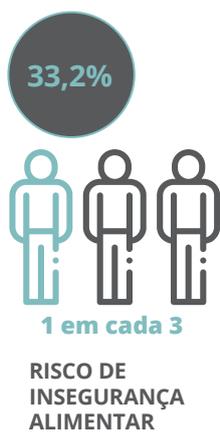
## PERCEÇÃO DA ALTERAÇÃO DO PESO CORPORAL DURANTE O PERÍODO DE ISOLAMENTO OU CONFINAMENTO



PERCEÇÃO FACE À ALTERAÇÃO DO PESO DURANTE O PERÍODO DE CONTENÇÃO SOCIAL



## RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR DURANTE A COVID-19



## PADRÕES DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR DURANTE O PERÍODO DE ISOLAMENTO OU CONFINAMENTO

### PADRÃO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR SAUDÁVEL

18,2%

Adere a este padrão saudável

#### AUMENTO

Fruta  
Hortícolas  
Pescado



### PADRÃO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR NÃO SAUDÁVEL

10,8%

Adere a este padrão não saudável



**AUMENTO**  
Refeições pré-preparadas  
Snacks salgados  
Refrigerantes  
Take-away



**DIMINUIÇÃO**  
Fruta  
Hortícolas



12,9%



9,0%

OS HOMENS SÃO OS QUE MAIS ADOTAM O PADRÃO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR NÃO SAUDÁVEL

16-34 anos

13,9%

35-54 anos

12,5%

+55 anos

7,0%

OS MAIS JOVENS SÃO OS QUE MAIS ADOTAM O PADRÃO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR NÃO SAUDÁVEL



11,7%  
Confortável ou muito confortável



9,8%  
Suficiente



13,0%  
Difícil ou muito difícil

AS PESSOAS COM DIFICULDADES ECONÓMICAS SÃO AS QUE MAIS ADOTAM O PADRÃO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR NÃO SAUDÁVEL

13,8%

RISCO DE INSEGURANÇA

9,4%

SEGURANÇA ALIMENTAR

AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR SÃO AS QUE MAIS ADOTAM O PADRÃO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR NÃO SAUDÁVEL

CONHECIMENTO DAS ORIENTAÇÕES DA DGS SOBRE ALIMENTAÇÃO

9,3% sim

12,1% não

OS INQUIRIDOS QUE NÃO CONHECIAM AS ORIENTAÇÃO DA DGS NA ÁREA DA ALIMENTAÇÃO SÃO OS QUE MAIS ADOTAM O PADRÃO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR NÃO SAUDÁVEL

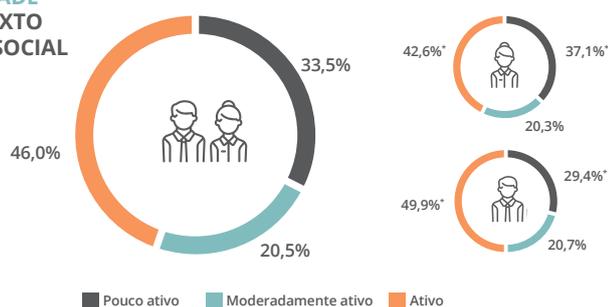
**Nota metodológica:** Uma análise de correspondência múltipla foi realizada para identificar os comportamentos alimentares que se alteraram de forma conjunta durante o período em análise. As frequências apresentadas para um dado agregado dizem respeito à co-ocorrência de pelo menos duas das categorias de consumo alimentar que o definem. Dados ponderados por sexo, grupos etários (entre os 16 e os 34 anos; entre os 35 e os 54 anos; 55 ou mais anos), nível educacional (mais ou menos do que o 12º ano; escolaridade obrigatória) e NUTS II.

## ATIVIDADE FÍSICA

### PREVALÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA\*

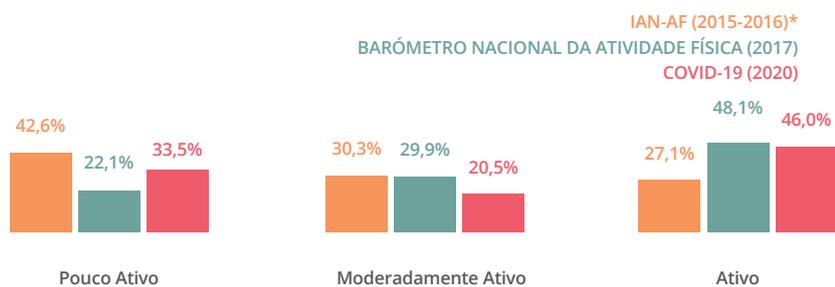
#Valores retificados

#### NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DE CONTENÇÃO SOCIAL



\*Diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre homens e mulheres para as categorias "ativo" e "pouco ativo".

