



SOCIOLOGIA  
E POLÍTICAS PÚBLICAS

---

Departamento de Sociologia e Políticas Públicas

## **Atividade Física e Saúde Pública: O Papel das Políticas Públicas**

Mário Lameiras Marques

Doutoramento em Políticas Públicas

Orientadora:

Doutora Ana Maria da Silva dos Santos, Investigadora Integrada, ISCTE – Instituto  
Universitário de Lisboa

Julho, 2021





SOCIOLOGIA  
E POLÍTICAS PÚBLICAS

---

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

## **Atividade Física e Saúde Pública: O Papel das Políticas Públicas**

Mário Jorge Lameiras Marques

Doutoramento em Políticas Públicas

### **Júri:**

Doutor Tiago Fernandes, Professor Associado com Agregação, ISCTE – Instituto  
Universitário de Lisboa (Presidente)

Doutor Rui Miguel Carvalhinho Branco, Professor Associado com Agregação, FCSH  
– Universidade Nova de Lisboa

Doutor José Pedro Leitão Ferreira, Professor Associado, FCDEF – Universidade de  
Coimbra

Doutora Maria Filomena Soares Vieira, Professora Auxiliar, FMH – Universidade  
de Lisboa

Doutora Maria Filomena Costa Cruz Carnide, Professora Auxiliar, FMH –  
Universidade de Lisboa

Doutor Marcelo Moriconi Bezerra, Investigador Integrado, ISCTE – Instituto  
Universitário de Lisboa

Doutora Ana Maria da Silva dos Santos, Investigadora Integrada, ISCTE – Instituto  
Universitário de Lisboa

Julho, 2021



## **Agradecimentos**

São dois os agradecimentos que quero manifestar, não obstante muitos outros que, de uma forma pontual ou mais constante, são também alvo da minha gratidão.

Em primeiro lugar gostaria de expressar o meu empenhado agradecimento à minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Doutora Ana Santos, pela abertura, conselhos, apoio e, sobretudo, pela paciência que sempre prestou na elaboração deste trabalho e ao longo de todo o tempo que o mesmo consumiu.

Expresso também o meu grato reconhecimento ao ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, por acolher e dar oportunidade aos modos de pensar fora de contextos certinhos e massificados, fora dos quadros limitadores das disciplinas de outras instituições de ensino. A interdisciplinaridade e multidimensionalidade académica tornam possível uma tese como esta.



## Resumo

O presente trabalho questiona as políticas públicas de promoção da atividade física, encetadas em Portugal entre o período de 1998 a 2015, da responsabilidade dos órgãos de governação. A atividade física tem sido relegada para o âmbito dos comportamentos individuais, sem que aparentemente as políticas públicas tenham responsabilidade no assunto. Todavia, tem vindo a ser demonstrado que estas políticas influem fortemente nos comportamentos individuais, tendo a capacidade para os moldar e condicionar.

É objetivo deste trabalho reconhecer a evolução as políticas de promoção da atividade física e de combate ao sedentarismo, indagar que políticas foram essas e avaliar da sua conformidade com as boas práticas ou recomendações a nível internacional. Com essa finalidade, foram recolhidos e seleccionados documentos oficiais de acesso público, onde se encontravam inscritas as intenções governativas e as medidas de política pública a implementar.

A inquirição recorreu a uma metodologia mista qualitativa e quantitativa, com recurso à análise documental e à análise de conteúdo, por referência à mudança de comportamentos individuais alterados pelas políticas públicas seguidas. Foram extraídos e comparados os resultados dos principais inquéritos gerais que mediram a atividade física e o sedentarismo, por referência ao período definido.

Os resultados parecem confirmar o alcance relativamente modesto das políticas públicas de promoção da atividade física, maioritariamente de natureza informativa, sem que se observem programas com capacidade de implementação correspondente à totalidade da população.

### **Palavras-chave:**

Atividade física, políticas públicas, sedentarismo, determinantes, saúde, desporto.





## **Abstract**

This work questions the public policies to promote physical activity, initiated in Portugal between 1998 and 2015, under the responsibility of the governing bodies. Physical activity has been relegated to the scope of individual behaviors, apparently without public policies having responsibility for the matter. However, it has been shown that these policies have a strong influence on individual behaviors, having the capacity to shape and condition them.

The objective of the work is to recognize the evolution of policies to promote physical activity and to combat sedentary lifestyles, investigate which policies were these and assess their compliance with good practices or recommendations at the international level. For this purpose, official documents with public access were collected and selected, which includes the government intentions and public policy measures to be implemented.

The inquiry uses a mixed qualitative and quantitative methodology, using document analysis and content analysis, referring to the change in individual behaviors altered by the public policies followed. The results of the main general surveys that measured physical activity and sedentary lifestyle were extracted and compared, by reference to the defined period.

The main results seem to confirm the relatively modest reach of public policies to promote physical activity, mostly with an informative nature, without observing programs with implementation capacity corresponding to the entire population.

### **Keywords:**

Physical activity, public policies, sedentary lifestyle, determinants, health, sport.



<b>Resumo</b> .....	i
<b>Abstract</b> .....	iii
Índice de Quadros:.....	ix
Índice de Figuras: .....	xi
Siglas e Acrónimos .....	xiii
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I - ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA</b> .....	5
1 – Emergência do problema .....	5
1.1. Factos e números .....	5
1.2. Problemática e importância .....	14
1.3. Conceitos e relações .....	20
2 - Políticas Públicas Saudáveis .....	25
2.1. Saúde em todas as políticas .....	25
2.2. Desenvolvimento do conceito .....	27
2.3. Determinantes da saúde .....	34
2.4. Processo político, coordenação e liderança .....	40
<b>CAPÍTULO II - ACTIVIDADE FÍSICA E POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	47
3 – Contexto das políticas públicas de saúde.....	47
3.1. Processo político e políticas de saúde .....	47
3.2. Políticas públicas e Saúde Pública .....	49
3.2.1 - <i>Inclusão da saúde pública</i> .....	50
3.2.2 - <i>A saúde como política pública singular</i> .....	51
3.2.3 - <i>O conflito epistemológico</i> .....	52
3.2.4 - <i>Tendências no presente século</i> .....	53
3.3. Teorias e modelos de análise de políticas de saúde pública .....	55
3.4. Governança e avaliação em saúde .....	62
4 - Uma inquirição das políticas pública .....	70
4.1. Filosofia da inquirição .....	70
4.2. Dimensões e elementos .....	72
4.3. Método da inquirição.....	80
4.4. Análise documental .....	84

4.4.1 - <i>Escolha dos documentos</i> .....	85
4.4.2 - <i>Descrição das fontes</i> .....	87
4.4.3 – <i>Identificação e ordenação</i> .....	88
4.4.4 – <i>Indicadores de análise</i> .....	90
<b>CAPÍTULO III - A PROMOÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA</b> .....	<b>95</b>
5 – Políticas de promoção da atividade física.....	95
5.1. Promoção da saúde .....	95
5.2. Promoção da atividade física.....	105
5.3. Programas e ações .....	118
5.3.1 - <i>Estratégias e processo</i> .....	119
5.3.2 - <i>Programas e intervenções</i> .....	120
5.3.3 – <i>Avaliação de planos e programas</i> .....	122
5.4. Literacia, saúde e atividade física.....	124
5.4.1. <i>Literacia e seu significado</i> .....	124
5.4.2. <i>Literacia em saúde</i> .....	128
5.4.3 - <i>Literacia em atividade física</i> .....	131
5.4.4. <i>Literacia e promoção da atividade física</i> .....	136
6 - A promoção internacional da atividade física .....	137
6.1. O contexto das organizações internacionais.....	137
6.1.1 - <i>Soft law</i> .....	139
6.1.2. – <i>Instâncias internacionais</i> .....	141
6.2. O papel das organizações internacionais .....	145
6.2.1 – <i>A promoção pela OMS</i> .....	146
6.2.2 – <i>Iniciativas regionais – União Europeia</i> .....	147
6.2.3 – <i>HEPA Europe</i> .....	149
6.3. As recomendações da OMS e da UE para a atividade física.....	153
6.3.1 – <i>Recomendações sobre atividade física e saúde</i> .....	153
6.3.2 – <i>Recomendações de política pública</i> .....	156
<b>CAPÍTULO IV - AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA EM PORTUGAL</b> .....	<b>161</b>
7 – Caracterização e contexto .....	161
7.1. Estatuto das políticas para a atividade física .....	161

7.2. Síntese analítica .....	183
7.3. Uma visão particular das políticas de saúde: OPSS .....	186
8 – Análise de dados .....	197
8.1. Estatísticas .....	197
8.2. Políticas e programas.....	211
8.3. Aferidores possíveis .....	233
<b>CAPÍTULO V – DISCUSSÃO E PERSPETIVAS .....</b>	<b>255</b>
9 - Análise e discussão.....	255
9.1. Nota metodológica.....	255
9.2. Aplicação dos indicadores .....	256
9.3. Leitura crítica.....	261
10 – A 3ª Fase da promoção da atividade física .....	266
10.1. O Programa Nacional para a Promoção da AF .....	266
10.2. Avaliação da 3ª fase.....	272
<b>CONCLUSÕES GERAIS .....</b>	<b>275</b>
1. Considerações de fundo.....	275
2. Políticas públicas em Portugal – informar sem compromisso.....	277
3. Outras considerações .....	281
4. Contributo eventual .....	283
Limitações do estudo e pistas de investigação .....	285
<b>FONTES DOCUMENTAIS.....</b>	<b>289</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>297</b>
Definições.....	319
ANEXOS .....	325



## Índice de Quadros:

Quadro I.1 - Dez principais fatores de risco causas de morte por distribuição de riqueza no mundo. Adaptado de WHO, 2009b: 11).....	8
Quadro I.2 - Principais fatores negativos, relativamente a Portugal, de acordo com o Eurobarómetro. Adaptado de Comissão Europeia (2014 e 2018).....	12
Quadro I.3 - Adaptado de Baun, Ollila e Peña (2013: 32-33).....	30
Quadro I.4 - Adaptado de WHO (2004: 5).....	37
Quadro I.5 - Filiação dos principais problemas na coordenação intersectorial. ....	45
Quadro II. 1 - Identificação dos documentos por critério. ....	89
Quadro II. 2 - Classificação dos documentos por grau. ....	91
Quadro II. 3 - Critério de aplicação.....	91
Quadro II. 4 - Critérios marcadores de conteúdo. ....	93
Quadro III. 1 - Abordagens condutoras da promoção da saúde agrupadas.....	100
Quadro III. 2 -- Determinantes nos modelos ecológicos – adaptado de McLeroy <i>et al.</i> , 1988: 355	101
Quadro III. 3 - Modelos e teorias de investigação em promoção da atividade física. Adaptado de U.S. Department of Health and Human Services (1996: 212). ....	112
Quadro III. 4 - Adaptado de Sørensen <i>et al.</i> , (2012: 10).....	129
Quadro III. 5 - Estrutura da HEPA-PAT. Adaptado de Bull, Milton e Kahlmeier (2015: 2). ....	150
Quadro III. 6 - Estrutura e indicadores de monitorização da HEPA, de acordo com a Recomendação do Conselho da UE de 2013. Adaptado de Breda <i>et al.</i> (2018: 521).....	152
Quadro III. 7 - Especificação das recomendações por área de atuação dos seis documentos selecionado. ....	158
Quadro IV. 1 – Governos constitucionais e respetivos mandatos na dimensão temporal. ....	172
Quadro IV. 2 - Frequência de registo das leis de bases segundo os indicadores escolhidos. ....	184
Quadro IV. 3 - Frequência e registo dos Programas de Governo aos vetores de análise.....	185
Quadro IV. 4 - Fonte: 4º Inquérito Nacional de Saúde, 2009: 66. ....	198
Quadro IV. 5 - Dados do Eurobarómetro de 2010 .....	200
Quadro IV. 6 - Comparação entre as motivações dos portugueses para a prática de exercício / AF, em comparação com as médias europeias. Fonte: Eurobarómetro de 2010.....	201
Quadro IV. 7 - Barreiras à prática de exercício / AF. Fonte: Eurobarómetro de 2010. ....	202
Quadro IV. 8 - Variação da população sedentária nos documentos estatísticos selecionados.....	208

Quadro IV. 9 - Síntese das metas prioritárias previstas (quadros do PNS 2004-2010, vol. 1: 19 a 22).....	215
Quadro IV. 10 - Atitudes perante o exercício. Fonte: Inquérito da Fund. Port Cardiologia.....	236
Quadro IV. 11 - Projetos de saúde nas escolas em 2002. Fonte: “Ganhos de Saúde em Portugal”, 2002: 174.....	242
Quadro IV. 12 - Comparação de dados em dois planos inquiridos.....	245
Quadro IV. 13 - Prática de exercício físico organizado: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).....	248
Quadro IV. 14 - Prática outra AF. Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).....	248
Quadro IV. 15 - Locais de prática da AF: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).....	249
Quadro IV. 16 - Participação em clubes e associações desportivas: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).....	250
Quadro IV. 17 - Motivações para a prática da AF: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).....	251
Quadro IV. 18 - Barreiras à prática da AF: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).....	251
Quadro IV. 19 - Falta de interesse na prática da AF: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018)....	252
Quadro IV. 20 - Oportunidades de AF na área de residência: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).....	252
Quadro IV. 21 - Oferta de associações e clubes para a prática da AF: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018). ....	253
Quadro IV. 22 - Papel dos governos locais: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).....	253
Quadro IV. 23 – Voluntariado no desporto: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).....	254
Quadro V. 1 - Classificação dos documentos, de acordo com os indicadores de análise.....	257
Quadro V. 2 - Metas previstas na documentação.....	258
Quadro V. 3 - Classificação de conteúdo temático segundo os critérios forte/médio/fraco.....	259
Quadro V. 4 - Níveis de sedentarismo em percentagem, nos vários inquéritos selecionados.....	265



## Índice de Figuras:

Figura I.1 - Frequência na prática de exercício físico ou desporto na União Europeia. (adaptado de Comissão Europeia, 2014: 6 e 2018: 7).....	10
Figura I.2 - Modelo sócio-ecológico, sentido de influência dos determinantes de políticas públicas (adaptado de Woods e Mutrie, 2012: 94).....	18
Figura I.3 - Sobreposição de conceitos – adaptado de Bellew (2011: 341), de acordo com Hagströmer (2007: 2). .....	24
Figura I.4 - Adaptado de Dahlgren e Whitehead (2006: 20). .....	35
Figura II. 1 - O modelo “Black box” - adaptado de Birkland, 2011: 27. ....	56
Figura II. 2 - Ilustração do modelo não-linear de Kingdom, adaptado de Ollila, Baum e Peña, 2013: 16.....	59
Figura II. 3 - Fluxo das políticas públicas, do ponto de vista da análise linear.....	63
Figura II. 4 - Modelo de Richmond / Kotelchuck, adaptado de Wilcox, 2008: 1. ....	71
Figura II. 5 - Aplicação dos critérios para integração dos métodos. ....	83
Figura II. 6 - Níveis de triangulação da pesquisa. Adaptada de Flick, 2009:27.....	84
Figura II. 7 - Fluxograma da seleção dos documentos a analisar. ....	87
Figura II. 8 - Lógica da ordenação dos documentos por função. ....	90
Figura III. 1 - Integração possível das dimensões do conceito de promoção da saúde. ....	104
Figura III. 2 - Processo causal – Adaptado e modificado de Bauman <i>et al.</i> , (2002: 6).....	114
Figura III. 3 - Processo causal: Mediadores e condicionadores – Adaptado e modificado de Bauman <i>et al.</i> , (2002: 8).....	114
Figura III. 4 - Processo de intervenção de políticas públicas sobre os determinantes – Adaptado de Sallis, Bauman e Pratt, (1998: 388), apud NSW Physical Activity Task Force. ....	117
Figura III. 5 - Modelo lógico geral. Adaptado de W.K. Kellogg Foundation (2004: 1). ....	121
Figura III. 6 - Modelo circular de avaliação. Adaptado de Perales <i>et al.</i> (2010: 281). ....	122
Figura III. 7 - Potencial da literacia. Adaptado de IOM – Institute Of Medicine (2004: 34).....	130
Figura III. 8 - Aprendizagem institucional. Adaptado de Corbin (2016: 15). ....	132
Figura III. 9 - Ligação conceptual entre literacia física, atividade física e saúde. Adaptado de Cairney <i>et al.</i> , (2019: 373). ....	135
Figura III. 10 - Distribuição regional da OMS. Adaptado de Clift (2013: 13).....	141
Figura IV. 1 – Valores relativos à atividade sedentária. Fonte: LVAf, 2011: 36.....	203
Figura IV. 2 - Comparação de valores relativos à atividade sedentária, leve, moderada e vigorosa. Fonte: LVAf, 2011: 42. ....	204
Figura IV. 3 - População com 15 ou mais anos que pratica exercício físico por tempo médio por semana, sexo e grupo etário, Portugal 2014. Fonte: INS 2014, p. 174. ....	205

Figura IV. 4 - Prevalência da AF em indivíduos com mais de 14 anos, de ambos os sexos. Fonte: IAN-AF 2015-2016: 97.....	206
Figura IV. 5 - Tempo passado sentado. Fonte: Inquérito da Fund. Port Cardiologia.....	236
Figura IV. 6 - Prática de atividade física na última semana, Portugal continental – totais, inquérito HBSC (2014). Fonte: CNS, 2018: 74.....	243
Figura IV. 7 - Prática de exercício fora do período escolar – horas por semana. Fonte: Inquérito HBSC, 2014: 48. ....	244
Figura IV. 8 - Frequência semanal e dias. Fonte: COSI, 2008: 30.....	245
Figura IV. 9 - Frequência semanal em horas. Fonte: COSI, 2016: 52. ....	245
Figura V. 1 - Classificação dos documentos, de acordo com os indicadores de análise. ....	260

## Siglas e Acrónimos

ACF – Advocacy Coalition Framework

AHA – American Heart Association

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSM – American College of Sports Medicine

AF – Atividade física

AGAP – Associação de Ginásios e Academias de Portugal

ANMP – Associação Nacional de Municípios portugueses

ARS – Administração Regional de Saúde

CDC - Centers for Disease Control and Prevention (U.S. Department of Health and Human Services)

CE – Comissão Europeia

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COP – Comité Olímpico Português

COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

CRP – Constituição da República Portuguesa

Dec.lei – Decreto-lei

DGE – Direção Geral do Ensino

DGT – Direção Geral do Território

DGS – Direção Geral da Saúde, do Ministério da Saúde

DG SANCO - Directorate-General for Health and Consumers (designação usada até 2014)

DR – Diário da República

EHLP – European Health Literacy Project

ENPAF - A Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar

FMH – Faculdade de Motricidade Humana

FPC – Fundação Portuguesa de Cardiologia

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children

HEPA – Health Enhancing Physical Activity

ICSSPE – International Council for Sport SCience and Physical Exercise

IAN-AF – Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

IDP – Instituto do Desporto de Portugal

IND – Instituto Nacional do Desporto

INDESP – Instituto do Desporto

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IPDJ – Instituto Português do Desporto e da Juventude

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

IOM – American Institute of Medicine

IPAQ - “International Physical Activity Questionnaire”

IPLA - International Physical Literacy Association

ISCA – International Sports and Culture Association

LBAFD – Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto (Lei nº 5/2007, de 16 de janeiro)

LVAF – Livro Verde da Actividade Física

MS – Multiple Streams Framework

MSd - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organizações Não Governamentais

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PANAF – Plano de Ação Nacional para a Atividade Física

PAS 2004 - Plano de Acção para a Saúde 2004 - Áreas prioritárias

PNAF – Plano Nacional da Actividade Física

PNPAF – Programa Nacional para a promoção da Atividade Física

PNPOT – Programa Nacional das Políticas de Ordenamento do Território

PNS – Plano Nacional de Saúde

RPCS – Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis

SHAPE-America – Society for Health and Physical Educators

SLS – Sistemas Locais de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

UP – Universidade do Porto

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UTL – Universidade Técnica de Lisboa

WHO – World Health Organization



## INTRODUÇÃO

Atividade física e saúde constituem um binómio indissociável, cuja crescente importância tornou suscetível de integrar a agenda política para grande parte dos governos a nível mundial. Na perspetiva da saúde pública, o sedentarismo e as suas consequências manifestam-se como uma pandemia silenciosa, estando na base de inúmeras doenças de natureza não transmissível (Pedersen e Saltin, 2015); na perspetiva das políticas públicas, as repercussões sobretudo ao nível dos custos de financiamento dos sistemas de saúde e os custos de produtividade requerem cada vez mais atenção ao problema.

A evolução das condições de vida e existência comportam paradoxos nem sempre concordantes. No passado, os humanos viveram na condição de caçadores-recolectores. A escassez de comida disponível obrigava a percorrer longas distâncias e à necessidade de conservar a energia durante os períodos de maior desgaste (Cavill, Kahlmeier e Racioppi, 2006: 1). Esta adaptação do corpo humano perdurou até aos dias de hoje, mercê da genética; contudo essas condições foram sendo alteradas gradualmente, mas de forma acelerada no último século e meio.

Com o advento da agricultura, que iniciou o período neolítico há cerca de 12.000 anos, a seguir com a evolução no domínio dos metais e dos instrumentos, a vida diária foi sendo facilitada, se bem que exigisse ainda grandes esforços físicos. Com a revolução industrial, os meios de produção deixam de ser predominantemente ao ar livre e em movimento, passando a espaços fechados, sem grande atividade, acompanhando as crescentes aglomerações urbanas à volta de fábricas e de pontos centrais das vilas e cidades. Grande número de pessoas vai estando sujeita a padrões pouco ou nada saudáveis, suportando longas horas de trabalho, nutrição deficiente, precárias condições sanitárias e proliferação de doenças infecciosas (Seabra *et al.*, 2008: 721; Garradas, 2019: 21; Bamba, Fox e Scott-Samuel, 2005: 188); Draper e Stratton, 2019: 5).

A partir de meados do século XX, assiste-se a uma melhoria progressiva nos níveis de vida de alguns países ocidentais, muito embora esse progresso só chegue a muitos outros países no

final desse século. A industrialização e o crescente domínio da tecnologia trazem associado um sedentarismo crescente, que contrasta com a natureza do ser humano. Esta associação entre a industrialização e o sedentarismo tem sido nas últimas décadas uma preocupação a nível mundial.

Como foi reconhecido no relatório “Retrato da Saúde” de 2018, da responsabilidade do Ministério da Saúde, baixos níveis de atividade física têm maiores custos de saúde e de produtividade, sejam estes custos diretos, pela utilização dos serviços de saúde por surgimento ou agravamento de patologias, sejam eles indiretos, por exemplo o absentismo ou redução da produtividade por limitação da saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, num país com 10 milhões de habitantes, onde 50% da população seja insuficientemente ativa, o custo anual derivado da inatividade física é cerca de 900 milhões de euros, o equivalente a 9% do orçamento do Ministério da Saúde para 2017, no caso específico de Portugal (Ministério da Saúde, 2018: 17). Mais recentemente, os custos anuais da inatividade em Portugal foram estimados, de forma conservadora, em cerca de 330 milhões de dólares internacionais (DGS, 2016: 67).

Acrescente-se que, associado a estas questões, o problema das desigualdades sociais se avoluma também no que respeita às consequências do sedentarismo, seja pela exposição dos indivíduos, seja pelos níveis de acesso aos cuidados de saúde ou aos sistemas de segurança social. Muitos fatores podem ser importantes neste tema, como seja a penosidade do trabalho, o grau de escolaridade, o acesso à informação e a forma como ele é disponibilizada, o percurso familiar, e outros. Todos eles se conjugam no intrincado problema da condução política geral.

Um dos maiores problemas que se põem à governação nesta problemática é a transposição do comportamento dos indivíduos e dos grupos para o campo das medidas de política pública. Esta transposição é levada a cabo pela alteração dos determinantes de saúde, os quais condicionam diretamente o referido comportamento. Utilizada no sentido da promoção de estilos de vida mais saudáveis para os indivíduos e de rejeição de comportamentos nocivos, as políticas públicas que alteram ou modificam os determinantes de saúde são responsáveis pela mitigação dos efeitos da inatividade física.

Este espírito insere-se naquilo que internacionalmente se vem designando como “políticas públicas saudáveis”. A condução da política pode ser benéfica ou então produzir resultados negativos, com profundo impacto nos vários setores da sociedade. O desenvolvimento de efeitos positivos para o indivíduo, conducentes a um melhor bem-estar e a condições ótimas de saúde é o desígnio das políticas públicas saudáveis. É o que se designa por saúde em todas as políticas.



Para a sua concretização é necessário que o exercício da governação com essa orientação se estenda a todos os domínios da política e não se concentre neste ou naquele setor. A coordenação intersectorial tem necessariamente de envolver todos os níveis e todas as áreas a política sob a mesma orientação de influência positiva, com o cuidado requerido na conjugação dos efeitos das respetivas ações.

A atividade física encontra-se sujeita a estes padrões, resultando muito dependente das condições de vida, mas também da informação, da literacia e da promoção da saúde e dos valores a ela associados, nomeadamente a prevenção de doenças. A nível internacional a promoção da atividade física tem constituído um objetivo fundamental das políticas públicas, há já várias décadas. Múltiplas experiências em diversos países foram postas em execução; várias instâncias supra estatais e organizações internacionais têm tomado posição sobre a matéria, emitindo recomendações, não apenas para os cidadãos, mas igualmente recomendações de políticas dirigidas aos governos nacionais. Essas recomendações visam implementar condições para que os determinantes de saúde condicionem favoravelmente a adoção da atividade física, nas suas múltiplas manifestações, pelos indivíduos e pela sociedade em geral.

E em Portugal, o que é que tem sido feito para que tal objetivo seja alcançado? Indubitavelmente o problema da inatividade física é reconhecido, pelo menos desde os anos noventa do século passado. Mas a sua consideração na agenda política dos vários governos é uma questão que não foi ainda tratada de forma sistemática, nem avaliada no pressuposto do seu interesse para a ciência política, no que respeita à abordagem de temas inseridos na saúde pública.

Alguns dos documentos de natureza política indiciam o tratamento que foi dado ao tema, no final dos anos noventa e nas duas primeiras décadas do presente século, nomeadamente documentos que traduzem o programa da governação e os principais diplomas legislativos em várias áreas, mormente a saúde, o desporto, o meio escolar e o urbanismo. Por outro lado, múltiplos documentos, assumindo a forma de leis ou não, foram divulgados e aprovados por diversas instâncias oficiais, permitindo extrair o significado das políticas subjacentes e perceber o papel que a promoção da atividade física tem nas políticas públicas das sucessivas fases da governação política do país.

As instituições, porque compõem a principal estrutura do poder político, são assim responsáveis pela implementação de medidas que visam a promoção da saúde e da atividade física e, por isso, sujeitas à avaliação das suas políticas. Este trabalho tem em conta, para esse

fim, a produção de planos, programas e projetos dirigidos à promoção da atividade física e divulgados publicamente, aferidos pelos resultados dos mesmos ao nível populacional.

Diversos inquéritos que incluíram aspetos relativos ao sedentarismo e às práticas da atividade física permitem perceber as variações destes indicadores ao longo de vários anos, sendo que estas representam o efeito das políticas públicas prosseguidas junto das populações e, assim, caracterizam e esclarecem essas mesmas políticas. A conjugação do discurso político documentado com os atributos das ações daí decorrentes e com aqueles resultados permitem também uma apreciação crítica a fazer neste trabalho, com o fim de contribuir para uma melhor compreensão das políticas e do seu processo, no seu ponto de situação e na reflexão sobre os seus efeitos.

# CAPÍTULO I - ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA

## 1 – Emergência do problema

### 1.1. Factos e números

Desde há vários anos têm sido publicados vários trabalhos e realizadas pesquisas com o objetivo de avaliar a evolução das designadas doenças não transmissíveis e dos seus fatores de risco – onde a atividade física se integra - face ao peso que estas doenças representam para os orçamentos da saúde dos Estados e ao paradoxo que se estabelece no bem-estar dos indivíduos e dos grupos (veja-se por ex. Ding *et al.*, 2016; Pratt *et al.*, 2014; Bueno *et al.*, 2015)

Muitos estudos têm também alertado a ligação entre o modo de vida sedentário e o crescimento de vários problemas de saúde, acentuados com a idade e com os estilos de vida adotados pelos cidadãos, cuja repercussão se faz sentir em muitas áreas da vida social e económica<sup>1</sup>.

Os padrões atuais de vida assentes na capacidade económica e no transporte individual, na mecanização das tarefas e no aumento dos meios de facilitação das estruturas de produção, têm como consequência o aumento da produtividade individual e a redução da dificuldade física na execução de tarefas, assim como de acidentes e de incapacidades adquiridas por longos períodos de esforço laboral. Se bem que a revolução tecnológica tenha tido grandes benefícios para o bem-estar individual e social, ela importou igualmente grandes custos no que respeita ao contributo do sedentarismo crescente para a epidemia mundial das doenças crónicas (Hallal *et al.*, 2012: 20).

A Organização Mundial de Saúde tem traçado sucessivas metas para a diminuição dos fatores de risco e nomeadamente do sedentarismo, através da promoção da atividade física como forma de diminuir a pandemia das doenças do mundo moderno. Recentemente esta organização voltou a lançar um novo plano global de ação para a atividade física de 2018 a 2030 (WHO, 2018a), no seguimento da estratégia traçada para a Europa nesta matéria (WHO, 2015a). Este plano estabelece uma meta de redução da inatividade física em 15% até 2030

---

<sup>1</sup> Ver a recente súmula de Izquierdo, Duque e Morley, publicado na revista *The Lancet*, vol. 2 de Junho de 2021.

(WHO, 2018a: 21). A estratégia consiste no papel desempenhado pelos governos na criação de condições concretas que favoreçam a adoção de estilos de vida mais saudáveis e oportunidades para aquisição de hábitos saudáveis e ativos.

A promoção da atividade física revela-se como uma tarefa que cabe naturalmente aos Estados e à suas políticas públicas para atingirem aqueles objetivos, todavia cada vez mais exigente tendo em conta a tendência para o sedentarismo das populações e os números alarmantes da progressão das doenças crónicas e não transmissíveis.

### ***Riscos correlativos à inatividade física***

O tema já não é novo: em 1953 o epidemiologista Jerry Morris e colegas publicaram na revista médica *The Lancet* um estudo no qual demonstravam que existia um risco acrescido de doença coronária nos condutores de autocarros de Londres, quando comparado com os condutores de veículos comuns (Morris *et al.*, 1953: 1053-1057). Também nos anos setenta, a equipa de Ralph Paffenbarger estudou os efeitos do uso do tabaco na pressão arterial e as mortes decorrentes desta combinação específica (Warburton, Nicol e Bredin, 2006: 801). Desde então os estudos nesta área têm alertado para os efeitos do sedentarismo e de padrões de vida pouco ativos no aumento das doenças não transmissíveis, designadamente as doenças do coração, a diabetes tipo II, os tumores no pulmão e outros tipos de cancro, bem como a tensão arterial elevada (Blair *et al.*, 2010: 651-652).

Por outro lado, o uso crescente de novos dispositivos tecnológicos como computadores, jogos eletrónicos, dispositivos de comunicações móveis, a televisão e o uso sistemático da internet, deixam cada vez menos espaço para a atividade física e para a estimulação necessária do corpo, a fim de que o ser humano atinja um nível ótimo de bem-estar físico e psicológico. Esta realidade é tanto mais marcante no que se refere às crianças e jovens, cuja dependência dos dispositivos tecnológicos é cada vez mais uma evidência.

Outros aspetos decisivos referem-se ao ambiente, à urbanização e aos meios de transporte. Em 2012, o relatório da Organização Mundial de Saúde direcionado para os fatores determinantes da saúde dependentes do contexto urbano, identificou vários vetores que condicionam a adoção de padrões de vida ativa que por isso contribuem para o sedentarismo e a inatividade.

O mesmo relatório destacou vetores como os transportes, a poluição ambiente, a segurança rodoviária, a disponibilidade de instalações, habitação e planeamento urbano, espaços verdes, crime e segurança, ambiente urbano, e clima (WHO, 2012a: 4-6). O documento aponta a

importância do ambiente natural e do ambiente construído na saúde das populações e no reflexo que os vetores referidos podem ter na constituição de desigualdades nas populações.

A conjugação de consequências negativas dos novos padrões sociais importa um aumento crescente das incapacidades adquiridas ao longo da vida e das doenças crônicas não transmissíveis, de acordo com a literatura especializada. As doenças não transmissíveis, definidas geralmente como doenças de progressão lenta, apresentando em geral longos períodos de formação e latência, evolução prolongada, cuja etiologia não é totalmente esclarecida e que acarretam lesões irreversíveis, induzindo incapacidades de grau variável e morte prematura (do glossário da OMS, em linha), representam já mais de 63% da mortalidade mundial (WHO, 2013: 1). De acordo com a mesma organização, dados de 2014 revelam que morreram em 2012 em todo o mundo 56 milhões de pessoas, sendo que destas, 38 milhões se ficaram a dever a doenças não transmissíveis (WHO, 2014: 9).

A inatividade física constitui um fator de risco conducente ao aparecimento e agravamento daquele tipo de doenças. Dados trabalhados pela OMS em 2010, 2012 e 2016 mostram um panorama cada vez mais preocupante, atestando um agravamento dos níveis de sedentarismo da população a nível mundial. Dados de 2012 e publicados em 2016 (Sallis *et al.*, 2016a: 1329), referentes a 146 países e representando cerca de 93,3% da população mundial, revelavam a prevalência de 23,8% de inatividade física absoluta, ou seja, sem que fosse atingido o mínimo das recomendações da OMS.

Os mesmos dados atualizados em 2018 para 168 países e com base em 358 pesquisas (Guthold *et al.*, 2018: 1079-1079) mostram que a insuficiência de atividade física se acentua, em especial nos designados países em desenvolvimento, de acordo com a classificação do Banco Mundial, atingindo por estimativa semelhante um agravamento de 3,7%.

A inatividade física, que Steven Blair designou em 2009 como o maior problema de saúde pública do século XXI (Blair, 2009: 1), consequência natural das condições de facilitação da vida corrente, tem sido apontada como uma das principais causas do aumento da mortalidade devida a doenças do tipo referido. A inatividade física foi identificada como sendo o quarto principal fator de risco para a mortalidade global, importando cerca de 6% das mortes no mundo (WHO, 2009b: 9-11).

Os níveis de inatividade física apresentam aumento crescente em muitos países (WHO, 2010a: 10; Comissão Europeia, 2014: 1-3), com importantes implicações para a saúde geral da população em todo o mundo e para a prevalência de doenças como as doenças cardiovasculares, diabetes e cancro, com os respetivos fatores de risco, tais como pressão arterial elevada, açúcar no sangue e excesso de peso.

Estima-se que a inatividade física seja a principal causa para cerca de 21-25% de cancro de mama e cancro de cólon, 27% de diabetes e cerca de 30% do índice das doenças cardio-iscuémicas (WHO, 2009b: 18). A evidência destaca ainda que, para a Região Europeia da OMS, são estimados como uma consequência da inatividade física 5% do peso das doenças coronárias, 7% de diabetes tipo II, 9% de cancro da mama e 10% de cancro do cólon, resultando em 1 milhão de mortes (cerca de 10% de todas as mortes) e 8,3 milhões de dias ajustados de vida perdidos por incapacidade, por ano (WHO, 2015c: 2).

Factor de risco		Mortes (milhões)	% do Total	Factor de risco		Mortes (milhões)	% do Total
<b>Mundo</b>				<b>Países de baixos rendimentos</b>			
1	Pressão arterial alta	7,5	12,8	1	Deficit de peso na infância	2,0	7,8
2	Tabaco	5,1	8,7	2	Pressão arterial alta	2,0	7,5
3	Glucose no sangue	3,4	5,8	3	Sexo inseguro	1,7	6,6
4	Inatividade física	3,2	5,5	4	Água imprópria, saneamento e higiene	1,6	6,1
5	Excesso de peso e obesidade	2,8	4,8	5	Glucose no sangue	1,3	4,9
6	Colesterol	2,6	4,5	6	Inalação de fumos em ambiente fechado	1,3	4,8
7	Sexo inseguro	2,4	4,0	7	Tabaco	1,0	3,9
8	Abuso do álcool	2,3	3,8	8	Inatividade física	1,0	3,8
9	Deficit de peso na infância	2,2	3,8	9	Deficit de amamentação	1,0	3,7
10	Inalação de fumos em ambiente fechado	2,0	3,3	10	Colesterol	0,9	3,4
<b>Países de médio rendimento</b>				<b>Países de alto rendimento</b>			
1	Pressão arterial alta	4,2	17,2	1	Tabaco	1,5	17,9
2	Tabaco	2,6	10,8	2	Pressão arterial alta	1,4	16,8
3	Excesso de peso e obesidade	1,6	6,7	3	Excesso de peso e obesidade	0,7	8,4
4	Inatividade física	1,6	6,6	4	Inatividade física	0,8	7,7
5	Abuso do álcool	1,6	6,4	5	Glucose no sangue	0,6	7,0
6	Glucose no sangue	1,5	6,3	6	Colesterol	0,5	5,8
7	Colesterol	1,3	5,2	7	Baixa ingestão de fruta e vegetais	0,2	2,5
8	Baixa ingestão de fruta e vegetais	0,9	3,9	8	Poliuição do ar em ambiente urbano	0,2	2,5
9	Inalação de fumo em ambiente fechado	0,7	2,8	9	Abuso do álcool	0,1	1,6
10	Poliuição do ar em ambiente urbano	0,7	2,8	10	Riscos ocupacionais	0,1	1,1

Quadro I.1 - Dez principais fatores de risco causas de morte por distribuição de riqueza no mundo. Adaptado de WHO, 2009b: 11).

O aumento das taxas de sobrepeso e obesidade correlativas em muitos países da Europa nas últimas décadas constituem igualmente um fator importante e preocupante. Sabe-se que a inatividade física contribuí para o desequilíbrio de energia e para o excesso calórico que leva ao ganho de peso. As estatísticas de 46 países (que representam 87% da região europeia para efeitos de controlo da OMS) apontam que mais de 50% dos adultos têm sobrepeso ou são

obesos; em vários desses países a taxa é próxima de 70% da população adulta. O excesso de peso e a obesidade também são altamente prevalentes entre crianças e adolescentes, particularmente nos países do sul da Europa.

Não menos relevante é o aspeto dos custos económicos e sociais da inatividade física, enquanto problema de saúde e enquanto problema de política de saúde. As doenças não transmissíveis representam já quase metade do valor global dos gastos com doenças no mundo inteiro e são conhecidos os custos resultantes da utilização dos serviços de saúde, do absentismo ao trabalho, da implicação exponencial das incapacidades adquiridas para a estrutura da sociedade.

Isto representa um enorme desafio para as políticas públicas e para a capacidade de gestão pública dos recursos disponíveis. Do ponto de vista coletivo, a inatividade física não só tem consequências substanciais para os custos diretos com a saúde, através dos custos reportados à prestação de cuidados de saúde, mas também gera enormes custos indiretos devido ao aumento dos períodos de baixa por doença, incapacidade para o trabalho e respetivo reflexo na produtividade, e ainda de mortes prematuras.

### *A Europa e a inatividade física*

A nível da Europa, dados do Eurobarómetro de 2017, publicados em 2018, apresentam níveis preocupantes de inatividade física nesta região: quase 50% dos cidadãos da União Europeia nunca, ou raramente, fazem exercício físico ou praticam desporto; e esta pesquisa revela mesmo um aumento consistente do número de cidadãos sedentários relativamente a idênticas pesquisas realizadas em 2009 (publicada em 2010) e 2013 (publicada em 2014).

Os níveis de sedentarismo total estão igualmente a aumentar entre a população europeia, sendo que entre idêntico estudo datado de 2002 e a situação em 2013 diminuiu em 3% o tempo dedicado a uma atividade física moderada, bem como o tempo de deslocação a pé, e aumentou o número de horas que os europeus passam sentados (Comissão Europeia, 2014: 22-35). Nos dados recentes de 2017, 47% dos inquiridos declara ser inativo, e de entre os que participam em alguma atividade física, 63% gasta uma hora ou menos por semana com essa atividade. Mesmo em deslocações a pé verifica-se um agravamento de 2% dos inquiridos que declaram nunca caminhar pelo menos 10 minutos seguidos.

O tempo que os europeus passam sentados também se agravou entre inquiridos do Eurobarómetro: de 2013 para 2017, aumentou em 3% o número de inquiridos que permanece sentado entre 5 horas e trinta minutos e 8 horas e trinta, bem como aumentou em 1% os que

passam sentados mais de 8 horas e trinta minutos (Comissão Europeia, 2018: 24-38).

Pode afirmar-se, como tem vindo a fazer a mesma Comissão, que a situação relativa aos comportamentos sedentários dos europeus não melhorou no período de 11 anos, e agravou-se nos últimos 4 anos, sendo que os estudos identificam níveis alarmantes de inatividade física: o rácio de europeus que nunca praticam desporto nem qualquer tipo de exercício aumentou de 39% em 2009 para 42% em 2013 e 46% em 2017. Isto apesar de se atribuir uma importância crescente à promoção da atividade física no discurso político dos países que integram a União Europeia (Comissão Europeia, 2018: 85).

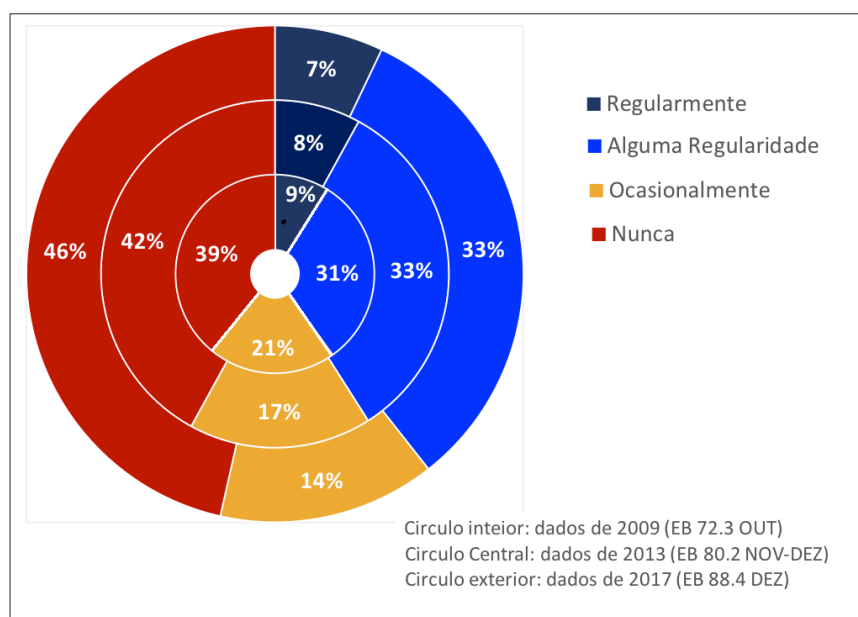


Figura I.1 - Frequência na prática de exercício físico ou desporto na União Europeia. (adaptado de Comissão Europeia, 2014: 6 e 2018: 7).

A distribuição destes dados relativos aos 28 membros da União Europeia não é homogénea: alguns países apresentam taxas muito reduzida de sedentarismo, como a Finlândia com 13% (15% em 2013), a Suécia com 15% (9% em 2013), ou a Dinamarca com 20% (14% em 2013). No extremo oposto, o grupo dos mais sedentários com 68% da sua população estão a Bulgária 68% (78% em 2013), Grécia com 68% (registava 59% em 2013) e Portugal igualmente 68% (com 64% em 2013). Países da linha da frente na UE, como a Alemanha a Bélgica e o Reino Unido apresentam resultados abaixo do meio da tabela, entre os 29% e os 38%. Em média, 46% dos cidadãos europeus são fisicamente inativos, mantendo-se a média relativamente ao inquérito de 2013; esta situação atinge mais as mulheres do que os homens, e no conjunto a inatividade aumenta com a idade. O nível de educação e o estatuto socioeconómico também



influenciam a taxa da atividade física.

Uma conclusão importante é a de que o estudo de 2017 confirma que a prática de desporto e de atividade física ocorre, na maioria das vezes, em espaços informais – em espaços ao ar livre, em casa, no trajeto entre a residência e a escola, os locais de trabalho ou os espaços comerciais, o que sugere que a promoção da atividade física deverá ser organizada nesta perspetiva, em especial dando oportunidade aos que têm mais dificuldades (sobretudo financeiras) para ingressarem em equipamentos e instituições desportivas formais.

No que diz respeito a Portugal, os níveis de inatividade física são claramente negativos. Os dados do Eurobarómetro de 2017 indicam que 68% dos portugueses nunca, ou raramente, se dedicam à prática de exercício físico ou de qualquer desporto, verificando-se um agravamento de 4% comparativamente com o inquérito de 2013, e neste último já se registava também um agravamento de 9% face a idêntico inquérito de 2009. Se se considerar a prática de atividade física vigorosa, então são 79% os que nunca o faz. Mesmo entre aqueles que praticam algum tipo de atividade física vigorosa, 48% apenas lhe dedica uma hora ou menos por semana.

Por outro lado, 64% dos portugueses nunca realiza atividade física como dançar, jardinar ou deslocar-se de bicicleta, e mesmo atividades moderadas tais como jogos ocasionais, transporte de pesos leves ou andar de bicicleta por recreação, 72% dos inquiridos declara nunca as realizar. Dos 28% que realizam estas atividades, 57% fazem-no uma hora ou menos por semana.

O leque dos comportamentos completamente sedentários é outro aspeto a sublinhar: 73% dos portugueses permanecem sentados 2,5 ou mais horas por dia, e 34% passam mesmo 5,5 ou mais horas por dia nessa posição. Apenas 17% pratica algum tipo de atividade física em casa e só 12% praticam exercício ligado ao local de trabalho.

A utilização de coletividades para a prática de exercício físico – incluindo aqui clubes desportivos não comerciais - é reportada a um nível baixo (5%) e 83% dos respondentes à pesquisa declara não pertencer a qualquer associação ou clube desportivo ou cultural. O estudo aponta mesmo um decréscimo de 1 ponto percentual negativo quanto à frequência de clubes desportivos relativamente a 2013, sendo que neste inquérito já havia registado uma descida de 4% em relação ao inquérito de 2002. Também aponta um baixíssimo nível de voluntariado no desporto, como suporte à atividade física alheia: 1%, registando-se um decréscimo de 1 ponto percentual relativamente a 2013.

Resultados por item	% do Total	
	2013	2017
Nunca ou raramente praticam exercício físico ou desporto	64	68
Nunca tem actividades como jardinar, dançar ou deslocar-se de bicicleta	60	64
Nunca pratica actividade física vigorosa	76	79
Dos que praticam actividade física vigorosa, fazem-no menos de uma hora por semana	67	48
Nunca pratica actividade física moderada	69	72
Dos que praticam actividade física moderada, fazem-no menos de uma hora por semana	77	57
Deslocam-se a pé menos de uma hora por dia		89
Permanecem sentados mais de 2h30 por dia	37	39
Permanecem sentados mais de 5h30 por dia	18	24
Permanecem sentados mais de 8h30 por dia		10
Praticam actividade física em casa	14	17
Praticam actividade física no emprego	5	12
Utilizam colectividades desportivas para a prática de exercício	3	5
Não pertencem a nenhuma coleticidade desportiva ou cultural	88	83
Decréscimo da frequência de clubes desportivos, em relação ao inquérito anterior	-4	-1
Voluntariado no desporto	2	1

Quadro I.2 - Principais fatores negativos, relativamente a Portugal, de acordo com o Eurobarómetro. Adaptado de Comissão Europeia (2014 e 2018).

De acordo com os critérios de Guthold e colegas (2018: appendix), que ponderaram os resultados das pesquisas publicadas, incluindo o Eurobarómetro, 43,4% dos portugueses acima dos 18 anos (37,5% dos homens e 48,5% das mulheres) apresentam insuficiente atividade física, mesmo tendo em conta que os critérios usados no estudo destes autores são facilitadores de uma uniformização das respetivas fontes.