#### COMPARAÇÃO COM ESTUDOS NACIONAIS ANTERIORES



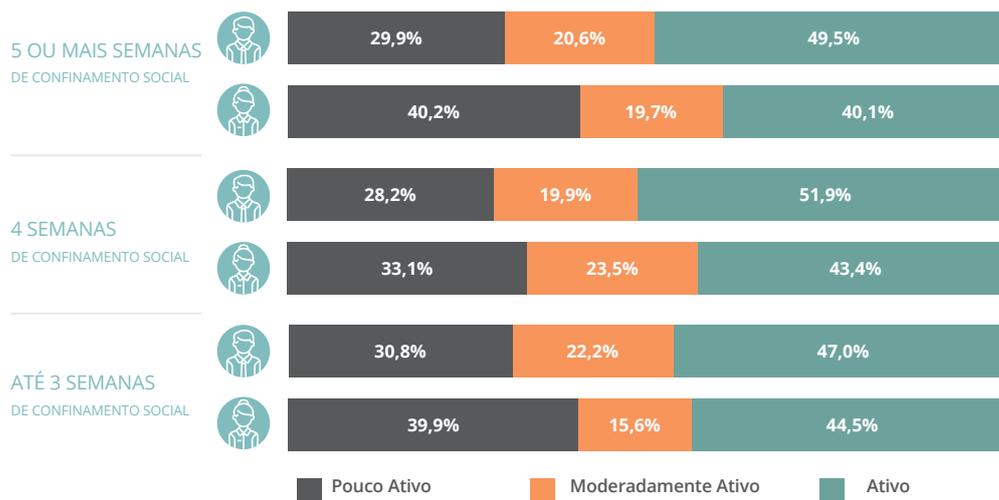
\*Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

Os dados relativos à prática de atividade física apontam para um quadro em que **33,5% da população reporta níveis baixos de atividade física, 20,5% são moderadamente ativos e 46,0% reporta níveis de atividade física elevados.**

Quando comparamos estes resultados com estudos populacionais anteriores, verifica-se, em tempos de confinamento:

- **Aumento da prevalência de pessoas com níveis baixos de atividade física face a 2017** (valores que tinham tendência decrescente desde 2015);
- **Praticamente inalterada a prevalência de pessoas com níveis elevados de atividade física, face a 2017** (mantendo-se a prevalência superior relativamente a 2015).

### NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA POR DURAÇÃO DO CONFINAMENTO



A duração do tempo em confinamento parece ter um efeito na prática de atividade física, sublinhando uma tendência diferente entre homens e mulheres:



Diminuição no nível elevado de prática à medida que o tempo em confinamento aumentou.



Tendência parece ser contrária, assinalando-se um ligeiro aumento da prevalência "ativo".

COMPARATIVAMENTE AO PERÍODO PRÉ-CONTENÇÃO SOCIAL, OS PORTUGUESES CONSIDERARAM QUE O SEU VOLUME DE ATIVIDADE FÍSICA ERA...