Dados do Inquérito Nacional de Saúde realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2014 à população com 15 ou mais anos, revelam também um panorama preocupante no que se refere a este universo, confirmando o cenário negativo: 5,8 milhões de pessoas aí incluídas não pratica qualquer tipo de exercício ou atividade física, para além das suas tarefas normais do dia a dia (INE, 2014: 172). No mesmo universo, cerca de 28% dos inquiridos andava a pé todos nas suas deslocações diárias, todos os dias da semana: mas estas deslocações são inferiores a 30 minutos para a maioria da população e mais frequente para a faixa etária entre os 15 e 24 anos e na faixa etária acima dos 55 anos (INE, 2014: 189).

As deslocações de bicicleta, modo de transporte ativo de referência, respeitam apenas a

5,8% do universo inquirido, correspondente a cerca de meio milhão de pessoas com 15 ou mais anos, sendo que destes menos de 1% do universo analisado utilizavam este modo de deslocação diariamente (INE, 2014: 174, 191). Dados deste inquérito revelam ainda que o desempenho de tarefas diárias no que respeita ao trabalho ou profissão, a forma mais frequente era o esforço físico ligeiro, sendo que 47% da população com 15 ou mais anos o fazia principalmente sentada ou em pé (INE, 2014: 172).

Dois outros instrumentos a referir completam este panorama preocupante no que se refere à atividade física em Portugal: o Inquérito Nacional Alimentar e da Atividade Física de 2015-2016 e o inquérito ao sedentarismo promovido pela Fundação Portuguesa de Cardiologia. O primeiro destes documentos revela que apenas 36% dos jovens entre os 15 e os 21 anos, 27% dos adultos e 22% dos idosos (entre os 65 e os 84 anos) são considerados fisicamente ativos, cumprindo com as recomendações atuais quanto à atividade física como fator de saúde. Considerando a atividade física em todos os domínios, 43% da população portuguesa com mais de 14 anos não cumpre qualquer critério internacional para a atividade física.

O mesmo estudo dá conta de que as crianças e adolescentes com menos de 15 anos passam, em média, cerca de 9 horas em comportamentos sedentários, valor que aumenta substancialmente com a idade. Por outro lado, a prevalência de crianças e adolescentes que vê televisão por períodos de tempo iguais ou superiores a 2 horas é de 37% durante a semana, ao passo que este valor aumenta para os 71% aos fins de semana. Entre os adultos, cerca de um terço nunca ou raramente usa as escadas em vez do elevador ou das escadas rolantes, e nos idosos este valor aumenta para metade (UP, 2017: 58-79).

O recente inquérito realizado pela Fundação Portuguesa de Cardiologia, dá conta de que 67% da população é sedentária, considerando-se como tal os indivíduos que têm menos de 1h30 de atividade física por semana. Este número aumentou em 3 pontos percentuais relativamente a idêntico inquérito realizado em 2015, sobretudo na população acima dos 45 anos. Dos que declaram fazer atividade física, 49% fazem-na por obrigação, por reconhecerem as vantagens, mas sem vontade. É, aliás, relevante a atitude das pessoas sedentárias, no campo da atitude face à atividade física: 49% destes declaram que a atividade física não é relevante nem interessante para si (dados de acordo com a apresentação pública do estudo na comunicação social e apresentação disponibilizada pela empresa que realizou o inquérito).

Rütten e colegas (2014: 880-881) analisaram os dados do Eurobarómetro relativamente a Portugal e a Espanha, dando conta de que o primeiro se encontra na cauda da Europa no que respeita à prática da atividade física nos tempos livres. Estes autores apontam o facto de que as pessoas em Portugal também parecem perceber menos oportunidades para a atividade física

nos seus bairros e tendem a avaliar com mais frequência o envolvimento dos governos locais como não sendo suficiente.

Os mesmos autores elegem como explicações possíveis o contexto sociogeográfico, marcando diferenças entre os habitantes do norte e do sul, sendo que as zonas turísticas e balneares são menos propensas a modos de vida ativos, e também o contexto cultural e de atitude perante a ocupação dos tempos livres, sendo significativo o facto dos portugueses apresentarem a maior percentagem na Europa dos que declaram não necessitarem de ser mais fisicamente ativos do que já são.

## **1.2. Problemática e importância**

Como se traduzem os factos e números acima expressos em políticas públicas? Rütten e colegas (2013: 2) sublinham que a inatividade física é atribuída a uma série de determinantes e razões, entre eles a idade, a escolaridade (fatores demográficos e biológicos), as atitudes, o prazer (fatores psicológicos), o apoio social da família e dos pares (fatores sociais e culturais) e a disponibilidade de infraestruturas e instalações (fatores de tipo físico e ambiental). Pode antever-se que o tema se encontra dependente de um complexo conjunto de fatores, desde as escolhas individuais até às determinações de política pública, mediados pelo envolvimento social das comunidades.

Como apontam Fertman, Allensworth e Auld (2010: 5), claramente, a boa saúde não acontece só por si: é mais do que apenas sorte. Embora se possa nascer com bons genes e se tenha acesso a cuidados de saúde, o que é importante, estas condições não garantem o acesso ao bem-estar. Os alimentos que comemos, os níveis de atividade física, a exposição ao fumo do tabaco, as interações sociais, o ambiente em que se vive, e muitos outros fatores, em última análise, influenciam a nossa saúde ou falta dela.

Importa assim compreender as várias dimensões envolvidas nesta análise, seguindo o método relacional, o qual põe em contexto o indivíduo e as suas escolhas no seu meio social e circunscrito pelo meio político, condicionado deste modo pelas camadas relativas aos vários contextos ambientais interagindo entre si.

### ***Dimensão individual e dimensão social***

Se bem que o problema na sua raiz esteja inscrito na esfera comportamental individual, tem sido posto em evidência o papel desempenhado pelas políticas públicas na promoção da atividade física, sobretudo sob o ponto de vista da saúde pública e, todavia, muitos dos

comportamentos individuais dependem de atos concretos do sistema político. A política pública tornou-se o instrumento coletivo mais adequado e generalizado para moldar os ambientes e os estilos de vida das populações, nas palavras de Nancy Milio (1988a: 60); as políticas públicas afetam todos os níveis da atividade humana, desde o aspeto fisiológico até ao aspeto ecológico, e todas as facetas do meio ambiente em que as pessoas vivem, desde a vida materno do feto até à arena internacional.

A sua intervenção é visível, de modo positivo, através de incentivos, financiamento e regulamentação legal, ou restritivos e desincentivadores, por meio de leis e regulamentos, desinvestimento ou tributação, que atingem as opções de escolha de produtores e consumidores, quer sejam pessoas individuais ou organizações públicas e privadas.

Procurando responder à questão “porque é que algumas pessoas são ativas e outras não?”, Cavill, Kahlmeier e Racioppi (2006: 11-14) apontam o facto de que a probabilidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos se tornar mais ativos depende de um complexo conjunto de fatores, os quais se inscrevem em três categorias: macroambiente, microambiente e o plano individual, a partir do modelo por camadas proposto por Dahlgren e Whitehead (1991: 11-13). Na primeira categoria incluem-se aspetos como a posição socioeconómica dos indivíduos, que afetam a participação em atividades físicas nos tempos livres ou o acesso a instalações desportivas e equipamentos. Outros aspetos, como o desenvolvimento cultural e a informação, e ainda o desenvolvimento económico do país, que influem decisivamente na disposição dos indivíduos para se tornarem mais fisicamente ativos.

Na segunda categoria incluem-se fatores como o ambiente físico e construído, o transporte individual e coletivo, a atividade física nas escolas, os espaços naturais, o ambiente laboral, a escola e grupos sociais, a facilidade no uso de vias cicláveis ou de escadas. Aspetos relativos ao ambiente laboral, largamente controlado pelo empregador, mas suscetível de promover estilos de vida mais ativos - caso encete ações como distribuir informação, disponibilizar instalações, disciplinar o estacionamento de viaturas, e outras intervenções possíveis, são também de destacar (Cavill, Kahlmeier e Racioppi, 2006: 21). As escolas, por via dos currículos escolares, das formas de acesso às instalações e a existência de vias e acessos seguros, ou as infraestruturas destinadas ao lazer e ao desporto abertas à comunidade, constituem igualmente fatores determinantes para a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

A nível individual contam-se fatores como motivações, atitudes e crenças, fatores genéticos, idade, sexo, fatores étnicos e geográficos, e capacidades individuais. Todos eles moldam o estilo de vida dos indivíduos e a sua maior ou menor propensão para a adoção de um estilo de vida ativo. Os autores atrás referidos elencam um conjunto de fatores positivos e de

fatores negativos que condicionam as escolhas individuais (Cavill, Kahlmeier e Racioppi, 2006: 14-15). Como positivos destacam-se a percepção de auto-eficácia, a intenção de se exercitar, o prazer proporcionado pelo exercício, o nível de percepção da saúde ou da forma física, auto-motivação, o suporte social, expectativa do benefício do exercício e os benefícios efetivamente conseguidos.

Do ponto de vista negativo, os indivíduos assumem uma percepção de perda de tempo, crença de não pertencer ao “tipo desportivo” (sobretudo no que respeita às mulheres), preocupações com a segurança própria, sentimento de cansaço e crença na suficiência da atividade desempenhada nas tarefas do dia-a-dia.

Biddle e Mutrie estudaram os aspetos psicológicos que levam à prática da atividade física pelos indivíduos realçando, no entanto, as ligações sociais desta opção. Essas ligações incluem apoio emocional (empatia de grupo), suporte informativo (como por exemplo conselhos dos mais experientes ou informação relativa a oportunidades para o exercício físico), e suporte instrumental (ajuda direta, por exemplo apoio na aquisição de bicicletas às crianças e jovens) (Biddle e Mutrie, 2008: 145). O sentimento de pertença, a socialização ou integração em grupos é um fator psicológico importante para a filiação e para a fidelização à prática da atividade física, sendo exemplo claro os desportos coletivos e o fenómeno que constitui as multidões de adeptos deste tipo de desportos.

Estes autores destacam também os fatores determinantes ambientais, concluindo pela importância do desenho urbano, nomeadamente no que respeita aos modos de transporte e aos espaços livres para as deslocações a pé, bem como a necessidade da atratividade estética destes espaços, a facilidade de acesso a instalações, a existência de lugares próximos dos locais de residência que proporcionem oportunidades para o indivíduo aumentar o seu nível de atividade física, como estando associados a altos níveis de atividade física das populações (Biddle e Mutrie, 2008: 160).

Traçando a linha de influência dos fatores ambientais, alguns autores reforçam o uso do automóvel em oposição aos sistemas de transporte orientados para pedestres, empregos sedentários, educação física precária nas escolas conduzindo à falta de habilidade, competência ou compreensão, falta de espaços livres ou parques pouco ou não cuidados, bem como planos e projetos urbanísticos que exigem a utilização de veículos (King e Sallis, 2009: 288; Woods e Mutrie, 2012: 94).

McLeroy e colegas (1988: 362-366) puseram em evidência os fatores institucionais e os fatores relativos às políticas públicas nos programas de promoção da saúde, enquanto pilares do designado “modelo ecológico” da promoção da saúde, e Bauman e colegas (2012)

exploraram este conceito, assinalando para além dos fatores e determinantes e correlativos idênticos, ainda a importância dos fatores políticos que afetam a escolha pela atividade física dos indivíduos ao nível local, regional e nacional, sobretudo quando às intervenções suscetíveis de moldar comportamentos sociais (Bauman *et al.*, 2012: 39).

Uma política abrangente e promotora da atividade física terá sempre de incluir intervenções orientadas para o indivíduo – por exemplo campanhas informativas, programas locais de exercício físico – e também intervenções dirigidas ao ambiente em que os indivíduos se inserem, em especial no que respeita ao planeamento e transporte urbano, à segurança rodoviária, trilhos e espaços verdes propícios a caminhadas e ciclismo, escadas em edifícios público, áreas de recreação, e instalações para a prática de exercício físico (Bull *et al.*, 2004a: 73) e ainda locais de trabalho.

### ***Dimensão de política pública***

Um exame atento destes fatores determinantes da atividade física e seus correlativos aponta para o papel que as políticas públicas têm no desenvolvimento de meios e instrumentos cujo objetivo seja a alteração do enquadramento ambiental das populações de forma a diminuir a inatividade física e o sedentarismo. Como refere Nancy de Milio, as políticas públicas constituem:

O guia de ação governamental que define a gama de possibilidades para as escolhas feitas por organizações públicas e privadas, empresas comerciais e voluntárias e indivíduos. Em praticamente todas as facetas da vida, a criação e uso de bens, serviços, informações e ambientes são afetados pelas políticas governamentais - fiscal, regulamentar, prestação de serviços, pesquisa e educação e procedimentos. A política pública torna-se então uma abordagem privilegiada para criar as condições e as relações que podem nutrir a saúde (Milio, 1988b: 264).

A ação das políticas públicas na esfera social e na esfera individual pode ser ilustrada pela adaptação do modelo ecológico proposto por abordagens integradas de vários estudos (U.S. Department of Health and Human Services, 1996: 214; Sallis *et al.*, 2006: 300; Sallis, Owen e Fischer, 2008: 467-470; Bauman *et al.*, 2012: 31). De acordo com este esquema, a prossecução de medidas e de políticas públicas repercute-se no meio físico e social, até condicionar o indivíduo e as suas escolhas.

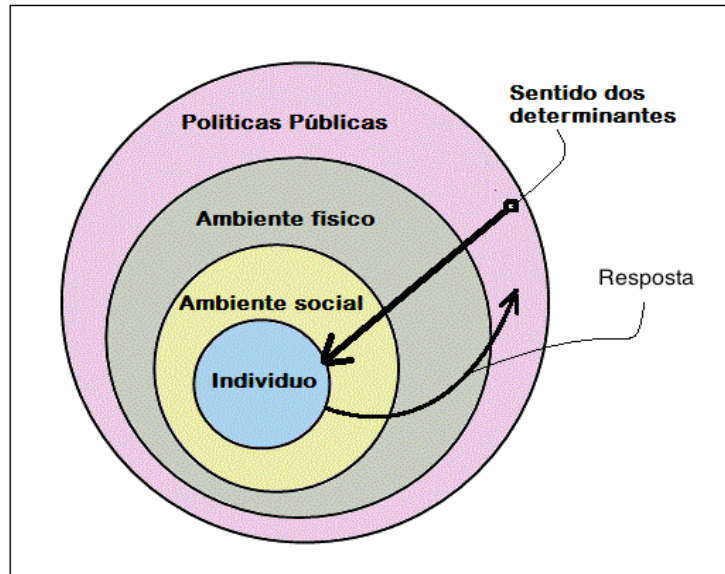


Figura I.2 - Modelo sócio-ecológico, sentido de influência dos determinantes de políticas públicas (adaptado de Woods e Mutrie, 2012: 94).

Trata-se de um modelo no qual os fatores determinantes tanto do comportamento individual, como do comportamento social, que são modificáveis através das políticas prosseguidas pelos governos e pelos responsáveis políticos ao nível nacional, regional e local. A literatura assinala, genericamente, que a modificação destes determinantes que, de modo positivo, parecem ter uma relação direta com o aumento da atividade física e, quando de modo negativo, aumentam as tendências sedentárias. Este modelo assenta na interação multinível, de acordo com a qual os fatores comportamentais interpessoais, fatores de grupo, fatores institucionais, fatores relativos às comunidades e políticas públicas, se correlacionam entre si.

Não interessa de momento averiguar o modelo em si, mas importa apenas tomá-lo como ilustração da influência que o contexto das políticas públicas em matéria de saúde pode exercer no comportamento individual e social. A tomada de uma decisão em termos políticos afeta e determina tanto o ambiente físico – por exemplo pela construção de ciclovias e de parques urbanos – como o ambiente social – por exemplo através da utilização de taxas diferenciadas de imposto sobre os serviços ligados à atividade física – até ao indivíduo e às escolhas que estão ao seu alcance.

Em suma, tendo os governos dos Estados a responsabilidade pela saúde geral da população e exercendo-se essa responsabilidade através das medidas de política saídas da respetiva agenda, é crucial considerar o papel da promoção da atividade física, muito para além da simples escolha individual.



Nesta perspectiva de responsabilidade política, tendo em conta todas as outras áreas de intervenção do poder (nomeadamente uma certa proteção a interesses contrários à boa saúde pública, como por exemplo a comercialização de combustíveis fósseis ou a restrição de áreas verdes em função da urbanização), deixar a tendência sedentária para a liberdade de escolha individual é, no mínimo, um modo cínico de construir o mundo.

Outras das implicações inerentes às condições ambientais e sociais é o avolumar das desigualdades entre os cidadãos, questão onde os governos têm enorme responsabilidade. Pelo menos desde o relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais em Saúde da OMS (CSDH, 2008) que estão bem definidas as necessidades de intervenção em fatores de desigualdade entre Estados, populações e indivíduos (WHO, 2013: 92). As desigualdades provêm basicamente da distribuição desigual de poder, de dinheiro e de recursos, e conduzem à desigualdade de género, de educação e de condições de acesso a oportunidades.

No campo da saúde, as desigualdades levam a desvantagens no acesso a cuidados primários de saúde, bem como a cuidados de saúde avançados, conduzem a modos de vida precários com reflexo nas doenças crónicas e nos riscos que as incutem (Dahlgren e Whitehead, 2006: 24-30).

No que respeita à atividade física, tem sido realçado que grupos sociais mais desfavorecidos, como os idosos, os desempregados, os portadores de incapacidades, bem como aqueles que vivem em áreas degradadas, têm uma probabilidade significativa de serem inativos ou não atingirem o nível mínimo de atividade física requerida para a manutenção e melhoria da saúde (Hunter *et al.*, 2015: 66).

As recomendações expressas pela OMS para a região da Europa (WHO, 2015a: 14-17) englobam um conjunto de objetivos de natureza política, cuja responsabilidade cabe, em primeira mão, ao poder político. Estas recomendações visam, em primeira linha, a promoção de políticas dirigidas aos grupos vulneráveis, através de acompanhamento e disponibilização de meios e instalações, da integração da atividade física nos sistemas de prevenção da doença, do tratamento e reabilitação, e ainda de políticas para os idosos, através da orientação de profissionais, do acesso e construção de infraestruturas adequadas e de programas que envolvam efetivamente estes grupos.

As desigualdades induzidas pelo estatuto socioeconómico, pelo estatuto demográfico e muitas vezes pela diferença de sexo e de origem étnica, assim como dos portadores de deficiência, são evidentemente focos de atenção para os decisores políticos, cuja ação tem necessariamente de abranger um leque alargado de problemas, desde programas sociais à planificação urbanística, e em especial na melhoria das condições sociais e económicas da população.

Outro vetor ainda de intervenção das políticas públicas, porventura o mais agudo, é o dos custos económicos com a saúde e a parcela significativa que as doenças não transmissíveis representam nesses custos. Um estudo recente, com dados relativos a 142 países representando 93,2% da população mundial, calculou para 2013 um custo para os sistemas de saúde internacionais, devido à inatividade física, de 53,8 biliões de dólares (aproximadamente 47,9 biliões de euros), bem como 13,7 biliões de dólares (aproximadamente 12,2 biliões de euros) em perdas de produtividade devidas a mortes prematuras (Ding *et al.*, 2016: 1322-1323).

Um outro estudo, este da Associação Internacional para o Desporto e Cultura, organização que coopera com 93 organizações europeias e tem sede em Copenhaga, dá conta de que, para os 28 membros da União Europeia, os custos diretos com a inatividade física seja cerca de 9 biliões de euros e os custos indiretos ascendiam em 2012, a 70 biliões de euros, considerando as principais doenças crónicas que atingem os europeus (ISCA, 2015: 20-21). O mesmo estudo estima que estes custos ascendam a 98 biliões de euros em 2020 e a 126 biliões em 2030, para os 28 Estados da UE (total de custos diretos e indiretos).

Estima-se ainda que, para uma população de 10 milhões de pessoas, onde metade da população é insuficientemente ativa, o custo global seja de 910 milhões de euros por ano (WHO, 2015c: 2), o que, como refere Teixeira (2017), a aplicar-se a Portugal este valor representaria o equivalente a 9% do orçamento do Ministério da Saúde para o ano de 2017. Estes custos são razão suficiente para que o poder político tome em consideração o problema da inatividade física entre a população e a redução dos problemas de saúde decorrentes do sedentarismo.

Face a estes enormes custos financeiros, os governos têm necessariamente de considerar nas respetivas agendas políticas todas as formas da sua redução, tendo em conta a repercussão que os mesmos têm nos impostos cobrados aos contribuintes.

### **1.3. Conceitos e relações**

Para uma melhor compreensão da temática que envolve a inatividade física enquanto problema de saúde pública, são utilizados conceitos essenciais do discurso e das respetivas relações que entre eles se estabelecem, nem sempre utilizados na literatura de forma precisa. De facto, alguns conceitos são centrais para a compreensão acertada desta temática, os quais se não forem delimitados, induzem a mal-entendidos e prejudicam uma discussão séria relativa ao problema em causa, sabendo-se que a ambiguidade do discurso científico muitas vezes se projeta no discurso político (Michellini, 2015: 45). Importa então analisar estes primeiros conceitos, sem prejuízo de outros utilizados neste texto e elucidados no lugar próprio.

Um primeiro conceito a ter em conta é o conceito de equidade. O conceito de equidade em saúde foi sintetizado por Dahlgren e Whitehead (2006: 5), nos seguintes termos: a equidade em saúde implica que, idealmente, todos poderiam atingir seu potencial de saúde total e que ninguém deveria estar em desvantagem para alcançar esse potencial devido à sua posição social ou a outra circunstância socialmente determinada.

A literatura usa de forma geral os termos “iniquidade” e “desigualdade” com propósito semelhante. A OMS (WHO, 2016a) define desigualdades em saúde como diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos determinantes de saúde entre a população. E distingue entre desigualdades e iniquidades, sendo que as primeiras podem resultar de factos biológicos ou de comportamentos individuais de livre escolha, por vezes impossíveis de modificar, ou eticamente ou ideologicamente indisponíveis. As iniquidades dirão mais respeito a fatores de ambiente externo e a condições fora do controlo individual, dos quais a desigual distribuição pode ser evitada, e que podem ser injustos, conduzindo a iniquidades em saúde.

Outro conceito importante, porque instrumental, é o conceito de “política da atividade física”, considerada como uma declaração formal que define a atividade física como sendo uma área prioritária, indica metas específicas e fornece um plano ou estrutura específica de ação. Descreve ainda os procedimentos das instituições nos sectores governamentais, não governamentais e privados, a fim de promover a atividade física na população, devendo além disso, definir a responsabilidade dos parceiros envolvidos (Bull *et al.*, 2004a: 72).

A política da atividade física é tomada, neste estudo, como o conjunto de políticas públicas dirigidas à promoção da atividade física, inserida evidentemente no complexo de políticas públicas prosseguidas pelo poder político. Neste complexo, as várias políticas requerem coordenação entre si, planeamento na sua execução e por vezes até, quando conflitantes, definição de prioridades.

A correta compreensão do conceito de atividade física, central para a definição das respetivas políticas, é indispensável para que sejam evitados erros de análise e tratamento do problema. A primeira reação menos informada é aquela que confunde atividade física com desporto. Se bem que todo o desporto seja atividade física (pelo menos os desportos de movimento), este não esgota aquela noção. Aliás, o desporto pode até ser visto – sob um certo prisma – como antagonista da atividade física, como alerta Michellini (2015: 44), se tiver altos custos de stress e lesões, tendo em conta a performance necessária ao desporto competitivo.

A mesma confusão se estabelece entre atividade física e exercício físico, sendo este mais abrangente que o conceito de desporto é, no entanto, de menor amplitude do que o conceito de atividade física. Como é ilustrado na figura seguinte, o âmbito de cada um destes conceitos é

diferenciado e que eles comportam ainda aspetos qualitativamente distintos.

O conceito mais lato é o de atividade física, definida como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema músculo-esquelético, o qual resulta em gasto de energia acima do nível basal (Caspersen, Powell e Christenson, 1985: 126; Michelini, 2015: 38; WHO, 2010: 53; U.S. Department of Health and Human Services, 2008: 53; IDP, 209: 7). Mas um conceito definido nestes termos não permite alcançar o seu sentido prático, pelo que se deve falar em atividade física noutra sentido mais concreto, relacionado com a saúde.