53,6%

INFERIOR

28,0%

IGUAL

18,5%

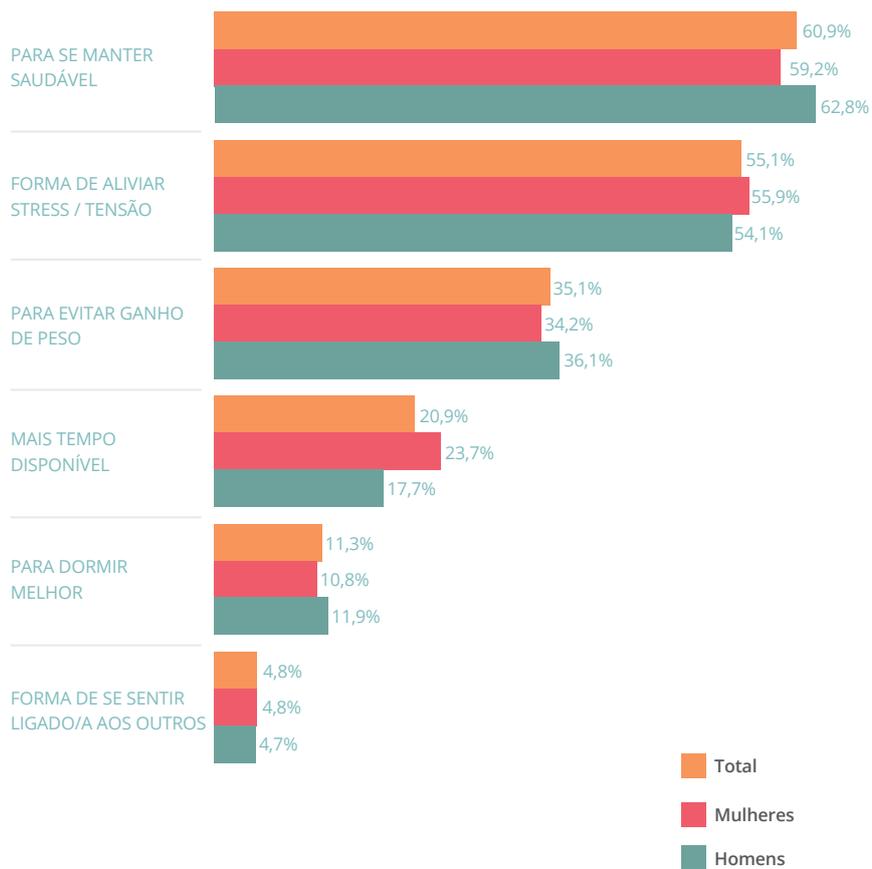
SUPERIOR

MAIS DE METADE dos inquiridos perceciona ter diminuído a prática de atividade física.

MENOS DE 1/5 perceciona ter aumentado.

## MOTIVOS PARA A PRÁTICA

### QUAIS OS PRINCIPAIS MOTIVOS PARA A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA?

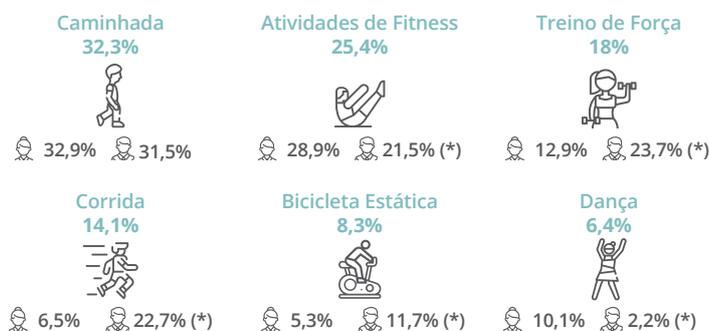


Principais razões apontadas prendem-se com:

- **saúde (60,9%)**
- **gestão do stress (55,1%)**
- **evitar ganho de peso (35,1%)**

## ATIVIDADES FÍSICAS REALIZADAS

### ATIVIDADE FÍSICA ORGANIZADA/ ESTRUTURADA



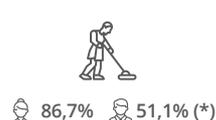
Entre as principais atividades praticadas, sublinham-se, de entre a prática de atividade física mais estruturada:

- caminhada
- atividades de fitness\*
- treino de força\*
- corrida\*

\*Diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.001$ ) verificadas entre homens e mulheres, com os homens a praticarem mais treino de força e corrida e as mulheres atividades de fitness.

### ATIVIDADE FÍSICA INTEGRADA NAS TAREFAS DIÁRIAS

#### Limpezas Domésticas



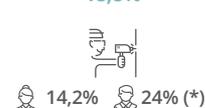
#### Subir/Descer Escadas



#### Cuidar da Horta/Jardim



#### Bricolage



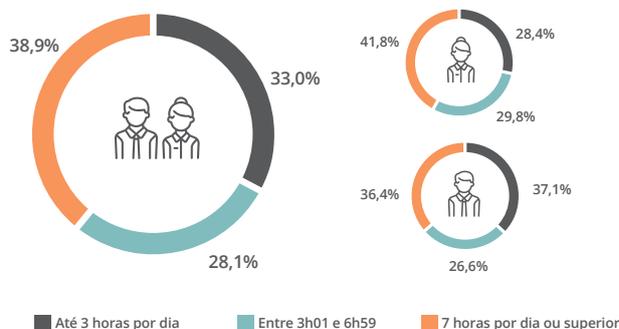
Entre as principais atividades físicas não estruturadas (integradas no quotidiano), metade da população ou mais refere:

- tarefas domésticas\*
- subir/descer escadas

\*Diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.001$ ) verificadas entre homens e mulheres apenas ao nível das atividades domésticas (mais elevado nas mulheres).

## PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

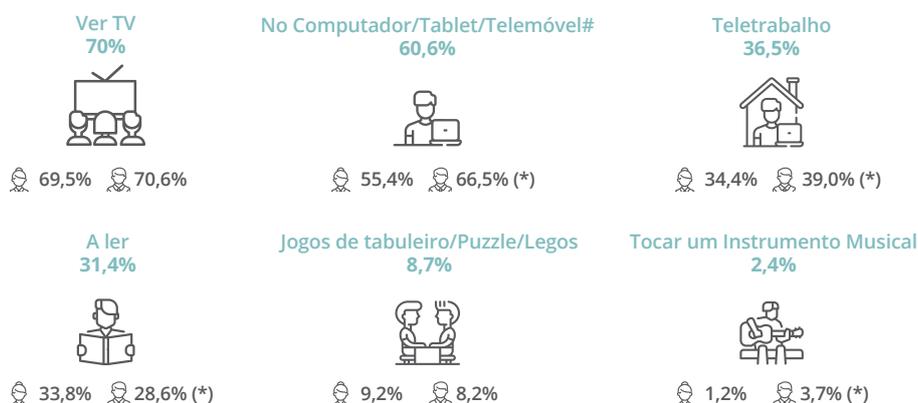
### NÍVEL DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO EM CONTEXTO DE CONTENÇÃO SOCIAL



Diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.001$ ) entre homens e mulheres.

**Nota metodológica:** Os pontos de corte utilizados para o comportamento sedentário seguiram os mesmos utilizados em Rezende LFM, Sá TH, Mielke GI, Viscondi JYK, Rey-López JP, Garcia LMT. All-Cause Mortality Attributable to Sitting Time: Analysis of 54 Countries Worldwide. Am J Prev Med. 2016;51(2):253-63

## ATIVIDADES EM COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO



\*Diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.001$ ) verificadas entre homens e mulheres.

A maioria da população refere que o seu tempo diário sentado é passado em duas atividades principais:

- **VER TELEVISÃO**
- **NO COMPUTADOR / TABLET / TELEMÓVEL (#sem ser em teletrabalho)**
- **Cerca de 1/3 aponta ainda o teletrabalho e a leitura de livros.**

## PADRÃO DE RISCO PARA A SAÚDE

### ATIVIDADE FÍSICA

Nível de atividade física “pouco ativo”

### ALIMENTAÇÃO

Pioraram hábitos alimentares\*

### ACESSO ÀS RECOMENDAÇÕES

Não tiveram acesso às recomendações DGS de atividade física e alimentação saudável em contexto de confinamento

### SITUAÇÃO FINANCEIRA E ESCOLARIDADE

Situação financeira do agregado familiar percebida como difícil/muito difícil e até ao 9º ano do Ensino Básico

### IDADE

Mais de 55 anos

### TEMPO DE CONFINAMENTO

Em confinamento há 5 semanas ou mais

\*aumentaram o consumo de *snacks* salgados, refeições pré-preparadas, refrigerantes e *take-away* e diminuíram o consumo de fruta e hortícolas

Uma análise simultânea de um conjunto de variáveis relacionadas com as 3 grandes áreas em estudo permitiu identificar dois grandes aglomerados de indicadores de risco e de proteção da saúde:

O primeiro aglomerado é compatível com um padrão de risco apontando para a co-ocorrência de níveis de atividade física baixos; aumento do consumo de *snacks* salgados, refeições pré-preparadas, refrigerantes e *take-away* e diminuição do consumo de hortofrutícolas; desconhecimento das recomendações da DGS sobre atividade física e alimentação saudável em contexto de isolamento social; situação financeira percebida como difícil ou muito difícil; menor nível de escolaridade, bem como mais tempo em situação de confinamento social (5 semanas ou mais).

**Nota metodológica:** Foi realizada uma análise de correspondência múltipla para dados categóricos, para explorar a relação entre algumas das variáveis estudadas, procedendo a uma partição das variáveis em grupos homogéneos e simplificando a estrutura da variabilidade de dados multivariados. Esta análise permite a que se estabeleçam os perfis de cada grupo observado, possibilitando assim uma avaliação das associações (ou correspondências) entre os grupos e a variáveis analisadas.