Como refere Michelini (2015: 38-39) citando outros autores, uma categorização mais precisa de atividade física envolve aspetos como o modo, a intensidade, a duração, a frequência e a continuidade.

O modo refere-se ao tipo de atividade física ou às circunstâncias em que a mesma é realizada; a intensidade refere-se ao gasto energético, nas subcategorias leve, moderado e vigoroso; a duração é medida, normalmente em horas ou minutos; a frequência refere-se ao número de vezes em que a atividade física é realizada, dada por regra em vezes por semana ou vezes por mês; por fim, a continuidade refere-se ao período de tempo pelo qual a atividade perdura, medido em períodos longos. Para este sentido mais preciso de atividade física não basta assim um simples movimento corporal, mas antes é necessário que se revista das características atrás referidas para que seja considerado benéfico para a saúde.

Por outro lado, o termo ‘atividade física’ pode ser entendido não apenas como gasto de energia acima da taxa metabólica basal, mas como um grupo de comportamentos ativos que podem ser variados e complexos. Exemplos desses comportamentos ativos são ciclismo, natação, caminhada, varredura ou jardinagem. As diferentes formas ou tipos de atividade física podem ser agrupadas de acordo com a finalidade ou intenção na realização da atividade, como exercício ou atividade física incidental ou intencional (Salmon, 2000: 14).

Deste conceito preciso de atividade física veio a nascer o conceito HEPA - Health Enhancing Physical Activity, definida como qualquer forma de atividade física que beneficia a saúde e a capacidade funcional sem dano ou risco indevido (Foster, 2000: 9; Michelini, 2015: 44; WHO, 2007: 6; WHO, 2010: 52). No que se refere à promoção da atividade física, esta perspectiva é a que representa o objeto das políticas públicas, sendo a HEPA Europa ([www.euro.who.int/hepa](http://www.euro.who.int/hepa)) uma rede colaborativa fundada em Maio de 2005, com o objetivo de desenvolver contributos multisectoriais para a promoção da atividade física (Martin *et al.*, 2006: 55; União Europeia, 2008: 37-38).

Outro conceito relacionado é o conceito de exercício físico. Exercício físico é uma subcategoria da atividade física, mas que não a esgota, constituindo atividade física planeada,

estruturada, repetitiva e intencional no sentido de que o seu objetivo é a melhoria ou manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (Caspersen, Powell e Christenson, 1985: 128; WHO, 2010: 52-53; U.S. Department of Health and Human Services, 2008: 51-53). No conceito de exercício físico enquadram-se o desporto e as práticas organizadas, além do exercício físico informal não enquadrado institucionalmente.

Há, portanto, várias camadas que compõem o conceito de exercício físico: "exercício" e "treino físico" são frequentemente usados com sentidos idênticos e geralmente referem-se à atividade física realizada durante os períodos de lazer com o objetivo primário de melhorar ou manter a aptidão física, o desempenho físico ou a saúde. Atividade física de lazer é atividade física que não constitui uma atividade essencial da vida diária, realizada ao critério do indivíduo. Tais atividades incluem participação em modalidades desportiva, exercícios de condicionamento ou de treino, e atividades recreativas como passear, andar de bicicleta, dançar e jardinar (WHO, 2010: 52-53; U.S. Department of Health and Human Services, 2008: 51-53).

O exercício organizado é definido como um conjunto de atividades planeadas, fora das atividades da vida diária, produzido em meio fechado ou ao ar livre, executados individualmente ou em grupo (Ek, 2011: 6); em regra envolve um treinador ou instrutor, é estruturada e implica normalmente um pagamento (MacKenzie *et al.*, 2015: 778; Bengoechea *et al.*, 2010: 9). Neste sentido, o conceito engloba o desporto propriamente dito, bem como a prática estruturada com objetivos específicos, e atividades baseadas em habilidades, clubes, grupos e organizações (King, 2009: 110).

O exercício físico informal refere-se à atividade física fora do enquadramento institucional, mas que mantém as características de planeamento, estrutura, repetição e intenção, no todo ou em parte, mas fora da definição precisa de desporto. Inclui, todavia, a frequência regular de ginásios e centros de manutenção e lazer, atividade de lazer como a natação, o remo e a vela no mar e em lagos, frequência de piscinas, ou atividades como caminhar, fazer escalada, montar a cavalo e o ciclismo em montes, vales e noutros espaços naturais (IDP, 2009: 23; União Europeia, 2008: 15; Salmon *et al.*, 2000: 13; King, 2009: 110).

O conceito de desporto tem suscitado acesa discussão nas últimas décadas entre filósofos e sociólogos, conforme refere Micheline (2015: 39-40), abrangendo aspetos mais ou menos abstratos, relativos aos conceitos de "jogo" e de "divertimento". No sentido que nos interessa, o conceito de desporto define-se como uma subcategoria da atividade física, implicando uma perspectiva de construção social na sua envolvente. Enquanto conceito específico, Micheline (*idem*) aponta certas características próprias: exercício físico orientado para o desempenho, é autotélico porque improdutivo e desligado de qualquer utilitarismo, e regido por regras

próprias. É como tal mais do que exercício formal ou organizado, envolvendo uma perspectiva competitiva.

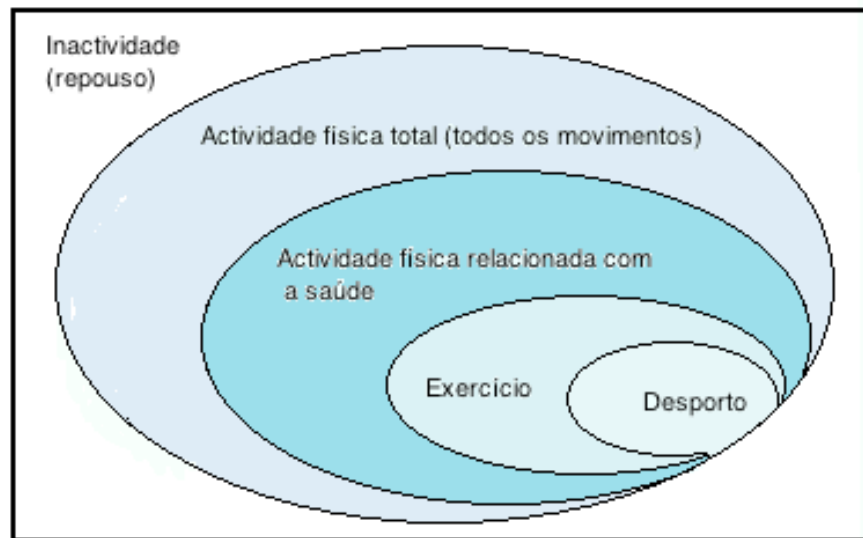


Figura I.3 - Sobreposição de conceitos – adaptado de Bellew (2011: 341), de acordo com Hagströmer (2007: 2).

Em suma, a definição operativa de atividade física envolve a noção de relação com a saúde, no sentido de que tem de ser caracterizada quanto ao modo, intensidade, duração, frequência e continuidade, tendo como resultado um impacto positivo na saúde, e engloba os vários níveis de exercício físico, numa escala de exigência física: exercício físico informal, formal e desporto.

Haverá, no entanto, que ter em atenção a utilização de todos estes conceitos, enquadrados nos respetivos contextos. A definição de “saúde” está ainda em progresso e os termos relacionados com a atividade física têm de ser devidamente tomados, sob pena de se formarem narrativas pouco claras e por vezes ambíguas. Michelini (2015: 45) dá conta da “dupla ambiguidade” destes termos: por um lado, eles são por vezes confusos e imprecisos, usado de forma indistinta; por outro, são vagos (no sentido em que são latos), originando ambiguidade discursiva na sua utilização. Por exemplo, a ocupação de tempos livres com a jardinagem não preenche o conceito de atividade física, a não ser que a essa ocupação se acrescente algum esforço físico despendido em certo período de tempo relevante.

Em resumo, o sedentarismo e a inatividade física representam um fator determinante da saúde pública e especificamente da diminuição ou aumento das designadas doenças não transmissíveis, na medida que contribuem tanto para o seu surgimento, como para o seu

agravamento. Esta realidade tem sido objeto de monitorização por parte de entidades com vocação universal, caso da OMS, e regional, caso do Conselho da Europa. A nível nacional tem surgido alguns estudos promovidos por diversas entidades, os quais confirmam a tendência de agravamento da inatividade, com todas as consequências conhecidas e estudadas.

A promoção da atividade física, enquanto fator estimulante da saúde das populações, é tarefa que compete aos Estados, através de condições sociais e políticas que facilitem e estimulem a adoção de estilos de vida saudáveis por parte dos cidadãos e que, simultaneamente, minimizem ou anulem situações de desigualdade e de iniquidade social e económica. Do ponto de vista das finanças públicas, os custos são astronómicos, tanto os custos diretos com a manutenção do sistema de saúde, em todas as suas componentes, como indiretos, com a perda de produtividade, prestações dos sistemas de segurança social, bem como outros custos indiretos.

Uma abordagem assertiva compreende a inter-relação entre as diferentes áreas de intervenção das políticas públicas, cuja orientação é a constituição de políticas públicas saudáveis com o contributo de todas essas áreas, sob o lema da saúde em todas as políticas e a consequente necessidade de articulação entre todos os sectores de intervenção do poder político, no sentido de atingir apontados, bem como diminuir os encargos com a saúde.

A atividade física assume, neste contexto, um papel essencial para o êxito daquelas políticas, uma vez que os resultados da diminuição do sedentarismo têm uma relação direta com os respetivos objetivos, nomeadamente com o aumento do nível de saúde das populações e consequente diminuição dos encargos públicos.

O conceito de atividade física é um conceito amplo, envolvendo quer o exercício físico formal e informal, mas sobretudo a adoção de uma vida ativa, onde são desenvolvidos quotidianamente gestos e tarefas que impliquem o movimento corporal e sejam estimulados o sistema músculo-esquelético, bem como os sistemas corporais associados. Face aos números da inatividade física, respostas nacionais eficazes devem incluir ações para abordar fatores que colidem com as oportunidades e habilidades de todas as pessoas para serem ativas, bem como ações políticas para proteger e aprimorar os fatores que possibilitam e incentivam a participação (WHO, 2018a: 19).

## **2 - Políticas Públicas Saudáveis**

### **2.1. Saúde em todas as políticas**

De acordo com a literatura, o tema das políticas públicas saudáveis atingiu a sua maturidade com a Carta de Ottawa de 1986, saída da Conferência da OMS realizada em Ottawa no Canadá, constituindo um dos pontos-chave da promoção da saúde, a qual tem por objetivo a construção de uma atuação saudável no desenvolvimento das políticas públicas em todos os países envolvidos (Kickbusch, 2010b: 16).

O tema assenta na constatação de que todas as políticas públicas têm um potencial para afetar, positiva ou negativamente, a saúde e o bem-estar dos cidadãos. A noção veio a ser associada a uma consciência ambiental e ecológica da saúde (Sihto, Ollila e Koivusalo, 2006: 6), reconhecendo-se que os impactos das atividades humanas têm uma relação direta com a saúde dos indivíduos.

Políticas públicas saudáveis são as atuações de política pública que visam melhorar as condições em que as pessoas vivem: meios seguros, adequados e sustentáveis de subsistência, estilos de vida e ambientes, incluindo habitação, educação, nutrição, troca de informações, creches, transportes e ainda da comunidade necessária e serviços sociais e de saúde pessoal. A adequação política pode ser medida pelo seu impacto sobre a saúde da população (Milio, 2001a: 622), tendo em conta estes parâmetros.

O motor da ideia de políticas públicas saudáveis é o conceito de Saúde em Todas as Políticas. Este conceito foi trabalhado em profundidade no decurso da presidência finlandesa da União Europeia em 2006 e teve como resultado um conjunto de contributos de entidades governamentais e de organizações internacionais (Rudolph *et al.*, 2013: 19; 142-145).

A definição de Saúde em Todas as Políticas utilizada pela Organização Mundial de Saúde no conjunto de Definições de Trabalho preparatórias da Conferência de Helsínquia, citada por Baum, Ollila e Peña (2013: 6) – e de acordo com a Declaração de Saúde em Todas as Políticas emanada de 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde - é a seguinte:

Saúde em Todas as Políticas (HIAP)<sup>2</sup> é uma abordagem para as políticas públicas em todos os sectores, que tenha sistematicamente em conta as implicações para a saúde e os sistemas de saúde das decisões, procura sinergias e evita efeitos nocivos para a saúde, a fim de melhorar saúde da população e a equidade em saúde. Uma abordagem HiAP baseia-se na relação entre direitos e deveres de saúde. Ela enfatiza as consequências das políticas públicas nas determinantes de saúde, e visa melhorar a responsabilização dos decisores políticos para os impactos na saúde em todos os níveis da elaboração de políticas.

Outras formulações simplificaram esta definição, como aquela que apresentam Sihto, Ollila

---

<sup>2</sup> HiAP, do inglês Health in All Policies.



e Koivusalo (2006: 4-5): “estratégia relativa à política horizontal, complementar, com um grande potencial para contribuir para melhorar a saúde da população. O núcleo do HiAP é examinar os determinantes da saúde que podem ser alterados para melhorar a saúde, mas que são controladas principalmente pelas políticas de outros sectores além da saúde”; ou ainda Rudolph *et al.* (2013: 6): “uma abordagem colaborativa para melhorar a saúde de todas as pessoas através da incorporação de considerações de saúde para a tomada de decisões em todos os sectores e áreas das políticas [públicas]”.

Qualquer delas assenta, no entanto, nesta noção de que a decisão política, mesmo que não tenha por base a saúde, contém implicações, ainda que a médio ou longo prazo, para a saúde dos cidadãos.

O núcleo fundamental das políticas públicas saudáveis é, como resulta das noções apresentadas, o conjunto dos designados determinantes da saúde, explorados mais adiante, mas que constituem um complexo de fatores os quais, uma vez moldados por medidas políticas, têm reflexo na saúde e na vivência das populações.

Em suma, a ideia de Saúde em Todas as Políticas é uma abordagem às políticas públicas procurando institucionalizar as considerações relativas à saúde, equidade e sustentabilidade com parte fundamental do processo de tomada de decisão política através de uma ampla gama de sectores (Rudolph *et al.*, 2013: 6).

## **2.2. Desenvolvimento do conceito**

O conceito de Saúde em Todas as Políticas não é um assunto recente, encontrando-se de uma ou de outra forma no centro das atenções políticas ao longo do tempo, sendo que a literatura encontra as raízes do mesmo, ainda que de modo difuso, em políticas de saúde pública prosseguidas ainda no século XIX (Baum, Ollila e Peña, 2013: 27-28), com o advento da revolução industrial e o crescimento das cidades, obrigando os governos a tomar medidas de política sanitária, as quais envolveram vários sectores do poder.

Com efeito, como notam estes autores, os padrões das doenças que atingiam as populações na altura refletiam profundas desigualdades sociais, sendo que o maior desafio para as autoridades públicas consistia em reduzir a incidência das doenças infecciosas e melhorar a saúde geral.

### ***História***

Deste panorama resultou, a nível europeu, diversa legislação tendente a melhorar as condições

sanitárias, envolvendo a planificação urbana, a assistência médica, a distribuição de água e o saneamento básico. Na primeira metade do século XX o florescimento económico impulsionou uma maior atenção à saúde das populações, fortalecendo-se a ideia de que os governos têm responsabilidades na saúde dos cidadãos. Já na segunda metade do século XX, no rescaldo da 2ª Guerra Mundial, a pressão para o entendimento dos povos levou à institucionalização de organizações de Estados com vista à cooperação política, tendo nascido a Organização das Nações Unidas, bem como a Organização Mundial de Saúde, por onde passam todas as principais medidas internacionais de política de saúde.

De acordo com a maioria da literatura, a Declaração de Alma-Ata, de 1978, é a fonte dos movimentos contemporâneos de promoção da saúde. Esta Declaração resultou da Conferência da OMS realizada entre 6 e 12 de Setembro de 1978 em Alma-Ata (ex-URSS), cujo principal objetivo era a coordenação de esforços na implementação dos cuidados primários de saúde, afirmando que tanto os serviços de saúde como os esforços para envolver outros sectores nos determinantes sociais, económicos e políticos de saúde são necessários para alcançar ganhos em saúde significativos (Rudolph *et al.*, 2013: 142).

Posteriormente a Carta de Ottawa, resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Saúde Pública realizada em Ottawa, Canadá, em 1986 e as Recomendações saídas da Segunda Conferência Internacional em Saúde Pública de Adelaide, Austrália, em 1988, são considerados os pilares do atual conceito de Saúde em Todas as Políticas, emergente da “Declaração Sobre a Saúde em Todas as Políticas” produzida na Conferência de 2010 realizada igualmente em Adelaide, na Austrália. De referir que esta Declaração colheu bastante das conclusões do Relatório Final da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, instituída em 2005 pela OMS e destinada a apoiar os países a enfrentar os fatores sociais que influenciam negativamente a saúde das populações (Baum, 2008: 457).

Em 2011, a Conferência Internacional sobre os determinantes sociais de saúde realizada no Rio de Janeiro, Brasil, veio consolidar o entendimento do conceito.

Para a Europa, de acordo com Koivusalo (2006: 24-25), o tema da Saúde em Todas as Políticas ganhou relevo em Novembro de 1993 com uma Comunicação produzido pela Comissão Europeia sobre o quadro de ação no domínio da saúde pública, que constituiu a base do primeiro programa plurianual de saúde pública. A mesma autora sustenta ainda que foi, todavia com o Tratado de Amesterdão da União Europeia de 2 de Outubro de 1997, nomeadamente no artigo 152º do texto final do Tratado da União, que incorporou uma posição forte relativamente à saúde pública como incumbência de cooperação entre os Estados da União e, através das organizações internacionais, com países terceiros.

Um outro ponto alto do desenvolvimento do conceito teve lugar com a resolução para a proteção da saúde em todas as políticas, introduzida pela Presidência finlandesa da União Europeia em 1999, fruto de um conjunto de experiências de diversos países a partir dos anos setenta (Kickbusch, 2010b: 18).

Em 2006, no decurso da sua posterior presidência, a Finlândia prosseguiu os esforços de promoção daquele conceito e da sua implementação, juntando os contributos de instâncias políticas, académicos e burocratas. A posição da presidência da União procurou assegurar que a saúde era tida em consideração em todas as políticas dos governos, passando a ideia aqui tratado a ser política oficial da União Europeia e orientação fundamental para a nova estratégia de saúde adotada a partir de 2007.

**Conferências Internacionais da OMS e documentos chave em cuidados primários de saúde, promoção da saúde e determinantes sociais da saúde: relevância para a HiAP**

<b>Conferência</b>	<b>Relevância para a HiAP</b>
1978 Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde (Alma-Ata)	Produção da <i>Declaração de Alma-Ata</i> sobre cuidados primários de saúde promovendo a visão social da saúde e defendendo a importância da ação intersectorial para atingir a saúde para todos
1986 Primeira Conferência Internacional em Saúde Pública (Ottawa)	Produção da <i>Carta de Ottawa sobre a promoção da saúde</i> – entre as cinco estratégias de promoção da saúde foi incluído “promover políticas públicas saudáveis” e “criar um ambiente sustentável para a saúde”
1988 Segunda Conferência Internacional em Saúde Pública (Adelaide)	Produção das <i>Recomendações de Adelaide em Saúde Pública</i> definida como “uma preocupação explícita para a saúde e equidade em todas as áreas políticas e por uma avaliação do impacto em saúde”
2005 Sexta Conferência Global em Saúde Pública (Bangkok)	Produção da <i>Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado</i> . Reforço das estratégias básicas da Carta de Ottawa, estendendo a sua relevância num mundo globalizado e tornando a SP central para a agenda do desenvolvimento global, uma responsabilidade central para todos os governos e requerendo uma boa prática corporativa. Chamada para uma governação global para tratar do impacto prejudicial de “comércio, produtos, serviços e estratégias de marketing”
2008 Relatório Final da CSDH	Forneceu extensa evidência sobre o impacto dos determinantes sociais da saúde bem como dos impactos da saúde em múltiplos sectores. É recomendado o uso de avaliações de impacto na equidade em saúde e endossada a

		abordagem HiAP
2010	Encontro Internacional sobre Saúde em Todas as Políticas (Adelaide)	Produção da <i>Declaração de Adelaide sobre Saúde em Todas as Políticas</i> a qual “ênfatiza que os objetivos governamentais são melhor conseguidos quando todos os sectores incluem saúde e bem-estar como uma componente chave da política de desenvolvimento”
2011	Conferência Mundial em Determinantes Sociais da Saúde (Rio)	Produção da <i>Declaração Política do Rio nos Determinantes Sociais da Saúde</i> a qual refere: “Saúde em Todas as Políticas, em conjunto com a cooperação e ação intersectorial, é uma das abordagens mais promissoras para elevar a avaliação de outros sectores par a saúde, bem como para promover a equidade em saúde e sociedades mais inclusivas e produtivas”

Quadro I.3 - Adaptado de Baun, Ollila e Peña (2013: 32-33).

Também o Tratado de Lisboa da União Europeia, assinado a 13 de Dezembro de 2007 e em vigor desde 1 de Dezembro de 2009, incorporou no seu artigo 168º mecanismos de decisão que conferem ao Parlamento Europeu e ao Conselho poderes legislativos em diversas matérias, tendo em vista a proteção da saúde pública.

Todavia, apesar de algumas iniciativas pontuais e da exceção que constitui a Finlândia, e sendo um dos princípios basilares da estratégia política da União Europeia, a saúde em todas as políticas não atingiu a importância esperada, sendo exemplo o documento estratégico “Europa 2020”, o qual não contém uma visão integrada da promoção daquele princípio, embora contenha matérias relativas à saúde pública (Baum, Ollila e Peña, 2013: 36).

Em Portugal, a ideia da observância de políticas saudáveis foi incorporada em 1998 com a adoção do documento “Saúde – Um Compromisso”, que iniciou o processo sistemático de estratégias políticas sobre a saúde (Loureiro e Miranda, 2010: 27). Posteriormente, as mesmas orientações foram incluídas no Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 e no seu sucessor para 2011 – 2016. Contudo, com aquele primeiro documento, o país estaria em condições de implementar ao seu nível o objetivo de prosseguir a otimização da saúde geral através orientação das diversas políticas públicas nesse sentido.

### ***Estratégia preconizada***

A Carta de Ottawa de 1986 definiu cinco estratégias fundamentais para a promoção da saúde definindo o desafio para uma nova saúde pública, reafirmando a justiça social e equidade como pré-requisitos desta e apontando a promoção e a mediação como os processos para a sua

realização (Kickbusch e Buckett, 2010: 163; Loureiro e Miranda, 2010: 31-32):

- 1 - A construção de políticas públicas
- 2 – Ambiente sustentável
- 3 – Fortalecimento da ação comunitária
- 4 – Desenvolvimento de competências pessoais
- 5 – Reorientação dos serviços de saúde

A primeira destas estratégias constitui um pré-requisito para que se considere existir uma real preocupação com as temáticas de saúde pública. O modo como as políticas públicas são construídas importa de modo decisivo para a incorporação do conceito de Saúde em Todas as Políticas nos objetivos da governação. Esta incorporação caracteriza-se por conter orientações de saúde, de equidade e de responsabilização. Por outro lado, ela deve integrar também a agenda dos decisores políticos e de outros atores envolvidos, sendo que os primeiros deverão ter em conta as consequências das suas decisões.

A segunda das estratégias é evidente, tendo em consideração que o meio ambiente condiciona o desenvolvimento do indivíduo e da sua saúde. O ambiente refere-se não apenas ao ambiente físico, mas igualmente às perspetivas sociais, económicas e políticas. De facto, o ambiente onde as pessoas vivem, trabalham e interagem é determinante e só assegura a promoção da saúde se for sustentável e garantir o melhor desenvolvimento do indivíduo.

A terceira estratégia assenta na noção de devolução de poder à comunidade, de molde a atingir-se a mudança nos comportamentos, nos destinatários das políticas, mas também na possibilidade de sindicância destas. O fortalecimento da comunidade, através de processos como a literacia e a participação cívica, potencia os estilos de vida saudáveis.