## PADRÃO PROTETOR DA SAÚDE

### ATIVIDADE FÍSICA

Nível de atividade física “ativo” ou “moderadamente ativo”

### ALIMENTAÇÃO

Não pioraram hábitos alimentares\*

### ACESSO ÀS RECOMENDAÇÕES

Tiveram acesso às recomendações DGS de atividade física e alimentação saudável em contexto de confinamento

### SITUAÇÃO FINANCEIRA E ESCOLARIDADE

Situação financeira do agregado familiar percecionada como confortável/ muito confortável e escolaridade de nível secundário ou superior

### IDADE

Idade entre os 16 e os 54 anos

### TEMPO DE CONFINAMENTO

Em confinamento há menos 5 semanas

\*Tendem a não se enquadrar no padrão de comportamento alimentar “não saudável”, caracterizado pelo aumento do consumo de *snacks* salgados, refeições pré-preparadas, refrigerantes e *take-away* e pela diminuição do consumo de fruta e hortícolas.

O segundo aglomerado identificado é compatível com um padrão protetor da saúde, em que níveis mais elevados de atividade física tendem a co-ocorrer com outros elementos de potencial salutogénico, como o não aumento do consumo de *snacks* e refeições pré-preparadas, o acesso às recomendações de atividade física e alimentação saudável em contexto de isolamento social, a perceção de uma boa situação financeira, maior nível de escolaridade (12<sup>a</sup> ou universitário), ser mais jovem e estar há menos tempo em situação de confinamento social.

VÁRIOS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS E EXPERIMENTAIS ANTERIORES TÊM ENFATIZADO O PAPEL DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA COMO “AGREGADOR” DE OUTROS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE, NOMEADAMENTE A ALIMENTAÇÃO, FACTO QUE PODE TAMBÉM TER OCORRIDO, COM EFEITO PROTETOR, EM SITUAÇÃO DE CONFINAMENTO SOCIAL. FUTURAS ANÁLISES EXPLORARÃO MAIS EM DETALHE ESTA HIPÓTESE PARTICULAR.

A OUTRO NÍVEL, PARECE TAMBÉM QUE O CONTEXTO DE CONTENÇÃO SOCIAL PODE TER CONTRIBUÍDO PARA O AGRAVAMENTO DAS INEQUIDADES EM SAÚDE EM FUNÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E ECONÓMICAS, JÁ QUE A ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS BENÉFICOS PARA A SAÚDE PARECE TER MENOR EXPRESSÃO NOS GRUPOS MAIS DESFAVORECIDOS.

## Anexo 3



### Indicadores de Boas Práticas em Programas Comunitários de Promoção de Atividade Física

Um dos principais eixos estratégicos de ação do PNPAF passa pela promoção de contextos e ambientes de vida ativos, visando identificar e reconhecer iniciativas comunitárias de qualidade, possibilitando a sua valorização e disseminação a nível nacional (1).

Apesar de toda a evidência existente acerca da utilidade e do sucesso de iniciativas comunitárias na alteração de comportamentos da população, estas apresentam ainda algumas limitações. Estas lacunas comprometem, em muitos casos, a possibilidade de avaliação e disseminação destas iniciativas a uma escala maior (2).

Neste sentido, é útil que estas intervenções sejam avaliadas e validadas através de uma ferramenta comum que assegure/assinale o cumprimento de critérios reconhecidos como boas práticas na promoção da atividade física junto da população, em situações de “mundo real” (3). Boas práticas têm sido referidas enquanto “características de iniciativas, de intervenções ou de programas comunitários, implementadas em contexto de vida real e que são adequadas ao seu contexto de aplicação, aceites pela população-alvo e parceiros, efetivas, que produzem bons resultados, eficientes, sustentáveis, replicáveis, éticas e justas” (4, 5). Estes critérios de boas práticas são uma fonte útil de evidência baseada na prática no que diz respeito às características de intervenções em saúde pública, implementadas em situações de vida real (6).

Para este efeito, o PNPAF criou uma ferramenta, com base em critérios de avaliação provenientes de várias fontes de evidência (ex.: plataforma CHRODIS, revisão sistemática da literatura e critérios definidos pela OMS), que avalie as boas práticas existentes em intervenções comunitárias de promoção da atividade física. Esta ferramenta de avaliação irá permitir a identificação, o reconhecimento e a valorização de iniciativas comunitárias de qualidade já existentes. Para além disso, este conjunto de critérios de sucesso poderá, igualmente, ajudar na definição de padrões de qualidade dessas mesmas iniciativas, incentivando a sua disseminação e adoção a nível nacional.

1. PNPAF. (2015). *Programa Nacional Para a Promoção da Atividade Física*.

2. Hanson, S., & Jones, A. (2017). Missed opportunities in the evaluation of public health interventions: a case study of physical activity programmes. *BMC Public Health*.

3. European Commission. (2011). *European guide of healthy physical activity and sports programmes: Methodology and compilation of best practices*. Directorate of Communications Barcelona Provincial Council.

4. CHRODIS, J. A. (2015). *Joint Action on Chronic Diseases & Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle - Work Package 5: Task 3. Good Practices in Health Promotion & Primary Prevention of Chronic Diseases*, 1-52.

5. IANPA. (2015). *Definition and criteria of good practice for childhood obesity prevention programs in kindergartens and schools (WPA Healthy environments by integrated approaches)*.

6. Ng, E., & De Colanibus, P. (2015). Framework for selecting best practices in public health: a systematic literature review. *Journal of Public Health Research*, 4(3).



Esta ferramenta existe em diferentes formatos, nomeadamente, em formato de tabela, com os critérios de boas práticas listados e as respetivas ponderações/avaliações, e em formato de questionário, com exemplos de resposta para cada critério, que foi transformado em forma de pergunta.

A tabela de avaliação de boas práticas, apresenta todos os critérios de boas práticas definidos, tendo sido atribuída uma ponderação e uma avaliação percentual a cada critério. Utilizou-se, para cada critério, uma ponderação, ficando cada um deles com uma cotação de 1 (i.e., critério pouco importante), 2 (i.e., critério muito importante) ou 3 (i.e., critério essencial), de acordo com a sua relevância. Essas ponderações foram transformadas numa avaliação percentual, para ser possível avaliar as boas práticas de uma intervenção de 0 a 100%.

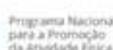
Esta ferramenta existe também em formato de questionário de resposta aberta, para que seja mais simples a identificação dos critérios de avaliação pedidos. Para cada questão existem exemplos daquilo que poderá ser considerado na resposta.

A ferramenta encontra-se dividida em três partes: (1) questões sobre as características da intervenção principal, (2) questões sobre estratégias de monitorização e avaliação da intervenção e (3) questões sobre estratégias de implementação da intervenção. Este último grupo de critérios/questões, só deve ser considerado para a avaliação de intervenções ou programas que já tenham sido implementados, pelo menos uma vez.

Para o esclarecimento de qualquer dúvida ou questão acerca da ferramenta, por favor contactar o PNPAF para o [pnpaf@dgs.min-saude.pt](mailto:pnpaf@dgs.min-saude.pt).

Tabela de Avaliação de Boas Práticas em Intervenções Comunitárias

CRITÉRIOS DE BOAS PRÁTICAS		Avaliação (Ponderação)		
<b>Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada (55,5%)</b>				
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria		6,5% (3)		
Especificação e justificação* da população-alvo (*Grupos de risco e fatores de suscetibilidade da população/alvo)		6,5% (3)		
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção		6,5% (3)		
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa		6,5% (3)		
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais		5% (2)		
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa	6,5% (3)	1,69% (3)	
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos		1,69% (3)	
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência		1,69% (3)	
	Existência de um manual/guia/protocolo de apoio à implementação		1,43% (2)	
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*Etiologia da situação para o consumo de risco que pretende alterar)		5% (2)		
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais		6,5% (3)		
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)		6,5% (3)		
<b>Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção (24,5%)</b>				
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante ( <i>existência adequada dos dados sobre recursos humanos, materiais e monetários</i> )	5% (2)	3% (2)	
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos ( <i>custos de custo-efetividade</i> )		2% (1)	
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar	6,5% (3)	1,43% (3)	
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar		1,43% (3)	
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados		1,43% (3)	
	Especificação dos momentos de avaliação		1,43% (3)	
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i> e/ou avaliação continuada dos participantes		0,78% (1)	
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	6,5% (3)	1,43% (2)	
			Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação	2,08% (3)
			Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção	1,43% (2)
			Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados	0,78% (1)
			Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa	0,78% (1)
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	6,5% (3)	1,3% (1)	
			Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados	2,9% (3)
			Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação	2,3% (2)
	<b>Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção (20%)</b>			
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação	6,5% (3)	1,43% (3)	
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa		1,43% (3)	
	Uso ou integração de recursos previamente existentes		1,43% (3)	
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção (e.g., <i>fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades</i> )		0,78% (1)	
Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa		6,5% (3)		
Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo		5% (2)		
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas		2% (1)		



## Questionário de Avaliação de Boas Práticas em Programas Comunitários para a Promoção da Atividade Física

### Questões sobre as características da intervenção principal

1. A intervenção foi baseada em alguma evidência científica ou teoria existente?

*Exemplo: programa foi baseado em evidência científica que demonstra os benefícios da prática de atividade física; programa baseado na teoria da autodeterminação*