A quarta estratégia da Carta de Ottawa parte também da ideia de fortalecimento do indivíduo pelo ganho nas suas competências individuais, permitindo-lhe identificar as suas necessidades e preocupações. Este ganho de competências é essencial para as escolhas saudáveis na sua vida diária. A educação e a literacia em saúde são fundamentais para este processo.

Por fim, a estratégia relativa à reorientação dos serviços de saúde no sentido da integração com os processos decorrentes das políticas públicas, nomeadamente através de mudanças organizacionais e de decisão, em especial na formação dos profissionais de saúde, na planificação urbana no respeitante à localização dos prestadores de serviços de saúde e no tipo de serviços oferecidos.

Tendo em conta a natureza da matéria, os processos políticos tendentes à adoção de uma

orientação HiAP requerem estratégias próprias, nem sempre convenientes às opções ideológicas dos governos, uma vez que esta é crescentemente interdependente e multidimensional (Sihto, Ollila e Koivusalo, 2006: 9).

Por consequência, nem todos os problemas respeitantes à saúde pública podem ser intervencionados de uma só vez. Logo, segundo Leppo *et al.* (2013: 329-330), é necessário estabelecer prioridades do seu conjunto para soluções políticas, financeira e eticamente exequíveis. Os autores apresentam três tipos de processos para isso:

- Em primeiro, a avaliação de questões de saúde, de equidade e de sistemas de saúde que requerem uma intervenção intersectorial. Nestas questões sublinha-se a importância das políticas de longo curso e do seu acompanhamento e, em particular, a avaliação do potencial de custos e benefícios destas políticas intersectoriais para a sociedade no global;
- Em segundo, um processo decorrente de uma meta de alta prioridade dos governos pode beneficiar de uma abordagem intersectorial com sinergias com a saúde. Problemas como as políticas de educação, extensão da idade de reforma e ocupação da população reformada, políticas de alimentação e outros, podem beneficiar com a adoção de soluções integradas. Acresce que a saúde pública não apenas pode facilitar os objetivos dos governos, mas igualmente abre oportunidades para a sua própria agenda, nomeadamente para reformas no sector e para a prossecução de políticas redistributivas;
- Em terceiro, os processos de políticas públicas podem ocorrer de propostas emanadas de sectores do governo ou de atores internacionais, com importantes impactos potenciais na saúde. Este potencial pode ser desenvolvido através de normas, de padrões de atuação, acordos e cabimentos financeiros. As políticas terão de ter em conta os processos institucionais e as prioridades de outros atores em todos os níveis de governação. Por outro lado, a prossecução de políticas públicas tem de identificar corretamente os níveis apropriados de compromisso (regional, nacional ou global).

Assim, uma vez que a ação intersectorial é essencial para atingir um adequado nível de saúde e equidade das populações, são apontados em geral cinco elementos-chave para a implementação do conceito de Saúde em Todas as Políticas, englobando esta preocupação (Rudolph *et al.*, 2013: 17-18):

1. Promoção da saúde, equidade e sustentabilidade, especialmente através de duas vias: incorporando a saúde, a equidade e a sustentabilidade como objetivos em todas as políticas, programas e processos específicos; e incorporando as considerações de saúde, equidade e sustentabilidade nos processos de tomada de decisão do governo, de molde a

que as políticas públicas saudáveis sejam a forma normal de governação.

2. Desenvolvimento da colaboração intersectorial: o reconhecimento das ligações entre a saúde e os outros temas e áreas políticas. Todos os sectores contribuem para a construção de um ambiente económico, físico e social adequado à vida dos cidadãos. A abordagem da Saúde em Todas as Políticas privilegia uma colaboração profunda e de continuidade, e não apenas uma aproximação formal entre áreas de governação.
3. Benefícios para múltiplos parceiros: a promoção da colaboração intersectorial assenta na lógica de co-benefícios e de ganhos múltiplos. Por um lado, potencia benefícios para mais do que um objetivo político e, por outro, cria eficiências para todos os sectores. Este conceito de ganhos múltiplos é essencial para assegurar apoio mútuo entre sectores e para assegurar uma utilização mais eficiente dos recursos financeiros em regra escassos.
4. Envolvimento das partes interessadas: só com o envolvimento dos atores e dos respetivos contributos se pode assegurar mudanças significativas nas decisões políticas e nos comportamentos da comunidade.
5. Estabelecimento de mudanças estruturais e processuais: o conceito de Saúde em Todas as Políticas é capaz de promover alterações permanentes no modo como os diferentes sectores se relacionam uns com os outros e no modo como as decisões de políticas públicas são tomadas. Isto é conseguido institucionalizando o conceito nas estruturas existentes dos processos governativos ou em novas estruturas.

Em contraponto, a literatura aponta igualmente dificuldades e constrangimentos na implementação do conceito, apresentadas em síntese: primeiro, se na cooperação entre sectores os interesses são compatíveis, não se põe problema de maior; contudo, quando os interesses são incompatíveis no imediato ou a longo prazo, a necessidade de intervenção em termos de liderança é necessária e a preferência por objetivos de saúde pública deve ser determinante. É o caso por exemplo do consumo de bebidas alcoólicas, em que a salutogénese indica a diminuição do consumo destas bebidas, mas a indústria de produção pode até ser protegida por incentivos governamentais.

Em segundo, a implementação de políticas públicas saudáveis pode ser limitada pelo alcance das medidas de cada um dos sectores envolvidos. Por exemplo, tornar mais saudável a comida ingerida por crianças nas escolas, mas isso não significa que no seio familiar seja possível manter o mesmo nível nutricional, já que este meio depende de fatores como condições de emprego, horários de trabalho, poder de compra, ou outros daí decorrentes.

Em terceiro, o custo implicado nas medidas de saúde pública, em especial para outra área

de políticas públicas pode constituir também um obstáculo. Muitas vezes, as medidas tendentes à implementação de políticas de saúde perdem em comparação com os custos no curto prazo; só a comparabilidade dos custos e dos benefícios no longo prazo torna evidente os ganhos em saúde.

Em quarto, uma atuação de governação multinível é importante, já que as políticas locais e as políticas parciais não são compreendidas e tomadas como significativas, a não ser que se encontrem integradas em níveis mais globais, horizontal e verticalmente. Por fim, algumas políticas são facilmente implementadas, mas outras requerem esforços de longo prazo, já que os seus efeitos não se produzem de imediato e exigem compromisso constante (Sihto, Ollila e Koivusalo, 2006: 13-14).

### **2.3. Determinantes da saúde**

As políticas públicas saudáveis concretizam-se através da sua relação com os designados determinantes de saúde. Determinantes de saúde são os fatores que influenciam a saúde individual e coletiva (Loureiro e Miranda, 2010: 57). Fatores como o rendimento, emprego, habitação, acesso a serviços básicos, educação e a instalações sociais e comerciais são determinantes da saúde, já que influenciam o grau de saúde, bem-estar ou os ganhos de saúde, conseguidos por indivíduos e comunidades (WHO, 2004a: 4).

O termo “determinantes” foi estabelecido como referência oficial por parte da OMS e tem sido utilizado de forma intensiva pela literatura, em qualquer contexto relacionado com as políticas públicas de saúde. Rütten *et al.* (2003: 296) põem em evidência a diferença do termo relativamente ao determinismo nas ciências naturais: nas ciências sociais, os determinantes não se baseiam nas leis gerais da natureza e a sua existência não é independente dos seres humanos. Antes reflete regras institucionalizadas pela sociedade como resultado histórico da ação humana.

Ao invés de uma tão forte causalidade, o termo necessita de um operador, sendo o termo “fator” um operador apropriado já que implica uma contribuição ativa de um elemento para um resultado complexo (McQueen *et al.*, 2012: 7).

Dahlgren e Withehead conceberam em 1991 um diagrama representativo dos principais determinantes de saúde, dito por camadas, o qual permite compreender a lógica das influências ambientais e individuais. Esta lógica é necessária para se explicar de que modo as decisões de política pública se repercutem na esfera individual, moldando o respetivo contexto.



## Os Principais Determinantes da Saúde

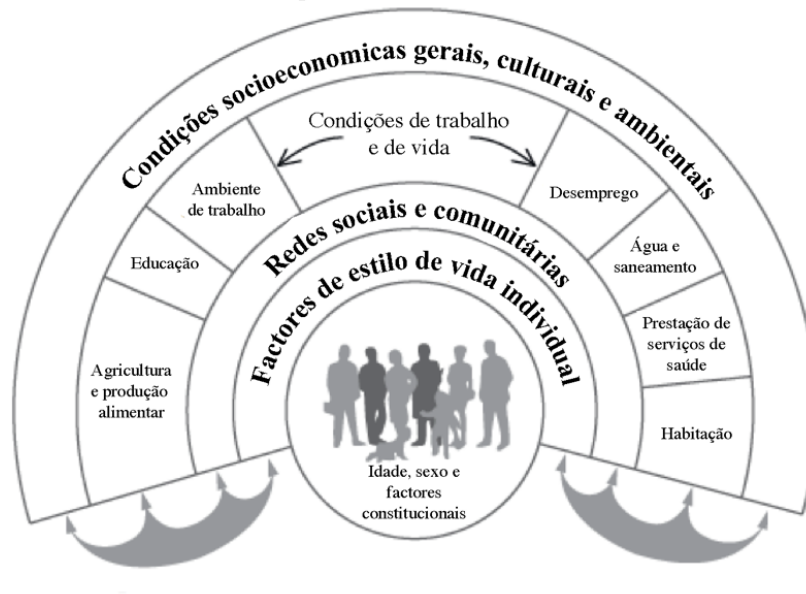


Figura I.4 - Adaptado de Dahlgren e Whitehead (2006: 20).

### *Classes e categorias*

Na literatura sobre o tema dos determinantes de saúde encontram-se diversas tipologias em que os mesmos se encontram agregados, de acordo com perspectivas diferenciadas. Uma primeira conceção agrupa estes fatores determinantes em fatores genéricos ou categoriais, e fatores específicos, sendo os primeiros relativos a categorias agregadoras – condições económico-sociais, culturais e ambientais, condições de vida e de trabalho, influência social e coletiva, fatores relativos ao estilo de vida individual e fatores biológicos; os segundos são fatores variáveis que concretizam os anteriores em aspetos da vida diária dos indivíduos.

É neste último grupo que os processos políticos têm maior influência e podem modificar positiva ou negativamente a saúde das pessoas, individual ou coletivamente.

De acordo com Dahlgren e Whitehead (2006: 21-22), os determinantes de saúde são influenciados por decisões de ordem individual, económica ou política, as quais podem ter uma natureza positiva, uma natureza protetiva ou uma natureza de risco. Na primeira categoria, os fatores positivos atuam no sentido da manutenção da saúde. Estes são, por exemplo, segurança económica, condições de habitação e alimentação adequadas, emprego e outros. Para Wilkinson, citado por estes autores, o controlo sobre os ganhos de vivência e o disfrutar de boas relações em casa e nas relações sociais são também importantes fatores de saúde positivos.

Os fatores protetivos consistem em ações que eliminam os riscos de doença, ou que aumentam a resistência ou a possibilidade de ocorrência de doença. O exemplo clássico é o da

vacinação e da imunização contra várias doenças infecciosas. Dietas saudáveis e equilibradas são também exemplo de fatores protetivos, assim como os fatores psicológicos, ligações sociais e o sentido de propósito e orientação de vida individual.

Fatores de risco ou condições de risco incluem as condições socioeconômicas, ou podem estar associadas com ocorrências ambientais ou de modo de vida, como a poluição ou os hábitos tabágicos. Os autores sublinham que estas causas de problemas de saúde são potencialmente suscetíveis de prevenção e, acrescente-se, até evitáveis.

De um outro ponto de vista, os determinantes de saúde podem classificar-se como determinantes políticas e determinantes sociais. Os primeiros resultam dos aspetos políticos, legais e institucionais, e os segundos de fatores socioeconômicos, de condições de vida e de trabalho, demografia, estilos de vida e comportamento (Shi, Tsai e Kao, 2009: 45).

Esta distinção não é de todo despcienda: ela remete para uma opção, tomada nomeadamente ao nível da OMS, a qual institui entidades como a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, instituída em 2005, e outras agências para a saúde pública, que são orientadas para o estabelecimento de consensos e se abstêm de proceder a análises de políticas públicas, evitando tensões no conjunto de países aderentes. Os determinantes políticos raramente são mencionados nos relatórios destas comissões (Navarro, 2008: 354). Aliás, não será por acaso que a maioria da literatura, associados e consultores da OMS incluídos, se referem predominantemente aos determinantes sociais da saúde.

<b>Categorias de determinantes de saúde</b>	<b>Determinantes específicos de saúde</b>
Condições socioeconômicas, culturais e ambientais	<p>Políticas públicas internacionais, nacionais e locais (por exemplo, economia, saúde, emprego, educação, defesa, transportes, habitação, estrangeiro, imigração, as políticas de bem-estar)</p> <p>Serviços públicos internacionais, nacionais e locais de base populacional (por exemplo, serviços de emergência, policiamento, saúde e assistência social, imigração, educação, transporte, bem-estar, cuidado da criança, lazer)</p> <p>Valores e normas sociais e culturais expressos / percebidos (por exemplo, a discriminação, o medo de discriminação, atitudes para diferentes grupos populacionais, equidade e da lealdade)</p> <p>Relação entre o Estado e o cidadão</p>

Condições de vida e de trabalho	Habitação (por exemplo, condições, disponibilidade) As condições de trabalho (por exemplo, exposição a riscos) Qualidade do ar, água, solo Ruído Tratamento de resíduos Uso de energia e sustentabilidade dos recursos Uso da terra Biodiversidade Acessibilidade a pessoas, lugares, produtos
Influência social e da comunidade (ambiente socioeconómico)	Apoio social e integração Exclusão social Espírito comunitário O envolvimento da comunidade nas decisões de políticas públicas Emprego (por exemplo, disponibilidade, qualidade) Educação / formação (por exemplo, disponibilidade, qualidade, acessibilidade)
Fatores individuais de estilo de vida	Comportamentos pessoais (por exemplo, dieta, atividade, tabagismo, consumo de álcool, abuso de drogas) Segurança pessoal Situação no emprego Nível de instrução Rendimento, incluindo o rendimento disponível Auto-estima e confiança Atitudes, crenças - 'locus de controle'
Fatores biológicos	Idade, sexo, fatores genéticos

Quadro I.4 - Adaptado de WHO (2004: 5).

### ***Iniquidades e desigualdades***

Determinantes políticos, determinantes sociais e saúde da população são concebidos como uma cadeia de causalidade (Baum, Ollila e Peña, 2013: 4). A abordagem Saúde em Todas as Políticas começa na origem desta cadeia e destina-se a ajudar a tornar as políticas mais coerente e, portanto, contribuir para uma melhor governação, sendo que, de acordo com os mesmos autores, uma política com consequências negativas para a saúde das populações irá colocar uma carga extra sobre os sistemas de economia e de saúde.

Os determinantes de saúde assentam sobre um problema essencial que é o das desigualdades ou iniquidades. Alguns indivíduos e grupos de pessoas acedem sistematicamente a uma saúde melhor ou pior dos que os outros. É o que se designa como iniquidades em saúde e constitui o resultado de diferentes exposições aos riscos associados às respetivas condições socioeconómicas ao longo da vida (WHO, 2004a: 4). Este processo pode explicar ainda as iniquidades relativas à proveniência étnica e de género.

Tendo presente o conceito de equidade em saúde atrás exposto, bem como o seu correlativo negativo iniquidade, assim como a distinção também referida entre iniquidades e desigualdades, sendo estas as que podem resultar de factos biológicos ou de comportamentos individuais de livre escolha, por vezes impossíveis de modificar ou eticamente ou ideologicamente indisponíveis, e as primeiras respeitantes sobretudo a fatores de ambiente externo e a condições fora do controlo individual, dos quais a desigual distribuição pode ser evitada, convirá analisar com mais profundidade este tema.

Oliver e Mossialos (2004: 655) sublinham que acesso igual para igual necessidade exige condições tal que os que têm necessidades iguais têm igual oportunidade de acesso aos cuidados de saúde (ou seja, equidade horizontal) e, como corolário, aqueles com necessidades desiguais devem ter acesso a oportunidades desiguais de forma adequada aos cuidados de saúde (ou seja, equidade vertical).

Dahlgren e Withehead (2006: 25-32) resumiam os principais vetores de desigualdades através dos quais os fatores de risco conhecidos trazem diferentes níveis de equidade identificáveis nos países. São eles:

- Diferentes níveis de poder e de recursos: grupos com melhor posição social e recursos económicos têm oportunidade de viver vidas mais saudáveis do que os grupos mais desfavorecidos social e economicamente. A redução das diferenças de educação e de recursos disponíveis entre estes grupos têm um efeito positivo nos determinantes de saúde;
- Diferentes níveis de exposição a perigos: a exposição a riscos de tipo material, psicossocial e comportamental parece estar ligado de modo inverso com a posição social e de riqueza do indivíduo. A menor exposição a fatores de risco nos locais de trabalho, nos percursos urbanos e nos comportamentos individuais estão relacionados tende a aumentar com a condição social.
- Idêntico nível de exposição pode conduzir a impactos diferentes: as exposições a fatores de risco para grupos idênticos na estratificação social dependem dos padrões de comportamento e dos sistemas de apoio familiar e profissional. Estes padrões são

gerados por diversos fatores, entre os quais a exclusão social, baixos rendimentos, hábitos alcoólicos e dificuldades no acesso aos sistemas de saúde;

- Efeitos do percurso de vida: nesta perspetiva, de resultados acumulados, constata-se que muitos acontecimentos sofridos nos primeiros anos de vida conduzem mais tarde a uma saúde diminuída. E não se trata apenas de aspetos biológicos: por exemplo, tal como noutra áreas, a posição económica dos pais afeta o desenvolvimento dos filhos; os hábitos daqueles (álcool, tabaco, drogas ...) afetam igualmente a saúde destes. Sendo a maior explicação para as variações ao longo da vida observadas na saúde e na esperança de vida, este fator pode ser evitado através de intervenções destinadas a reduzir as iniquidades na infância e na juventude;
- Diferentes efeitos sociais e económicos em estado de doença: dificuldades no acesso a sistemas de segurança social, isolamento ou exclusão social (que tem como consequência a falta de apoio em situação de carência), acrescido da necessidade de apoio financeiro extra em situação de doença, concretiza outro vetor de desigualdades sociais.

Deste prisma torna-se evidente a possibilidade de todos estes vetores serem moldados e intervencionados pelas políticas públicas dos Estados, orientadas pelo conceito de Saúde em Toda as Políticas. Foi neste sentido que a OMS instituiu em 2005 a designada Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), cujos trabalhos resultaram num relatório em agosto de 2008. Este relatório contém três recomendações abrangentes (Baum, 2008: 458):

- 1) Melhoria das condições de vida diária nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem;
- 2) Combater a desigual distribuição de poder, dinheiro e recursos – orientadores estruturais das condições de vida diárias – a nível global, nacional e local;
- 3) Medir e compreender o problema das iniquidades em saúde e avaliar o impacto de cada ação.

Contudo, como conclui Kickbusch (2010b: 12), os governos apenas atuam sob condições específicas: a resposta política dos governos é sempre sujeita a muitos tipos de motivação, incluindo a utilidade económica, a ideologia política, a pressão demográfica, o medo de contágio, um certo compromisso humanitário, novas tecnologias e eventuais reformas no sistema social e na justiça. E sobretudo pela agenda própria e pelas agendas dos grupos de pressão – institucionalizados ou não – que se manifestam nas diversas áreas da política.

## 2.4. Processo político, coordenação e liderança

A coordenação intersectorial das estruturas do poder político tem sido referenciada pela literatura como sendo um aspeto chave para a realização do conceito de Saúde em Todas as Políticas (WHO, 1986; McQueen *et al.*, 2012; Kickbusch, 2010b; Ollila, Baum e Peña, 2013; Sihto, Olila e Koivusalo, 2006; Wismar e Ernst, 2010; Howard e Gunther, 2012; e outros), e é incluída nos cinco fatores chave já atrás referidos para a efetivação dos objetivos daquele conceito (Rudolph, 2013: 17), partindo do reconhecimento que áreas da atividade política que não são tipicamente da saúde, desempenham um importante papel na conformação do ambiente social, físico, económico e de prestação que envolve a vivência dos cidadãos.

De facto, a saúde das populações não é um mero produto das atividades dos sectores da saúde, mas em larga medida determinada pelas condições de vida e por outros fatores económicos e sociais, sobretudo muito influenciada pelas políticas públicas para além do típico sector da saúde (Sihto, Olila e Koivusalo, 2006: 4).

Do mesmo modo se põe a questão da liderança, por parte do setor da saúde, muitas vezes reclamada quanto à coordenação horizontal, onde os conflitos de prioridades muitas vezes eclodem.

### *Conceito*

A definição de coordenação intersectorial envolve noções relativas à ação das estruturas de poder, à repartição de tarefas entre estas e os agentes políticos, a relação entre o sector público e o sector privado, bem como das suas várias dimensões entre Estados e dentro de cada Estado.

A ação intersectorial consiste na coordenação de ações que visa explicitamente melhorar a saúde das populações ou influenciar os seus fatores determinantes (Sihto, Olila e Koivusalo, 2006: 5-6). Mais especificadamente, Freiler *et al.* (2013: 1069), citando a OMS em 1997, apontam a relação entre parte ou partes do sector da saúde com parte ou partes de outros sectores, a qual se forma para dar execução a uma política, tendo por objetivo conseguir ganhos em saúde (ou intermediar ganhos em saúde), de uma forma mais efetiva, eficiente e sustentável do que seria possível conseguir pelo sector da saúde atuando por si só.

O papel dos governos é reconhecido como determinante para a prossecução da coordenação intersectorial. A responsabilidade governamental é central para os esforços de saúde pública, com o papel dos governos na orientação e gestão dos esforços organizados da sociedade neste campo. A saúde pública é concebida como um bem público e a intervenção dos governos nas

ações relativas à saúde é tida como necessária, mesmo para o funcionamento contemporâneo dos mercados: os poderes coercivos são essenciais para a proteção da saúde e os poderes de redistribuição são críticos para o combate às iniquidades no acesso à saúde pelas populações (McQueen et.al, 2012: 8-9).

A governação, enquanto produto da atuação dos governos, tem sido definida de vários modos, como notam McQueen *et al.* (2012: 9). Citando o Banco Mundial, estes autores apontam governação como o exercício da gestão dos recursos económicos e sociais de um país. De um ponto de vista académico, no entanto, os mesmos autores definem governação como as atuações e os meios para promover a ação coletiva e alcançar soluções coletivas, ou como auto-organização de redes inter-organizacionais que são interdependentes. Governação é assim o sistema de tomada de decisão em que orientações são estabelecidas, a autoridade é exercida, e os eventos são monitorizados e geridos.

Em face da complexidade dos fatores sociais e económicos, os governos atuam envolvendo como atores o mercado e a sociedade civil no desenvolvimento e implementação de políticas. A governação pode incluir medidas que vão muito além da atuação do próprio governo pela formulação e implementação de políticas de delegação nas partes ou organizações interessadas. Em essência a governança diz respeito ao poder de relacionamentos (McQueen *et al.*, *idem*, p. 12). Para além dos governos, a literatura dá igualmente conta da necessidade de envolvimento de outros sectores fora da área de governação.

De acordo com St-Pierre (2009: 14) os elementos-chave de uma boa governação são os seguintes:

- A inclusão de diversos atores de dentro e de fora da estrutura governamental;
- O uso da gestão horizontal e vertical;
- Mecanismos de auditoria e controle;
- Alto nível de compromisso político;
- Suporte de recursos financeiros e humanos;
- Desenvolvimento de competências;
- A existência de sistemas de produção de conhecimento.

Para o mesmo autor, a efetividade da governação reside nos mecanismos e na capacidade de promover uma perspectiva de “governação do todo”, e de colocar no topo da agenda governamental a saúde e a redução das iniquidades entre as populações. Duas condições são necessárias para este efeito: uma liderança forte do sector da saúde e um compromisso formal ao mais alto nível da governação (St-Pierre, 2009: 41).

## *Dimensão*

À coordenação intersectorial da governação são apontadas duas dimensões: a dimensão vertical, envolvendo os níveis global, regional, nacional e local; e a dimensão horizontal, envolvendo todas as áreas de governação (Kickbusch, 2010: 12; Wismar e Ernst, 2010: 55; McQueen et. al, 2012: 25). Governação significa, neste enquadramento, todas as estruturas envolvidas no processo político e na tomada de decisão, tanto ao nível nacional como ao nível local, incluindo os órgãos deliberativos e os órgãos executivos (Ollila, Baum e Peña, 2013: 9; Leppo *et al.*, 2013: 341; CSDH, 2008: 22).

A governação horizontal envolve, segundo Kickbusch (2010: 14) dois sentidos: 1) o sector da saúde deve estar preparado para colaborar com os outros sectores envolvidos no processo político; 2) esse sector precisa do suporte nas abordagens de toda a governação, o qual propicie um ambiente favorável àquela cooperação. Neste sentido, são listadas as condições ideais para uma efetiva ação intersectorial concertada:

- Necessidade de atuação conjunta de todas as partes;
- Oportunidades para explorar a colaboração intersectorial;
- Estabelecimento de relações numa base de cooperação;
- Ação bem planeada, concebida, implementada e avaliada; e
- Existência de planos de monitorização e de ganhos sustentáveis.

Ao nível da coordenação internacional, os impactos para a saúde das populações das políticas comuns de vários países ou até a um nível global constituem um importante fator de desenvolvimento e de evolução. Uma atuação a este nível pode resultar na correspondência de normas e standards, acordos vinculativos e suporte financeiro (Leppo *et al.*, 2013: 329). A eficácia das medidas políticas de coordenação a este nível depende também do enquadramento correto de cada uma das intervenções no nível adequado (internacional, nacional, regional ou local) bem como resultante de uma planificação também adequada (Leppo *et al.*, *idem*).

A globalização significa, para além do mais, que qualquer ação sobre o ambiente físico, económico, social e político pode ter repercussões transfronteiriças e a atuação interestadual converte-se tanto num modo de controlar os respetivos efeitos e de minorar os impactos negativos na saúde das comunidades, para além de um fator de estabilidade entre nações. Por outro lado, as respostas aos problemas em concreto residem na atuação internacional, quer porque os recursos financeiros são maiores, quer porque a partilha de conhecimento e tecnologia se torna viável.



A adoção de um processo de colaboração intersectorial de tipo horizontal envolve normalmente um documento escrito, seja uma lei, um regulamento, um plano estratégico, uma resolução, um memorando de entendimento, etc. (Rudolph *et al.*, 2013: 66). Trata-se de um compromisso formal, resultado por vezes da imposição de uma necessidade imperiosa (uma catástrofe ou uma epidemia, por exemplo), ou para diminuir um aspeto negativo de uma atuação política. No entanto, a visão da Saúde em Todas as Políticas vai mais além do aspeto formal: a saúde deve integrar o conjunto de condicionantes em todas as áreas da governação, ou seja, qualquer sector para além do sector da saúde, deve ter como objetivo a promoção da saúde pública.

Todavia, o envolvimento de decisores políticos fora da área da saúde nem sempre é fácil, dadas as estruturas tradicionais de governação e a sua compartimentação. Dando conta deste problema e fazendo a apologia da decisão baseada na evidência, Lorenc *et al.* (2014: 1045-1046), alertam para a necessidade de se compreenderem as necessidades e os pontos de vista daquele tipo de decisores, os quais entendem melhor os argumentos baseados na evidência, e que leis e regulamentos podem limitar o uso da evidência na sua ação. Reconhecem também que a evidência pode ser usada taticamente para legitimar certas decisões *post hoc*.

De uma análise cuidada da literatura, ainda que tendo em conta a dicotomia governação horizontal-vertical – esta última referido à organização hierarquizada do poder – retira-se que grande parte da discussão gira em torno de uma suposta benemérita organização do poder, preocupada com a evidência científica, sendo poucos os trabalhos que procuram integrar a dinâmica intersectorial necessária à aplicação do conceito de Saúde em Todas as Políticas (e consequentemente a tarefa de promoção da saúde pública) no processo político, aspeto que será analisado posteriormente.

De facto, os trabalhos à volta da saúde pública e dos seus determinantes parecem abster-se de considerações de política pública, preferindo sublinhar a disponibilidade do conhecimento técnico, politicamente neutro, deixando a sensação de que este se deveria sobrepor naturalmente a tudo o resto (no mesmo sentido, Bernier e Clavier, 2011: 110). Talvez seja por isso que a grande maioria dos estudos adota a teoria *multiple streams framework* de Kingdon, (Moloughney, 2012: 20-24), dando enorme importância à janela de oportunidade característica deste modelo de análise. Essa janela seria concretizada pela incorporação na agenda política da evidência, por força de uma qualquer necessidade. Ou seja, a saúde pública não deve ter iniciativa política, apenas aguardar um momento oportuno.

Mas a realidade é bem diferente deste pressuposto. Como reconhecem McQueen *et al.* (2012: 10), as políticas públicas são um processo interativo historicamente determinado e

dependente de percurso, mas sempre caracterizado por interesses competitivos dentro e fora das estruturas do poder. Os estudos de von Lengerke e colegas (2004) demonstraram essa diferença, sublinhando o papel da vontade política. A saúde pública encontra-se sujeita, como qualquer outra política pública, àquele tipo de processo. Os teóricos e profissionais da saúde pública não estão treinados para a análise do contexto político e para compreenderem a sua complexidade, nem para enquadrar argumentação e atuar efetivamente na arena política (Kickbush, 2015: 1).

### *Condicionantes*

A literatura tem identificado as condições e obstáculos à implementação de estratégias intersectoriais para a saúde (Rego, 2011b: 15-18; Sihto, Ollila e Koivusalo, 2006: 13-14; Lin *et al.*, 2012: 40-46; Loureiro e Miranda, 2010: 73), avultando fatores como existência ou não de vontade política, alocação de recursos ou falta dos mesmos, enquadramentos estratégicos diferenciados dos vários sectores ou a acuidade dos problemas. O quadro seguinte resume as principais dificuldades para a implementação de estratégias e ações intersectoriais encontradas na literatura:

<b><i>Natureza</i></b>	<b><i>Problema identificado</i></b>	<b><i>Comentário</i></b>
Dificuldades do sistema político	Prioridade a objetivos políticos que não baseados na análise racional	<i>Problemas da forma e da natureza do sistema político, opções de regime e limitações decorrentes da respetiva dinâmica</i>
	Dificuldade em manter política de longo termo	
	Ambiguidade no desenho e implementação das políticas públicas	
Dificuldades de organização política	Fronteiras verticais entre sectores	<i>Problemas de concertação de esforços, muitas vezes da cultura política, mas sobretudo dos modelos organizativos</i>
	Diferentes enquadramentos estratégicos entre sectores	
	Atuações meramente simbólicas dos vários sectores	
	Nível de ação política	
Dificuldades de financiamento	Custo dos programas e estratégias	<i>Opções de financiamento limitadas, se não pelo orçamento disponível, pelo menos pela consideração política nos objetivos de médio e longo prazos</i>
	Incentivos económicos incipientes	
	Contribuição dos orçamentos sectoriais	

Dificuldades de regulação	Dependência do sector privado	<i>Permeabilidade do poder</i>
	Oposição por interesses privados	
Dificuldades de feedback	Limitações de eficácia por fatores que influenciam os determinantes de saúde	<i>Outros fatores não controlados diretamente pelo processo político</i>

Quadro I.5 - Filiação dos principais problemas na coordenação intersectorial.

Este conjunto de problemas postos à colaboração intersectorial pode ser agrupado em cinco planos, de acordo com a sua natureza: no plano do sistema político as dificuldades encontradas prendem-se com a natureza do próprio sistema e da dinâmica dos factos políticos que ditam a sua sustentação – por exemplo os ciclos eleitorais (válido obviamente para regimes democráticos), ciclos esses que determinam a prevalência de medidas de curto prazo em detrimento de políticas de médio e longo prazo. Apontam-se ainda problemas no desenho das políticas públicas, frequentemente originando medidas vagas e imprecisas por servirem múltiplos objetivos (Oliver, 2006: 220-221), ou a questão da sua escolha racional.

Noutro plano, não já da natureza do sistema, mas da sua organização, avultam questões como as fronteiras entre os sectores governamentais, em especial quando as respetivas estratégias são contraditórias e prosseguem objetivos dificilmente compatibilizáveis. Também neste plano, a articulação dos vários níveis de governação – local, regional, nacional e internacional – assume-se como um constrangimento aos governos, exigindo um esforço de cooperação dentro da organização política dos Estados.

Um terceiro plano respeita ao problema magno do financiamento dos sectores e das políticas orientadas para a saúde geral. Por um lado, o custo de implementação de programas e estratégias dirigidas aos ganhos em saúde são por vezes sobrestimados e os ganhos a longo prazo são subestimados e difíceis de quantificar; por outro lado, o investimento em medidas com resultados de curto prazo traduz-se em ganhos políticos mais ou menos certos: por exemplo, as medidas de política que visam soluções estreitas de tratamento são preferidas às alterações de políticas públicas de fundo (Sihto, Ollila e Koivusalo, 2006: 13).

Neste campo apontam-se ainda os fracos incentivos económicos aos atores e às populações, bem como a escassez das contribuições dos orçamentos sectoriais, focados noutros problemas frequentemente sem a preocupação de obter ganhos em saúde.

Acresce a dificuldade sentida pelos próprios governos no que respeita à regulação dos vários sectores e dos interesses em presença. Os governos encontram-se, por natureza, sujeitos

a pressões externas e internas pelos grupos de interesse representativos do comércio e de serviços, das profissões e de outros interesses privados e dos cidadãos em geral, bem como das clientelas políticas e da formação do ambiente em que os governos se movem (Oliver, 2006, 207-210). A capacidade de implementação de políticas intersectoriais depende em larga medida destes atores e políticas orientadas para a saúde geral são por vezes objeto de ataque e de aniquilação pelo trabalho desenvolvido por eles.

Junta-se a estes constrangimentos, sobretudo em regimes de mercado livre, a dependência do sector privado da saúde, também frequentemente em formas de monopólio ou oligopólio, concentrando formas de manipulação do poder político: pense-se no caso da indústria farmacêutica, em especial quando detêm o monopólio de qualquer novo medicamento de grande impacto na saúde pública.

Por último, aquilo que se pode designar como dificuldades de “feedback”, limitações decorrentes de fatores que podem moldar os determinantes de saúde, ilustradas pelo exemplo deixado por Sihto, Ollila e Koivusalo (2006: 13) referindo as campanhas de alimentação saudável nas escolas, as quais contrastam com a alimentação de má qualidade, onde abundam os açúcares e as gorduras, providas pelos pais em casa, por falta de recursos económicos ou simplesmente por falta de educação. Ou seja, a implementação intersectorial de políticas saudáveis é limitada pelo seu próprio raio de ação.

Em conclusão, a prossecução da orientação da Saúde em Todas as Políticas depende de um conjunto de fatores, onde a coordenação intersectorial tem um papel relevante, por potenciar a ação política, mas em que limitações diversas impedem o pleno desenvolvimento daquela orientação, constituindo até por vezes determinantes negativos à saúde pública.

## CAPÍTULO II - ACTIVIDADE FÍSICA E POLÍTICAS PÚBLICAS

### 3 – Contexto das políticas públicas de saúde

#### 3.1. Processo político e políticas de saúde

Uma das constatações afirmadas por muitos autores é a de que as análises das políticas de saúde pública raramente entram em linha de conta com a construção do processo político e com o seu desenvolvimento (Bernier e Calvier, 2011: 109; Breton e De Leeuw, 2010: 87; Navarro, 2008: 354; Mackenback, 2014: 2), descurando o que se designa como *determinantes políticos da saúde pública*. Os investigadores de saúde têm ainda uma visão estreita e idealista da política pública – baseada na crença de que o processo político se orienta sempre para o mais racional e para o bem geral e sendo, portanto, neutras - com prejuízo do entendimento das políticas públicas e das suas opções como parte integrante dos determinantes políticos da saúde (Bernier e Clavier, 2011: 110).

Determinantes políticos são os modos como as diferentes constelações de poder, instituições, processos, interesses e posições ideológicas afetam a saúde e os sistemas de saúde, dentro dos diferentes sistemas políticos e culturais e em diferentes níveis de governação (Kickbusch, 2015: 1).

Sendo o processo de formulação de políticas públicas a expressão daqueles modos de influência, alguns estudos têm procurado pôr em evidência a aplicação dos modelos de análise política às políticas de saúde pública (Fafard, 2008: 9-19; Moloughney, 2012: 3-14; Exworthy, 2008: 321-324; Oliver, 2006: 204-219).

De acordo com a análise de Brent Moloughney (2012) a estudos de caso de análise de políticas públicas, os estudos mais representativos da intersecção o dos processos políticos com as políticas de saúde pública partem do *modelo de etapas no ciclo político*, mas este modelo é preterido a favor dos modelos de fluxos (*multiple streams framework* – MS), utilizados pela maioria dos estudos analisados, e das coligações de interesses ou de causa (*advocacy coalition framework* – ACF) presente em todos eles.

A possível explicação do autor para este facto é a de que o modelo MS é particularmente

útil para a análise de problemas ambíguos e o modelo ACF revela-se preferível em situações em que duas ou mais coligações de interesses se encontram em competição e em que as soluções não são de todo claras. Mas o próprio autor reconhece que parece tratar-se de abordagens complementares (Moloughney, 2012: 29). Entretanto, outras conclusões são possíveis, nomeadamente tendo em conta a complexidade técnica das soluções nas políticas de saúde e o papel do conhecimento e da evidência científica neste âmbito.

O racionalismo ingénuo da saúde pública justificará talvez a preferência pelo modelo MS: o conhecimento científico atua como uma obrigação evidente à espera de uma oportunidade para ser incorporado no processo político, mas de forma passiva. Esta neutralidade importa mais aos profissionais da saúde do que aos políticos; por isso, muitas vezes se formem coligações de pressão tendo como alvo a agenda política.

O modelo das etapas, ou “stages heuristic”, é utilizado nos ensaios analíticos do processo decisório em políticas de saúde pública, e em regra comporta cinco momentos: agendamento, formulação de políticas, tomada de decisão, implementação e avaliação, de acordo com a formulação de Howlett e Ramesh (2003) citados por Fafard (2008: 9). Ainda de acordo com este autor, o modelo das etapas é simultaneamente dos mais utilizados e dos mais criticados na análise do processo político. Apontam-se limitações como a não identificação de condutas causais dentro e através das várias etapas, a de comportar uma abordagem linear e sistemática, nem sempre real, a de não incorporar a evidência e o seu papel no processo, e ignorar processos políticos e legislativos que ocorrem por vezes em simultâneo (Moloughney, 2012: 6).

Por sua vez, o modelo MS centra-se no modo como os temas entram na agenda política e como são traduzidos em políticas públicas. Argumenta-se neste cenário que a conjugação dos três fluxos abre uma janela de oportunidade para a tomada de decisão. O modelo (e as suas variantes) tem sido, de acordo com Exworthy (2008: 321) aplicado à análise da mudança política em torno das desigualdades em saúde e aos determinantes sociais da saúde, devido ao facto de que em muitos países as questões que integram os determinantes sociais de saúde esforçam-se por entrarem na agenda política e nem sequer chegam à fase de implementação, apesar da evidência epidemiológica a montante (idem).

Partindo da associação ocasional e por vezes implícita de atores na partilha de interesses e recursos, o modelo ACF assenta em coligações que se definem mais pelas suas ideias do que pelo exercício de um poder auto interessado (Buse, Mays e Walt, 2005: 132). O conjunto de atores políticos têm naturezas diversas, desde legisladores, funcionários públicos, decisores, jornalistas, lobistas, membros de associações civis e culturais, pesquisadores e outros. De entre estes atores assumem importância membros da comunidade académica, já que um dos

pressupostos do modelo ACF é que a informação técnica e científica representa um papel importante na mudança do comportamento político (Moloughney, 2012: 11; Fafard, 2008: 15).

De acordo com as conclusões de Buse e colegas, o modelo ACF funciona bem para explicar as mudanças das políticas públicas em períodos de uma década em sistemas relativamente abertos, descentralizados, federais ou pluralistas, mas funciona menos bem em sistemas relativamente fechados, mais centralizados ou com centros de poder hierarquizados ou tutelares. Parece não ter espaço em países subdesenvolvidos, nos quais o poder é tradicionalmente mais fechado e elitista (Buse, Mays e Walt, 2005: 133).

Estes modelos analíticos serão vistos com mais pormenor abaixo, mas ainda que de modo exploratório, parece-nos que pelos menos estes três modelos exposto podem combinar-se para explicar as diferentes políticas públicas de saúde. Pode conceber-se como base a teoria das etapas, sendo que as primeiras delas (agendamento, formulação e decisão) – e também a etapa de avaliação – são permeáveis às análises dos modelos MS e ACF.

Resumidamente pode admitir-se que as coligações de interesses, concebidas de acordo com a teoria geral, influem nas fases de agendamento, formulação e avaliação, e que os fluxos ou correntes surgem na fase de formulação, mas mais preponderantemente na fase de decisão.

Em matéria de saúde pública, sublinhe-se, as decisões de política pública estão largamente dependentes do conhecimento técnico e científico (embora não espartilhado por ele, como acontece com outros inputs, como por exemplo a disponibilidade de recursos) e que a comunidade epistémica desempenha um papel relevante.

### **3.2. Políticas públicas e Saúde Pública**

Nem sempre se encontra bem esclarecida a integração da saúde pública no elenco das políticas públicas. Esta constatação resulta da observação empírica dos temas e das intervenções académicas produzidas e publicadas em abundância. Duas constatações nesta matéria: i) muitos autores tendem a considerar a saúde pública uma questão autónoma e isolada, insuscetível de influir nas políticas; e, ii) disciplinas diferentes debruçam-se sobre a temática da saúde pública, mas usando os seus métodos próprios. Áreas como a economia da saúde, a sociologia da saúde e até a geografia da saúde produzem abordagens diversas do fenómeno.

No entanto, como já foi referido, a literatura dá conta da escassa importância conferida ao estudo da saúde pública enquanto objeto da dinâmica política. Mesmo quando se debruçam sobre os aspetos dessa dinâmica, os estudos preocupam-se sobretudo com a medida e com a avaliação dos impactos das decisões políticas e pouca importância dispensam ao processo que

conduz à tomada de decisão (Breton e Clavier, 2011: 110), nomeadamente das condicionantes impostas à decisão política.

### ***3.2.1 - Inclusão da saúde pública***

A inclusão da saúde pública nas políticas públicas, mais do que uma evidência, sustenta-se na atuação do governo perante a prestação de cuidados de saúde e das medidas de política endereçadas à saúde dos cidadãos. Esta relação biunívoca foi justificada por Thomas Oliver através de quatro fundamentos, tendo como ponto de partida que a ação governativa produz normalmente resultados – traduzidos em prestações de saúde – que os indivíduos não conseguem produzir por si sós (Oliver, 2006:196-197).

Um dos fundamentos refere-se à atividade dos indivíduos e das instituições que frequentemente produzem efeitos de “spillover” significativos (designados na economia como “externalidades”), sendo que uns são benéficos e outros são prejudiciais. Observa-se que a atividade humana produz danos ambientais, altera estilos de vida, implementa hábitos de consumo os quais conduzem, mais tarde ou mais cedo, a efeitos nocivos sobre a saúde. A ação governativa é assim chamada a regular, ou pelo menos, a minimizar aqueles efeitos. Uma política pública abrangente nesta matéria é a que tem por finalidade criar as condições para uma boa saúde das populações, em termos equitativos (Shi, Tsai e Kao, 2009: 48).

Outro dos fundamentos para a inclusão em análise é que os cidadãos esperam que os governos identifiquem e satisfaçam uma variedade de necessidades físicas, económicas e psicológicas, as quais vão muito para lá da mera sobrevivência. Não apenas os circuitos de produção e de distribuição de alimentos, de fornecimento de energia, transportes e comunicações, também esperam educação, cuidados de saúde, facilidades de divertimento, informação e participação cívica. Transversalmente, identifica-se a influência do fundamento anterior, tendo em conta que este papel esperado dos governos seja orientado pela saúde dos cidadãos.

Em terceiro, proteger a saúde pública envolve julgamentos éticos, morais e de objeto, que adquirem legitimidade através do debate e da decisão política. Sem entrar na confrontação entre o sistema público e o sistema privado de prestação de cuidados de saúde, o tema da regulação de inúmeras situações relativas à saúde pública pelo poder impõe-se como evidente e até necessário. Exemplo recente, a discussão em torno da eutanásia reflete todos estes conflitos entre a interferência do Estado e a consciência individual. Mas também outras discussões, como sejam as do financiamento do sistema de saúde ou o exercício das profissões médicas e das



outras profissões de saúde, são também exemplos daquele processo de aquisição de legitimidade.

Por fim, ainda seguindo a lição de Oliver, uma população saudável, sobretudo a que se encontra no mercado ativo, é vital para a ordem social e para o crescimento económico. Por um lado, ameaças como o bioterrorismo, as pandemias transfronteiriças e os desastres naturais podem transformar-se facilmente em causas de instabilidade política. Por outro, o crescimento económico e o desenvolvimento consequente das nações têm de contar com uma força de trabalho física e psicologicamente apta, socialmente protegida e com efetivo acesso aos cuidados de saúde em termos equitativos, garantindo a manutenção de uma saúde geral equilibrada.

Para Simões (2005: 46-47), os objetivos das políticas de saúde (embora o autor se refira a saúde no sentido lato, e não apenas à saúde pública) são a prossecução da equidade, pela qual os cidadãos devem ter acesso a conjunto mínimo de cuidados de saúde, a eficiência técnica, vertida na maximização dos resultados e na satisfação dos utilizadores, e eficiência económica ou distributiva, o que implica a racionalização da despesa pública.

Em última análise, a saúde pública é política porque o exercício do poder incide sobre ela como parte de sistema económico, social e político, cuja mudança pressupõe consciência e conflito (Bambra, Fox e Scott-Samuel, 2005: 187). Ou, nas palavras de Kickbusch (2015: 1), a saúde é uma escolha política e a política é uma luta contínua pelo poder entre interesses em competição. A saúde pública envolve ações (e inações) que afetam um conjunto de instituições, organizações e serviços, bem como recursos financeiros e orçamentais (Buse, Mays e Walt, 2005: 6). Deste modo, a saúde pública é parte integrante do próprio sistema político.

### ***3.2.2 - A saúde como política pública singular***

Pelo que antecede, compreende-se assim que a saúde pública não é um item autónomo relativamente às políticas públicas, mas antes parte integrante e mutuamente dependente. Isto não significa, todavia que a saúde pública não contenha em si características singulares, explicadas pela importância e pela sensibilidade como é a saúde das populações. Esta característica justifica uma primeira razão pela qual seja uma política singular, porque é importante por si própria.

Em segundo, esta área não se encontra, do ponto de vista das políticas públicas, suficientemente explorada. E em terceiro essas características singulares podem provocar mudanças na forma como são pensados e utilizados os modelos teóricos gerais das políticas

públicas (Carpenter, 2012: 289).

As políticas de saúde pública são fundamentais para as condições de vida e de sobrevivência das populações. Uma ação governativa que ignore este facto enfrenta o colapso. Acrescem os aspetos da equidade e dos direitos humanos no acesso à prestação de cuidados de saúde. Assegurar essas condições e implementar políticas públicas saudáveis sustenta a importância em si mesma da política de saúde.

Também já foi afluído que a teoria e análise de políticas públicas têm sido tradicionalmente arredadas dos estudos de saúde pública, apesar de o panorama estar lentamente a alterar-se nos últimos anos. Isto significará que um amplo espaço de pesquisa e de exploração académica em que o objeto tem como ponto de partida os determinantes políticos de saúde pública, nomeadamente questões distributivas e redistributivas, no que respeita à melhoria dos sistemas de saúde, da redução das desigualdades e do desenvolvimento de indicadores de implementação de políticas públicas saudáveis (Shi, Tsai e Kao, 2009: 54).