2. Qual a população-alvo da intervenção? Por favor justifique esta escolha.

*Exemplo: intervenção focada na promoção da atividade física nos homens, visto serem um grupo da população normalmente discriminada neste tipo de intervenções*

3. Foi garantida a equidade no acesso e participação na intervenção?

*Exemplo: não foi negada a participação a ninguém interessado na intervenção e que cumprisse com as características da população-alvo*

4. Qual/quais o/s comportamento/s a alterar ou a adquirir através da participação no programa?

*Exemplo: aumento do número de passos por dia; redução do tempo sedentário; aumento do número de dias por semana em que se pratica atividade física*

5. A intervenção apresenta uma abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais?

Abordagem abrangente da promoção da saúde – estratégia utilizada para a promoção da saúde que desenvolve competências individuais, cria ambientes de apoio e relacionamento positivo e procura aumentar o envolvimento da comunidade nestas ações

*Exemplo: intervenção inclui sessões em grupo que promovam não só capacidades individuais, como o relacionamento com os outros participantes e profissionais envolvidos, procurando envolver toda a comunidade*

6. Qual o local, número, duração e frequência das sessões ou dos contactos com os participantes? Qual a duração total do programa?

*Exemplo: intervenção dura 3 meses, contando 12 sessões com duração de 1h30, 1 vez por semana, realizadas no pavilhão desportivo da localidade*



7. De que forma são apresentados os conteúdos da intervenção?

*Exemplo: em grupo ou individualmente; via presencial ou digital*

8. Quais os temas ou conteúdos que são abordados em cada sessão ou módulo da intervenção? Por favor justifique esta escolha.

*Exemplo: 3 sessões sobre importância da atividade física e 3 sessões sobre alimentação saudável, visto que o objetivo da intervenção é promover o aumento do nível de atividade física e promover melhores escolhas alimentares*

9. Existe um manual, um guião ou um protocolo de apoio à implementação da intervenção?

*Exemplo: manual de suporte aos profissionais que implementam as sessões com descrição dos protocolos da intervenção*

10. Qual/quais a/s técnica/s de mudança comportamental utilizadas na intervenção? Por favor justifique esta escolha.

Técnicas de mudança comportamental – componente ativa de uma intervenção baseada na mudança comportamental

*Exemplo: estratégias de estabelecimento de objetivos; feedback; suporte social; utilização de um pedómetro para automonitorização do número de passos por dia*

11. Foi dado aos participantes algum consentimento informado antes da sua participação?

*Exemplo: foi assegurada a descrição clara dos objetivos da intervenção, explicação de benefícios e potenciais efeitos adversos*

12. Que qualificações ou competências devem ter os profissionais envolvidos na intervenção?

*Exemplo: curso superior na área do exercício e saúde; formação em técnicas de mudança comportamental*

#### **Questões sobre as estratégias de monitorização e avaliação da intervenção**

1. Foram calculados os custos necessários para a realização da intervenção, incluindo os custos por cada participante? Se sim, por favor especifique.

*Exemplo: 12500€ anuais, sendo que se gastam 120€ anuais em cada participante*

2. Foi realizada uma análise de custo-efetividade? Se sim, por favor especifique.

Análise de custo-efetividade – análise económica que compara os custos relativos e os *outcomes*/efeitos de



uma ou mais intervenções e tem como objetivo minimizar os custos de atingir um objetivo específico; é expresso pelo rácio entre uma medida de “melhoria de saúde” (anos de vida ganhos, dias sem doença) e os custos associados com essa mesma medida

*Exemplo: quanto custou a redução da pressão arterial sistólica dos participantes em 10mmHg*

### 3. Qual/quais o/s indicador/es utilizado/s na avaliação de processo?

Indicadores de processo – fatores que afetam ou que refletem a forma como uma intervenção foi desenhada

ou implementada

*Exemplo: número de sessões dadas; barreiras ou fatores facilitadores à implementação do programa*

### 4. Qual/quais o/s indicador/es utilizado/s na avaliação de resultado?

Indicadores de resultado – fatores que indicam exatamente o que medir, de forma a perceber se os objetivos/resultados foram atingidos

*Exemplo: aumento do número de passos por dia em 1500; redução de 60 minutos por semana de tempo sedentário*

### 5. Qual/quais o/s método/s ou instrumento/s de avaliação utilizado/s? Por favor justifique esta escolha.

*Exemplo: pedômetro; acelerómetro; balança*

### 6. Quantos momentos de avaliação existiram? Por favor especifique quando estes se realizaram.

*Exemplo: 3 momentos de avaliação - no início, a meio e no fim da intervenção*

### 7. Existe avaliação de *follow-up* ou avaliação continuada dos participantes? Por favor especifique quando esta se realiza.