Este desenvolvimento implicará certamente a reformulação do modo como são aplicados os modelos de análise de políticas públicas ao tema da saúde pública. Em face das especificidades próprias desta área disciplinar, são necessários novos desenvolvimentos e novos esquemas de análise, tendo em conta as orientações das políticas saudáveis e a evidente necessidade de coordenação das múltiplas políticas públicas orientadas para esse objetivo.

### ***3.2.3 - O conflito epistemológico***

Do ponto de vista da ciência política, a saúde pública é vista como uma política pública. Todavia, este não é o ponto de partida para muitos atores desta área. Com efeito, pensadores e profissionais da saúde pública encaram este campo como um esforço para entender as doenças de larga escala, as ameaças epidemiológicas, causas e consequências das doenças e das incapacidades, sendo os aspetos políticos recusados e até vistos como adversos (Oliver, 2006: 195). É o que se pode chamar um conflito epistemológico, um conflito entre os que olham com desconfiança para as políticas públicas, centrados nos seus trabalhos politicamente neutros, e os que preconizam uma interação entre o processo político e os resultados em saúde.

Vicente Navarro fornece uma possível explicação para este facto. Ele deve-se a três fatores: a) o campo da saúde pública é dominado por profissionais com formação em medicina e biologia, mais do que por profissionais das ciências sociais; b) em muitos países, sobretudo na Europa, a grande parte dos trabalhos de investigação recebe fundos do erário público, auditadas pelas forças políticas, bem como os seus resultados são frequentemente suscetíveis de

controvérsia política e até suscetíveis de serem inconvenientes; e c) as organizações internacionais de saúde pública, preocupadas com a formação de consensos, evitam tensões entre os seus membros eventualmente, tornando-se difícil estudar os efeitos das variáveis políticas na saúde (Navarro, 2008: 354).

Este aparente conflito epistemológico perde importância se for tido em conta que as condições políticas e a intervenção dos governos são necessários para a implementação de medida e para a promoção da saúde pública. A saúde é também uma questão política porque nos sistemas económicos neoliberais e contemporâneos, alguns grupos sociais têm mais do que outros, porque a decisão política molda os determinantes sociais e estes dependem da ação política, e porque o direito a um standard adequado de vida e de bem-estar é ou deve ser um aspeto da cidadania (Bambra, Fox e Scott-Samuel, 2005: 187).

Tal como notam Buse e colegas (2005: 1-2), todos os assuntos são objetos da política e dão como exemplos o financiamento da investigação em saúde pública, a competição que por vezes se estabelece entre universidades e académicos pela conquista de fundos, e a utilização ou não utilização dos resultados dos trabalhos científicos pelos decisores políticos.

A justificação para que a saúde pública seja considerada como uma política pública exige um exame mais atento. A saúde pública é uma área de intervenção das políticas públicas, mas comporta características distintas, que são explicadas por tendências verificadas nas sociedades contemporâneas, capazes de moldar a ação dos governos.

Apesar disso, a abordagem da ciência política e de outras ciências sociais assenta na metodologia própria destas ciências, não sendo compreensível que estas sejam afastadas das políticas de saúde pública e que não possam contribuir para o conhecimento da respetiva dimensão. Os modelos de análise do processo político, em particular, e a sua aplicação àquelas políticas podem explicar o sucesso ou o insucesso das medidas de saúde pública, sejam as de efeito imediato, sejam as de médio ou longo prazo.

#### ***3.2.4 - Tendências no presente século***

A rápida evolução da humanidade no século XX e a organização social multifacetada que daí surgiu determinaram o modo de produção de políticas públicas, não já a nível local, mas referida como multinível com especial preponderância das políticas de saúde transfronteiriças, das organizações internacionais e dos agrupamentos de países em estruturas politicamente orientadas.

Desenham-se então, no presente século, algumas tendências fundamentais, que Ilona

Kickbusch designou com “tendências sociais seminais” (Kickbusch, 2009: 12), apontando três destas tendências: globalização, consumismo e iniquidades.

A globalização corresponde a uma crescente interdependência e interconectividade entre factos, entre Estados e entre pessoas. As diferentes perspetivas geradoras de políticas públicas não podem ser compreendidas hoje sem a consideração dos respetivos impactos e consequências nos diferentes níveis geográficos, organizacionais e individuais. As políticas de saúde têm atualmente que contar com os inputs gerados noutros pontos do globo, e frequentemente participam nos outputs regionais ou locais. Ao nível individual, cada um é simultaneamente ator e beneficiário das políticas públicas de saúde. Mas a ideia de fundo é a de comunhão de bens e obrigações, informação e interesses públicos e privados à escala mundial, os quais agregam – muitas vezes à força – os indivíduos e as comunidades.

A tendência consumista é outra das grandes tendências assinaladas. As pressões induzidas pelo comércio e trocas globais, pela necessidade de segurança, pelo desenvolvimento de novas técnicas, novos produtos e novas ideias acompanham uma procura cada vez maior por parte dos indivíduos e de grupos sociais. As mudanças incutidas na vida das pessoas modelam e modificam os seus estilos de vida e definem muitos dos padrões da vida quotidiana, por exemplo a alimentação e os hábitos de consumo, mas induziram ainda novas estratificações sociais com novas formas de inclusão e de exclusão, pondo em questão a saúde individual e coletiva (Kickbusch, 2009: 15).

Por fim, a crescente tendência para iniquidades extremas entre Estados e populações. As diferenças das economias regionais, os mecanismos dos mercados e do financiamento público, a par das desigualdades provocadas pelas vulnerabilidades dos mercados de trabalho e a falência dos meios de redistribuição da riqueza, sintoma de processos económicos que produzem vulnerabilidades em, e através, de diferentes espaços (Sparke, 2009:149). Correspondentemente, em todo o mundo, as pessoas mais vulneráveis e socialmente desfavorecidas têm menor acesso aos recursos de saúde, adoecem mais morrem mais cedo do que quem disfruta de posições sociais mais privilegiadas (Irwin *et al*, 2006:750; Loureiro e Miranda, 2010: 60).

Todas estas pressões implicam cada vez mais uma ação governativa globalizada e coordenada, em resposta às necessidades de saúde pública geradas por tais fenómenos. Basta pensar nas pandemias que ameaçam as populações e transpõem fronteiras – a gripe aviária, o vírus ébola, a pandemia covid 19 – para se compreender que as políticas públicas são cruciais. Os Estados têm assim de contar com outras entidades e coordenar políticas à escala local como meio de correção dos seus efeitos negativos.

### **3.3. Teorias e modelos de análise de políticas de saúde pública**

As políticas públicas referem-se ao exercício do poder político e este exercício reflete-se naturalmente no campo da saúde pública. Política pública é, na clássica definição de Thomas Dye (2001), “aquilo que os governos escolhem fazer ou não fazer”, ou na definição de Peters (1999), ambos citados por Birkland (2011: 7-8), “a soma das atividades do governo, quer seja agindo diretamente, quer seja através de agentes, e que têm uma influência na vida dos cidadãos”.

A saúde e a política de saúde são, em muitos países, uma parte importante da economia dos estados, quer porque de forma negativa absorvem uma parte considerável da despesa pública, quer porque de forma positiva podem representar um sector produtivo de peso (Buse, Mays e Walt, 2005: 5).

A saúde pública, parte fundamental das políticas de saúde, é especialmente afetada pelo processo de produção e implementação de políticas públicas em todas as áreas. Saúde pública é definida na literatura como “a ação coletiva (em colaboração ou organizada) para a melhoria sustentada da saúde das populações em larga escala” (citada por Loureiro e Miranda, 2010: 40). De um ponto de vista semelhante, a saúde pública “reflete o desejo e o esforço da sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar da população total, confiando no papel do governo, dos sectores público e privado, e concentrando-se nos determinantes da saúde da população” (Shi, Tsai e Kao, 2009: 44).

Assim, compreender o papel dos atores envolvidos e, em especial como se forma a decisão política, é crítico para o estudo das políticas de saúde e da sua promoção. A utilização, neste contexto, das teorias do processo político habilita à compreensão do papel dos diferentes interesses e atores e das razões da escolha política (De Leeuw, Clavier e Breton, 2014: 57).

Citando Oliver (2006: 224), o valor da análise política reside em: “a) perceber o conflito e o poder como elementos intrínsecos da decisão política e como determinantes da ação ou inação governamental; b) compreender as origens e os objetivos das políticas e programas; c) antecipar e diagnosticar problemas na implementação e desempenho das políticas; e d) considerar como os programas devem ser avaliados e refinados ao longo do tempo”.

O processo político é concebido como um sistema, o qual se encontra condicionado por um conjunto de variáveis estruturais, sociais, económicas e políticas (Birkland, 2011: 26-49). Os primeiros estudos de políticas públicas concebiam este sistema como um processo linear de inputs e outputs, sendo o modelo de Easton o mais conhecido, também designado “black box

model”.

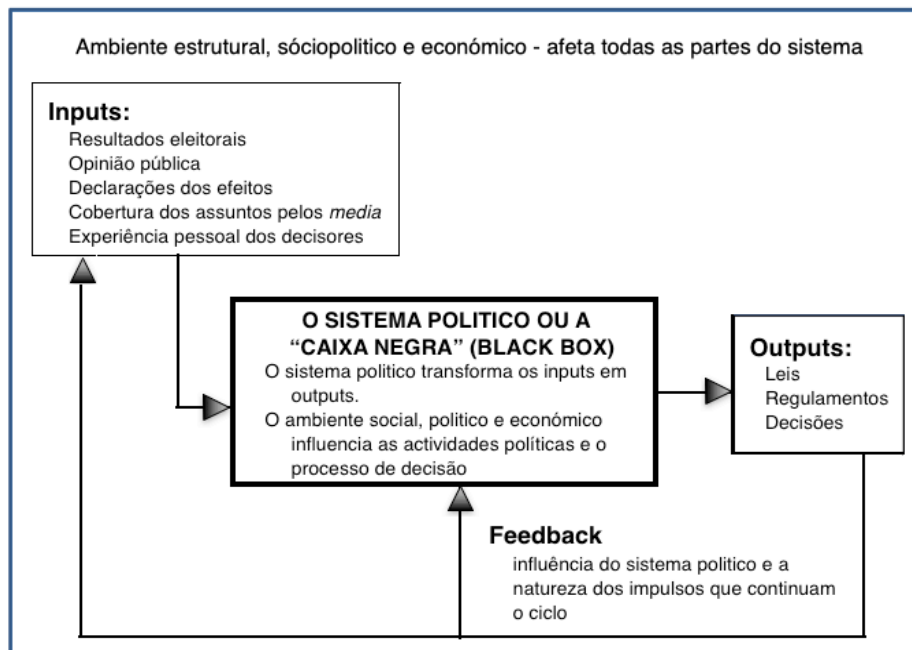


Figura II. 1 - O modelo “Black box” - adaptado de Birkland, 2011: 27.

Todavia, a crítica mais evidente consistia em que este modelo deixava por clarificar o modo como os inputs eram percebidos dentro da “caixa negra” e como se formavam aí os outputs (Birkland, 2011: 27; Buse, Mays e Walt, 2005: 35-36). Daí a necessidade de formulação de teorias e modelos que permitam compreender o sistema e o processo de decisão política. Enquanto as teorias permitem compreender os fluxos de poder, o uso de modelos permite testar essas teorias e revê-las, podendo por sua vez ser testados e modificados (Schlager, 2007: 295). Os modelos ajudam a perceber a realidade e a descrever os factos que deram origem ao exercício do poder em certo sentido. O objetivo é assim compreender o desenrolar do processo político que determina o exercício do poder.

### ***O modelo das etapas***

O *modelo das etapas* (ou do ciclo político) foi, de acordo com Sabatier (2007: 6), desenvolvido por Lasswell em 1956 e nos trabalhos posteriores de outros autores, assenta basicamente na conceção de que o processo político pode ser dividido em várias fases para uma melhor compreensão: o problema e o seu agendamento, a formulação da medida de política, a sua concretização ou implementação e a respetiva avaliação.

Esta metodologia privilegia e acentua o processo político, em especial porque procura

explicar as políticas públicas através de etapas consequentes e constitutivas de um ciclo, embora encerre em si uma simplificação teórica, conta como um tipo ideal de planificação racional de produção da decisão política. Trata-se basicamente de um método descritivo, mas com prevalência sequencial e lógica, largamente usado na teoria política (Hill, 2013: 155,159; Jann e Wegrich, 2007: 44-45).

A primeira fase do processo é a definição e o agendamento dos temas, apresentados por vezes como fases autónomas. O agendamento é o processo pelo qual os problemas e as soluções e as soluções alternativas ganham ou perdem atenção por parte do público e das elites (Birkland, 2007: 63; 2010: 169) ou, acrescente-se, do poder político. A literatura concebe esta fase do processo político como uma fase complexa, por vezes dividida em duas fases distintas, tendo em conta por um lado o modo como os diversos assuntos entram para a agenda político e o modo como aí são tratados e priorizados.

Tal como notam Knoepfel e colegas (2007: 125), o processo envolve a definição política – e a redefinição – dos problemas. Qualquer destes momentos envolvem, por sua vez, processos complexos com envolvimento de múltiplos atores dentro e fora do órgão de poder, incluindo decisores, partidos políticos, grupos de interesse e atores individuais. A combinação de múltiplas variáveis transportadas por estes atores é que determina qual a prioridade dos temas na agenda política (Jann e Wegrich, 2007: 47).

Alguns autores complexificam este ciclo, tendo em atenção a multiplicidade de abordagens ao processo relativo ao agendamento político. Dois dos mais conhecidos modelos de análise, o modelo dos fluxos de John Kingdom e o modelo “garbage can” derivam exatamente desta composição, ao passo que outros preferem aumentar o número de etapas, mantendo a linearidade do modelo (Hill, 2013: 154).

Outra etapa consequente é a formulação da política ou da medida adequada ao problema. Esta inclui a definição de objetivos e a avaliação de diferentes alternativas de atuação. Trata-se igualmente de uma fase complexa, intervindo a prossecução de objetivos mais ou menos explícitos, elementos de avaliação e perspetivação, elementos operativos ou instrumentos, recursos e acordos e elementos processuais.

Do ponto de vista de Knoepfel e colegas (2007: 153-163), a formulação de políticas (programação, na linguagem destes autores) envolve cinco passos, que nos limitaremos a enunciar: formulação de objetivos da política, escolha dos elementos avaliativos, definição dos elementos operativos (instrumentos de intervenção, quantificação), alocação de recursos e acordos políticos e administrativos, e por fim processos administrativos para a implementação da política.

A terceira etapa refere-se à tomada de decisão. Birkland (2011: 253-259) aponta para a “caixa de ferramentas” constituída pelos instrumentos ao serviço dos decisores políticos, da qual são escolhidos um ou vários destes instrumentos. Existem várias teorias sobre o processo de decisão, avultando as teorias da escolha racional e o modelo incrementalista, assentes no pressuposto do “ator racional” e na tomada de decisões que conduzem a avanços norteados pelo sucesso ou pelo fracasso, respetivamente.

Outros modelos procuram também explicar o processo de tomada de decisão, como o modelo das “anarquias organizadas”, bem como os modelos assentes na estrutura burocrática e organizativo, e ainda o modelo que constrói a tomada de decisão como o resultado de conflitos e negociações entre as instâncias de poder e outros grupos de interesse (Birkland, 2011: *idem*).

Uma quarta etapa é preenchida pela concretização ou implementação da decisão política. Esta etapa representa a execução, coerciva ou não, da política pelas instituições responsáveis e outras organizações, integrando ou não o sector público. Esta fase é vista como uma fase crítica da ação política e administrativa (Jann e Wegrich, 2007: 51) controlada por programas, leis, diretivas e por outros instrumentos, em que as instituições de poder tomam um lugar central. Todavia, frequentemente sofrem distorções e modificações em virtude da máquina complexa que é necessária para o processo de implementação, sendo proeminente o papel da burocracia e do aparelho de estado (ver por exemplo Hill, 2013: 192-202).

A última etapa é a da avaliação e/ou finalização da política: nesta são postos no centro das atenções os resultados da política implementada, onde são comparados com os objetivos inicialmente estabelecidos. A avaliação pode conduzir a diferentes resultados (Jann e Wegrich, 2007: 54): pode induzir a um reforço de uma política bem-sucedida, em especial as que têm um contexto limitado, ou à reformulação da política noutros casos. A avaliação pode conduzir ainda à finalização da política considerada, seja no sentido positivo, sendo alcançados todos os seus objetivos, ou no sentido negativo, por falhanço determinante.

Este modelo das etapas, sofreu ao longo dos anos de um conjunto de críticas, sintetizadas por Sabatier (2007: 7), nomeadamente não ser uma teoria causal, porque nunca identifica o conjunto de condutas causais que orientam o processo político dentro e ao longo das etapas; constituir um modelo muito legalista, ou que o pressuposto de que, sendo focado numa lei, simplifica em demasia os ciclos múltiplos e interativos, que envolvem inúmeros atores e estatutos, em múltiplos níveis de governação.

No entanto, o modelo das etapas possui uma natureza pragmática e intuitiva, permitindo uma análise do processo de políticas públicas, sendo certo também que os modelos mais complexos e integrados da literatura acabam por ter origem em alguma das suas fases. Como



notam Clavier e de Leeuw (2013: 12), esta concepção linear não tem em conta a complexidade e a natureza essencialmente política do processo. O complexo de factos, atores e políticas induziu a que na análise das políticas públicas surgissem modelos de análise que integram abordagens metodológicas integradas e multidimensionais, multi-institucionais e dinâmicas (Blomquist, 2007: 282), utilizadas na busca pela compreensão do desenvolvimento das políticas e das opções de poder.

### ***O modelo “multiple streams framework”***

O modelo “multiple streams framework” (MS), põe em jogo certas junções de acontecimentos e factos, e remete para o conceito de ‘janelas de oportunidade’, no qual o processo político é concebido como um conjunto de fluxos relativos a problemas, à política e às atuações políticas. Concebem-se três fluxos ou correntes – os problemas, o contexto político e as soluções. A metáfora empregue por John Kingdon sustenta que estes fluxos correm paralelamente e de algum modo independentes, até que os três fluxos se cruzam por qualquer acontecimento, abrindo-se assim uma janela de oportunidade para a implementação da mudança (Birkland, 2011: 297).

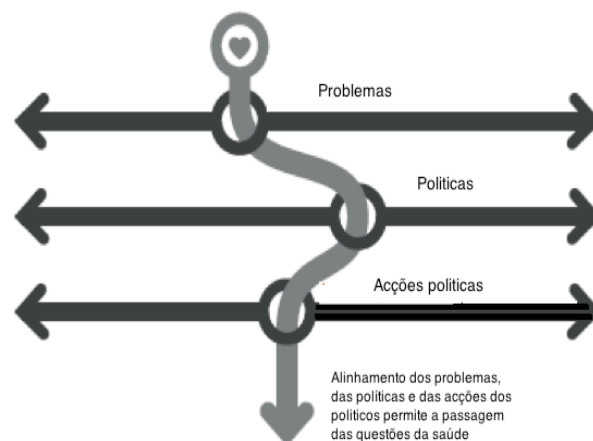


Figura II. 2 - Ilustração do modelo não-linear de Kingdon, adaptado de Ollila, Baum e Peña, 2013: 16.

Trata-se de uma metodologia que toma como unidade de análise os grandes aspetos estruturais ou medidas de política individuais (Zahariadis, 2007: 66). As suas características de base procuram perceber o fluxo dos problemas que ganham perceção pública, por força de um acontecimento com impacto na opinião pública, a alteração de uma condição suportada por valores genericamente aceites ou por qualquer outro motivo, e ainda por via da agenda dos

atores políticos.

O fluxo da política refere-se às ideias e soluções para os problemas, geralmente remetidas por especialistas, técnicos, políticos, burocratas ou ‘entrepreneurs’ políticos associados a grupos de interesse. A terceira característica refere-se a factos políticos como alterações de governo, de sentimento geral ou de condições legislativas e administrativas (Zahariadis, 2007: 73; Jann e Wegrich, 2007: 47).

O modelo tem sido criticado por assumir um certo número de pressupostos que não são realistas (Zahariadis, 2007: 79), bem como por dar demasiada importância a iniciativas individuais, ignorando a ação comum (Schlager, 2007: 302). Trata-se, no fundo, de um modelo demasiado simplificado do processo político.

### *Advocacy coalition framework*

O modelo ACF assenta no pressuposto de que a complexidade das sociedades modernas exige especializações e interligação dos vários subsistemas implica negociações entre atores e coligações portadores de interesses específicos. Os inúmeros atores podem agrupar-se consoante em coligações portadoras de um conjunto de regras, objetivos e recursos, que competem entre si para exercer influência nos governos e instituições.

Juntando atores individuais e institucionais, o processo político é influenciado pelos parâmetros relativamente estáveis do sistema político (os atributos da área onde o problema se verifica, a distribuição básica de recursos pela comunidade, os valores culturais de fundo e a estrutura social) e pelos “eventos dinâmicos” que ocorrem (mudanças económicas e tecnológicas, alteração da opinião pública, alterações nos equilíbrios de poder e impactos de decisões políticas de outros subsistemas). A interação entre estes dois itens promove ou inibe o processo decisório (Birkland, 2011: 298).

O modelo assenta em três pilares: a) o pressuposto de que a maioria do processo político ocorre entre especialistas dentro de um subsistema político; b) ao nível individual recolhe os contributos da psicologia social e dos comportamentos de grupo; e c) a convicção que a melhor forma de lidar com a multiplicidade de atores é reuni-los em coligações de interesses (Sabatier e Weible, 2007: 191-192). Neste modelo, duas a quatro coligações tipicamente pertencentes a um domínio político unem-se em torno de interesse, valores e crenças, ocasionais ou não. A competição entre coligações é mediada por agentes políticos cuja intenção é manter o equilíbrio do sistema (Birkland, 2011: 299; Weible e Sabatier, 2007: 128).

Como nota Hill (2013: 63) esta abordagem é suscetível de ser aplicada a um vasto elenco

de processos, embora não seja imune a críticas. Ela enfatiza a magnitude e a natureza do conflito político, às agregações de atores e inclui um importante papel da informação científica e técnica em matéria de política e disputas políticas (Weible e Sabatier, 2007: 132) e pode ser utilizada em muitas arenas políticas, estruturas sociais e culturas. Todavia, como estes autores reconhecem, o modelo sofre de certas limitações, nomeadamente o facto de perder importância em circunstâncias em que as coligações de interesses não são claras, em que existem interesses cruzados entre atores de diferentes coligações e pela existência de ligações perdidas na explicação dos processos causais de decisão política (idem: 132-133).

### ***Outros modelos***

Outras abordagens têm sido utilizadas nos trabalhos de análise das políticas públicas de saúde e por isso aqui referenciadas. Um deles é a teoria do equilíbrio pontuado e outra a teoria da escolha racional.

O modelo de análise relativo à primeira destas abordagens foi desenvolvido por F. Baumgartner e B. Jones e afirma que os processos políticos são caracterizados pela estabilidade, produzindo ocasionalmente novos pontos de partida de larga escala (True, Jones, Baumgartner, 2007: 155). De acordo com esta visão, o equilíbrio do poder político entre o Estado e os grupos de interesse (e outros atores) permanece relativamente estável por longos períodos de tempo, pontuado por problemas com perceção pública que implicam rápidas transformações de larga escala (Birkland, 2011: 300-301), em que os atores e intervenientes competem através da imagem política, da manipulação política e por feedback positivo (True, Jones, Baumgartner, 2007: 162).

Desta forma, as políticas públicas nunca são constantes nem dependem de incrementos, mas podem ser alteradas por factos e eventos como as crises, as alterações de governo e de condições de governabilidade, ou da atividade administrativa ou legislativa.

Quanto ao modelo da escolha racional ele assenta na explicação dos resultados do processo político pela atuação individual, privilegiando o papel destes atores na base das estruturas sociais (Griggs, (2007: 175; Ostrom, 2007: 30-32).