*Exemplo: participantes foram avaliados 3 meses depois da intervenção acabar; intervenção é cíclica e os participantes são avaliados a cada 6 meses*

### 8. As estratégias de recrutamento utilizadas foram reportadas? Se sim, qual foi o seu alcance?

*Exemplo: recrutamento por e-mail ou telefone; tipo de população que o recrutamento atraiu*

### 9. As taxas de participação e de desistência, nos vários momentos de avaliação, foram avaliadas? Se sim, foram reportadas?

*Exemplo: taxa de participação de 95% e desistência de 5% na primeira avaliação e taxa de participação de 80% e desistência de 20% na última avaliação*

### 10. Foi feita alguma avaliação da satisfação dos participantes relativamente à intervenção? Se sim,

6



foi reportada?

*Exemplo: foi entregue um questionário aos participantes sobre a sua satisfação com os conteúdos da intervenção e com o desempenho dos profissionais envolvidos*

11. Existiu alguma monitorização de resultados ou *outcomes* não planeados, decorrentes da intervenção?

Se sim, foram reportados?

*Exemplo: reporte de um caso de um participante que desenvolveu um distúrbio alimentar depois de ter participado nas sessões sobre alimentação saudável*

12. Existiu alguma monitorização da consistência ou da fidelidade da aplicação do protocolo da intervenção? Se sim, foram feitas algumas alterações? Qual/quais?

*Exemplo: profissionais fizeram supervisão de sessões dadas, reportando que num determinado local não foi possível fazerem uma atividade outdoor prevista devido às condições climáticas*

13. Foi calculada a magnitude dos efeitos (*effect sizes*)? Se sim, por favor especifique.

Magnitude dos efeitos (*effect sizes*) – medida que compara a magnitude da diferença dos resultados obtidos

em diferentes grupos de intervenção ou a magnitude da associação entre duas ou mais variáveis

*Exemplo: existiram diferenças significativas no peso dos participantes após a sua participação no programa*

14. O programa foi eficaz? Ou seja, os resultados da avaliação foram ao encontro dos objetivos da intervenção previamente estabelecidos? Se sim, foram reportados?

*Exemplo: participantes aumentaram o número de passos por dia em 1000 e não em 1500, logo os objetivos não foram alcançados*

15. Existiu alguma monitorização de consequências negativas decorrentes da participação na intervenção?

Se sim, foram reportados?

*Exemplo: potencial risco de lesão após participação numa sessão de atividade física*

#### **Questões sobre as estratégias de implementação da intervenção**

1. Existiu formação para os profissionais envolvidos, em aspetos da implementação da intervenção?

*Exemplo: curso breve para os profissionais que irão implementar a intervenção sobre o conteúdo das sessões e as atividades que devem ensinar*



**2. Quais os recursos humanos e materiais necessários para a implementação da intervenção?**

*Exemplo: utilização de 1 pavilhão multidesportivo, 3 bolas de fitness, 3 bandas elásticas, 1 máquina de medição da pressão arterial, 1 balança, 4 professores*

**3. Os recursos previamente existentes foram utilizados ou integrados na implementação?**

*Exemplo: utilização da sala de exercício de um ginásio na localidade*

**4. Foi descrito e definido qual o fluxo de trabalho e comunicação e as tarefas e responsabilidades de cada parte que intervém na intervenção?**

*Exemplo: Câmara Municipal financia o programa que se realiza no pavilhão desportivo de uma escola na localidade, mas quem organiza o recrutamento é o centro de saúde*

**5. Existiram parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação da intervenção? Se sim, qual/quais?**

*Exemplo: instituições do ensino superior, escolas, autarquias, instituições de cariz social, empresas*

**6. Foi definida uma estratégia que permita manter a intervenção em funcionamento a longo prazo? Se sim, qual?**

*Exemplo: existência de apoio institucional; apoio por parte de stakeholders e parceiros; integração em planos de ação de maior escala; alinhamento com orientações estratégicas e políticas*

**7. Foi aferida a capacidade de transferência da intervenção para outras populações ou contextos? Se sim, de que forma será possível esta transferência?**

*Exemplo: possibilidade de a intervenção ser realizada noutra zona do país, tendo em conta condições políticas, sociais e económicas*



**Direção-Geral da Saúde**

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500 | Fax: +351 218 430 530

E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)