O modelo parte da ideia de que os indivíduos, por si ou integrando grupos, procuram maximizar as suas utilidades segundo uma racionalidade orientada por objetivos, usando um conjunto de informação para avaliar todas as opções, antes de fazerem a melhor escolha baseada no seu cálculo de custos-benefícios (Birkland, 2011: 302). Esta escolha é determinada pelos objetivos egoísticos e subjetivos dos indivíduos.

A abordagem tem críticas óbvias, nomeadamente porque nem sempre os atores individuais escolhem por si, mas muitas vezes estão limitados por regras das organizações e por regras sociais, além de que nem sempre esses atores estão na posse da informação completa (Ostrom, 2007: 32) que lhes permitam escolhas racionais.

#### *Utilidade dos modelos de análise de políticas*

No desenvolvimento da investigação, os modelos de análise de políticas públicas interessam de forma ilustrativa para compreender a abordagem das políticas públicas nos diferentes momentos de incidência sobre o processo de promoção da atividade física. Comungando do estatuto que corresponde às políticas de saúde, a atividade física envolve uma perspetiva política para a sua prossecução pelos poderes públicos e, por isso, sujeita do mesmo modo ao processo político.

Neste contexto, e também porque em situações de urgência de saúde pública aguda (como seja uma situação pandémica) ou crónica (como sejam os efeitos de estilos de vida pouco saudáveis) o poder político tem sempre o dever de intervir, os modos de ação do poder são semelhantes a qualquer política pública e orientados por interesses e pressões semelhantes.

Os modelos de análise do processo político servem, portanto, no que respeita à saúde pública e concretamente à promoção da atividade física, para identificar os momentos que informam as opções tomadas e determinam certos resultados – ou a ausência deles. Para este trabalho, mais do que questionar a aplicabilidade da teoria, interessa o enquadramento das políticas públicas na ótica da sua avaliação. Os modelos de análise podem ser chamados àquela contextualização tendo em vista a natureza do estudo.

Em termos metodológicos, é natural que as referências possam reportar-se ao modelo das etapas, embora grande parte dos autores de saúde pública recorra aos modelos MS e ACF, como já foi explicitado. No entanto, pela sua simplicidade, o modelo das etapas continua a ser o modelo de análise mais adaptável às diferentes realidades, apesar das limitações que lhe são apontadas. Como pontua Birkland (2011: 26), é uma importante ajuda na estruturação da reflexão sobre o processo político e uma forma de organizar e entender os seus elementos constitutivos.

### **3.4. Governação e avaliação em saúde**

As políticas públicas são o modo de expressão da governação e do exercício do poder, quer no sentido vertical, abarcando estruturas colocadas em níveis diferentes e estruturas

hierarquizadas, quer no sentido horizontal, integrando diversas áreas de atuação. Após (ponto 2.4) foi abordada a governação como conjunto de atuações e de meios para promover a ação coletiva e alcançar soluções de conjunto, ou como auto-organização de redes inter-organizacionais que são interdependentes ou ainda, de outra maneira, sistema de tomada de decisão em que orientações são estabelecidas, a autoridade é exercida e os eventos são monitorizados e geridos.

O exercício da governação implica o reconhecimento dos problemas a resolver e a implementação das medidas necessárias para tal. Aparentemente simples, estes aspetos implicam diferentes tipos de condicionantes e intervenientes, camadas e dimensões, numa relação intrincada. Daí que, como também já foi referido, a utilidade dos modelos de análise de políticas públicas reside na capacidade de compreensão dos fenómenos derivados do mesmo exercício.

Sem prejuízo dos vários modelos atrás enunciados, tendo em conta o intuito do presente estudo, importa uma análise linear do fluxo de políticas públicas, e também a dependência dos seus diferentes momentos. O esquema básico proposto parte da esfera do poder político, traduzido no seu exercício, onde se desenrola o reconhecimento dos problemas e o seu agendamento, a escolha das políticas a prosseguir e as respetivas medidas instrumentais, a implementação e a avaliação daquelas políticas.

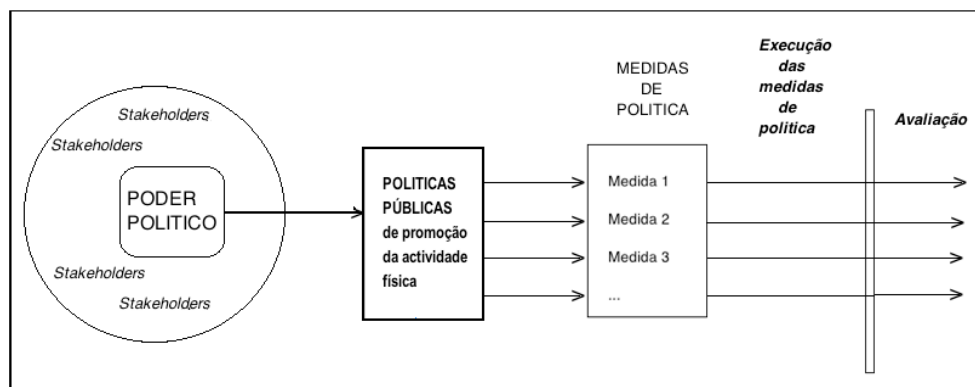


Figura II. 3 - Fluxo das políticas públicas, do ponto de vista da análise linear.

A teoria da governação e a sua literatura investigam padrões de partilha de poder e analisam as relações entre instituições e organizações estatais e não estatais e, sobretudo, os agentes e a sua atuação dentro dessas organizações (Kickbush e Gleicher, 2012: 18). Este complexo de relações acaba por condicionar aquilo que são os problemas a resolver pela governação, quer pela sua dimensão, quer pela visibilidade pública.

Implica, por outro lado a adoção de estratégia e a sua concretização, também designada

implementação ou execução na teoria do ciclo político. As estratégias podem assumir um carácter impositivo (por exemplo impostos e taxas, obrigações legais, multas e coimas administrativas) ou um carácter persuasivo (por exemplo informação massiva, educação e prestação de serviços).

Outro passo importante, senão fundamental, é a avaliação das políticas públicas. Avaliação aqui referida não apenas da promoção da atividade física, mas das próprias políticas de saúde pública em que essa promoção se inclui. A avaliação pode ter como objeto vários aspetos das políticas públicas: a perceção dos problemas e o seu agendamento, o processo de implementação, as decisões e os resultados. Jann e Wegrich alertam que a avaliação não se restringe a um determinado passo do ciclo político, mas todo o processo de formulação e implementação, sob diferentes perspetivas (2007: 53).

### ***Reconhecimento dos problemas***

As políticas de promoção da saúde e da atividade física revestem, contudo, um objetivo central da política ao nível internacional. Muitos dos problemas de saúde, incluindo naturalmente o problema da inatividade física, fazem parte hoje em dia de uma rede transnacional, ultrapassando as fronteiras nacionais (Kickbush e Gleicher, 2012: 7). Por isso, a OMS incluiu em 2002 a inatividade física no projeto relativo ao peso global das doenças (Bull et. al, 2004a: 73), que originou a “Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health” de 2004.

Muitos dos problemas postos ao processo de governação localizam-se numa malha de interesses por vezes contraditórios e conflitantes. As instituições de poder são por isso centrais para a governação e o mais importante para este processo de governação, além de providenciarem um mecanismo de acordo quanto às prioridades a estabelecer e fazem escolhas entre prioridades em competição (Peters e Pierre, 2006: 215).

Mas se, por um lado vários modelos de governação acolhem soluções negociadas entre intervenientes no processo político, por outro lado cada vez mais a governação é vista como responsável última pelos resultados e pelas falhas das políticas públicas. É por isso que o reconhecimento do problema e a sua introdução na agenda política dos governos tem especial interesse quando no final do processo se pretende avaliar os resultados das políticas adotadas.

O problema da inatividade física, veio a aumentar de dimensão no que respeita à sua atenção por parte dos governos e das instituições internacionais. Tornou-se claro, como já foi aludido, que as várias dimensões do problema afetam de forma acentuada a governação, quer pelo peso dos problemas de saúde das populações associados a doenças crónicas, quer pelas

desigualdades associadas às condições de vida impostas pelas escolhas políticas, quer ainda pelo crescente custo que importa para os orçamentos dos estados.

Mas por que vias este problema pode ser captado pela agenda política, e até pelo elenco de decisões políticas? O já clássico modelo de John Kingdon aponta três meios pelos quais um problema recebe a atenção da governação: indicadores, eventos magnos e feedback (Kingdon, 2014: 197-198).

Os indicadores, geralmente indicadores estatísticos, e as suas alterações (Birkland, 2011: 179), avaliam a dimensão de um problema associado a uma política, aos interesses de um grupo, ao trabalho de uma organização ou a determinada iniciativa política.

Eventos magnos traduzem acontecimentos relativamente raros, como um desastre, um escândalo político ou uma ameaça de saúde pública, podem desencadear um processo de tomada de atenção por parte dos governos. Também neste caso não basta apenas o acontecimento em si, mas igualmente a sua repercussão, tanto junto daqueles atores, como por exemplo junto dos *media* e da opinião pública em geral.

*Feedback* refere-se, ainda de acordo com Kingdon, a percepções de ordem formal (resultantes de processos de monitorização ou de processos de avaliação), ou de ordem informal (críticas, reclamações e petições endereçadas aos legisladores, por exemplo).

O que explica, por outro lado, que um problema que ganha reconhecimento passe a fazer parte da agenda da decisão política é um conjunto de fatores e variáveis, que incluem condições materiais, o fluxo das ideologias e das estratégias políticas e os condicionantes sociais (Jann e Wegrich, 2007: 47). Em particular, a forma como é definido o problema determina a percepção do mesmo pela opinião pública e isso tem o seu reflexo no jogo político. A ameaça social credível (Oliver, 2005:198) é essencial nesse jogo.

No caso concreto da atividade física, alguns destes aspetos podem ser identificados na percepção do problema e na sua inclusão na agenda política. Mas existem outros aspetos que contribuíram decisivamente para este estatuto. Desde logo o que se pode designar por dinâmica internacional à volta do problema da inatividade física: esta dinâmica não se iniciou na estratégia da OMS de 2002, mas tem raízes mais atrás, nomeadamente da Carta de Otawa de 1986 e da Declaração de Adelaide de 1988.

A evolução das iniciativas no campo da promoção da saúde deu origem a estratégias específicas para a atividade física como a “Global Initiative on Active Living” de 1997 e a HEPA (European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity) de 2005, entre outras. Também muitos atores privados, nomeadamente organizações privadas de âmbito multiestadual, promoveram iniciativas específicas. Mas o papel da soft law é decisivo para a

agenda dos governos e para a governação, ganhando a atividade física por esta forma a sua atenção.

Não menos importante é a ação de certos grupos, nomeadamente grupos profissionais e comunidades epistémicas. As crescentes investigações em torno da inatividade física e da sua repercussão no peso das doenças não transmissíveis representam uma significativa acumulação de conhecimento que implica também a organização de grupos de profissionais e de académicos, com a participação significativa de instituições de ensino e universidades.

Ao longo das últimas três décadas, variados estudos têm aumentado a base de conhecimento sobre a matéria. Vejam-se os trabalhos por exemplo de Castelli e colegas, de Baranowski, Anderson e Carmack, de 1998, ou de Evenson e colegas, de 2015. O mecanismo de reconhecimento do problema poderá residir no papel da burocracia, sobretudo quando desenvolve as grandes orientações políticas em matéria de saúde, mas também no papel desempenhado por determinados grupos detentores de conhecimento ou orientadores de processos (por exemplo, consultores do governo) (Birkland, 2011: 185; Hill, 2013: 228-229; Fafard, 2008: 10).

Em terceiro, o papel desempenhado pela evidência. A experiência empírica mostra que nem sempre as decisões políticas são baseadas na escolha mais informada: muitas têm em conta o seu impacto na opinião pública, considerações eleitorais e crises na gestão pública. Todavia, quando o tema não é imediatamente objeto de considerações deste tipo, mais se se tratar de uma questão para a qual é necessário um domínio técnico específico, ela pode ser alvo da agenda política. E muito embora a evidência seja maior parte das vezes um enquadramento do problema para argumentar a sua importância (Fafard, 2008: 13), também importa para os efeitos da decisão política. O largo consenso acerca da evidência do perigo que a inatividade física representa para a saúde pública insere-se nesta perspetiva de definição do problema.

### *Estratégias das políticas públicas*

A formulação de políticas públicas envolve o desenho das políticas e a definição dos meios, no sentido da sua implementação. Para este texto, esses aspetos integram as estratégias de política, como resposta aos problemas, tal como teorizado no modelo dos ciclos.

Sabendo-se que a adoção de estilos de vida saudáveis é um comportamento influenciável pelas políticas públicas prosseguidas pela governação, a escolha dos instrumentos deverá ser uma preocupação central. Esses instrumentos incluem incentivos económicos, como subsídios e isenção de taxas, leis e entidades reguladoras, e fornecendo serviços, informação e educação



(Milio, 2001b: 373).

Dunton, Cousineux e Reynolds (2010: 93), trabalhando em sentido idêntico, estabeleceram quatro categorias incidentes sobre as estratégias políticas que pretendem atingir aquele objetivo, designadas por “estratégias primárias”. Identificam-se assim as seguintes estratégias e a respetiva conceção, constituindo uma base de atuação das políticas públicas nessa linha:

#### a) Informação

Podem ser estabelecidas políticas que promovam a atividade física através da informação relativa aos benefícios da prática e dos riscos inerentes ao sedentarismo. Por exemplo, por via de campanhas nos meios de comunicação social, informação massiva dirigidas a grupos-alvo, ou reforço da educação física nas escolas.

As políticas que fornecem informações sobre os benefícios para a saúde da atividade física podem conjugar-se com as necessidades subjacentes de crescimento pessoal e autoaperfeiçoamento, o que pode ser visto como uma forma de motivação orientada internamente para a mudança de comportamento (Dunton, Cousineux e Reynolds, 2010: 93-94).

#### b) Oportunidades / Dificuldades

As políticas públicas podem igualmente proporcionar oportunidades facilitadoras da atividade física e para a adoção de hábitos de vida saudáveis, ou impor restrições a hábitos e atitudes contrárias, através da modificação dos fatores ambientais e contextuais. A definição de caminhos adequados ao trânsito pedestre e à utilização da bicicleta, à melhoria da iluminação de passeios e ruas, ou a facilidade de acesso a instalações e serviços em termos de proximidade são exemplos de medidas de política de incentivo. A construção de um ambiente propício ao movimento natural do ser humano, caminhos com contacto com a natureza e a possibilidade de utilização de áreas naturais são outros mais exemplos de medidas desta natureza.

#### c) Incentivos / Desincentivos

Uma outra estratégia são as políticas de incentivo à atividade física e desincentivo aos comportamentos que levam à inatividade. Os autores atrás referidos, citando Pratt e colegas (2004), apontam exemplos como a taxação de bens e equipamentos de uso sedentário (como jogos eletrónicos, consolas e semelhantes), aumento de impostos sobre os combustíveis, e incentivos como benefícios e subsídios para a utilização de ginásios e health clubs, distribuição

de passes de transportes públicos entre trabalhadores de empresas, e sorteios para praticantes de exercício físico. De acordo com a literatura, este tipo de políticas parece ser pouco eficaz por si só na alteração de hábitos e comportamentos, sendo necessário outras medidas paralelas (Dunton, Cousineux e Reynolds, 2010: 95).

#### d) Imposição / Proibição

Certas políticas públicas de cariz mais rígido podem igualmente ter um efeito direto na promoção da atividade física, se bem que assumindo uma faceta mais dura e com o risco de que os comportamentos mais saudáveis, como andar a pé e usar transportes públicos, são mais consequência da obediência a imposição e evitar consequências negativas da sua violação. A proibição de circulação de veículos em certas ruas, a imposição de estacionamento pago, a proibição de construção em certas áreas ou a obrigação de construção de passeios com dimensões mínimas adequadas aos transeuntes nas urbanizações, são amostras destas medidas de política pública.

Do ponto de vista político e administrativo a implementação da decisão é um estágio crítico, passível de ser prosseguida por meio de leis, programas e objetivos (Jann e Wegrich, 2007: 51), numa abordagem top-down (Birkland, 2011: 265-266). Mas muitas vezes há que contar com alterações, distorções e até bloqueios, devidos à atuação dos agentes a outro nível das organizações (Jann e Wegrich, 2007: 53). Não deixando de ser verdade que a decisão política e a sua implementação podem ser analisadas dessas perspetivas, quando se passa à sua avaliação e, portanto, se questionam meios e resultados, o objeto da avaliação é sempre o responsável pela governação.

#### *Avaliação*

A literatura alerta para a pluralidade de definições do conceito de avaliação (Potvin e Goldberg, 2007: 341; Contandriopoulos *et al.*, 1997: 30; Serapioni, 2016: 65; Gomes, 113). Embora não caiba aqui a discussão deste tema, usaremos como ponto de partida a definição de Rootman *et al.* (2001: 26), que apresenta a avaliação como “um exame sistemático e de ponderação das características de um programa ou outro tipo de intervenção, a fim de produzir conhecimento que diferentes partes interessadas possam usar para uma variedade de propósitos”.

Outra definição possível e igualmente compatível é aquela que apresenta a avaliação como um juízo sobre o valor ou mérito de uma intervenção, que visa modificar a realidade social das comunidades (Serapioni, 2016: 62; Contandriopoulos *et al.*, 1997: 31).

A avaliação de políticas públicas encontra-se em crescendo na atenção dada ao fenómeno da governação, em particular quanto aos resultados a médio prazo e aos impactos a longo prazo. Weiss explica que os sistemas políticos são adeptos de contendas, as quais diferem consoante o tipo de sistema (1999: 472-473). Nos sistemas de tipo democrático, tais contendas têm lugar em vários locais: o parlamento, a comunicação social, os fóruns de discussão, os partidos políticos, bem como outras arenas políticas. Por outro lado, encontrando-se agora na designada 5ª geração, com o envolvimento da sociedade civil (Loureiro e Miranda, 2010: 118-119), a avaliação, enquanto instrumento público, comporta duas vertentes complementares e diferenciadas: a vertente política da responsabilização da governação, e a vertente de melhoria da gestão pública e da prestação de contas (Lopes, 2013: 2).

Várias razões ainda suportam e explicam a atenção dos políticos relativamente à avaliação das políticas públicas (Weiss, 1999: 473-474): para melhor conhecimento dos problemas, para a adoção de melhores políticas; por desconfiança na informação veiculada por grupos de interesse; para utilizar a ciência como forma de legitimação da ação política; para fortalecimento das respetivas posições políticas; ou para suportar a imagem de que se encontram bem informados e atualizados em relação aos problemas sociais e políticos.

Com o crescimento da prática avaliativa em políticas públicas, têm sido construídas muitas abordagens, quer do ponto de vista metodológico, quer do ponto de vista das modalidades que a avaliação pode revestir, tendo em conta as várias dimensões implicadas. Sem querer aprofundar este tema, o elenco apresentado por Capucha e colegas (1996: 12-14) ilustra as múltiplas modalidades da avaliação, em função da dimensão em que incide, dos intervenientes, da natureza do objeto, e dos métodos utilizados. Os autores referem também as combinações mais frequentes entre modalidades, que obedecem a modelos mais ou menos estabelecidos na prática da avaliação (idem: 19).

Simplificando, pode usar-se o esquema proposto por Campos (2019: 57-58) que divide as metodologias de avaliação em avaliação estruturalista e em avaliação funcionalista. A primeira centra-se nas instituições, programas e serviços; a segunda debruça-se sobre os atores e suas redes como objeto de estudo. Em particular, interessa-nos a avaliação de tipo estruturalista, a qual se adequa à investigação a seguir. Esta modalidade da avaliação parte das instituições enquanto entidades estruturantes do sistema político as quais, nas palavras do autor, “reduzem a incerteza, medeiam e amortecem conflitos, oferecem incentivos estáveis, coordenam recursos cognitivos, trazem estabilidade e reduzem os custos de transação”.

A avaliação na promoção da saúde [logo, também na promoção da atividade física] detém grande parte das características da avaliação de políticas públicas, mas possui certas

características em particular (Rootman *et al.*, 2001: 27), nomeadamente a dependência de um programa (Potvin e Goldberg, 2007: 343) ou de uma intervenção efetiva, e a tendência para a consciencialização geral. Partindo do pressuposto da responsabilidade das instituições governativas do Estado na promoção da atividade física e nas suas diversas componentes, interessa considerar a avaliação no quadro da governação, em especial quanto à implementação das recomendações comuns, no recorte que se pretende para a investigação.

## **4 - Uma inquirição das políticas pública**

### **4.1. Filosofia da inquirição**

A preocupação a nível internacional com o problema da inatividade física tem sido patente pelas tomadas de posição de entidades como a Organização Mundial de Saúde e a União Europeia, as quais em múltiplos documentos têm endereçado aos estados-membros orientações para a implementação de políticas públicas respeitantes à atividade física. Do respetivo ponto de vista, trata-se de uma determinante essencial de saúde pública das comunidades.

Sabendo-se que o custo da inatividade, ou seja, do sedentarismo e das atividades que não implicam esforço físico, se reflete na produtividade – nomeadamente nos custos por ausências ao trabalho, redução de capacidades, custo em cuidados de saúde, custos sociais – em função dos problemas de saúde daí decorrentes, e que se reflete também no aumento da população portadora de doenças crónicas (veja-se a título ilustrativo, Pratt *et al.*, 2014 – e referências aí citadas), a dependência desta realidade relativamente às políticas dos Estados torna-se uma questão central.

Esta interação entre a inatividade física, a saúde pública e as políticas públicas têm merecido ultimamente, por parte da literatura especializada, uma atenção redobrada, desenhando-se vários quadros de referência e modelos de trabalho, visando compreender as relações que se estabelecem entre aqueles vetores.

Um dos modelos mais utilizados na análise das políticas públicas de saúde foi proposto por J. Richmond e M. Kotelchuck em 1983 e 1991, o qual compreende três vetores que se interpenetram e se complementam: a “base de conhecimento”, “vontade política” e “estratégia social”.

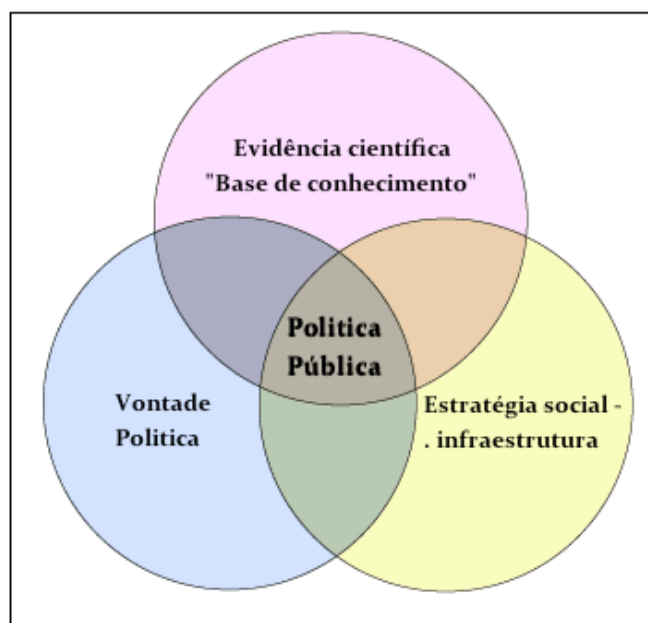


Figura II. 4 - Modelo de Richmond / Kotelchuck, adaptado de Wilcox, 2008: 1.

A primeira, a evidência, refere-se à informação científica e administrativa a partir da qual se devem tomar decisões; a vontade política representa o desejo social e o compromisso de desenvolver e financiar programas novos ou existentes; e a estratégia social define-se como o plano pelo qual se aplica o conhecimento e a vontade política para iniciar ou melhorar programas de saúde pública.

Na avaliação deste modelo, Atwood, Colditz e Kawachi (1997: 1604) alertam para a incapacidade de traduzir o conhecimento científico em ação, e Brownson *et al.* (2009: 1576) apontam a diferença entre os pontos de vista dos políticos e dos cientistas. A verdade é que a evidência científica nem sempre serve os objetivos das políticas incentivadas por grupos de interesse instalados, nem é conveniente para os governos, porque reduz ou contraria os objetivos de ambos.

De acordo com as conclusões sobre este tema de Von Lengerke *et al.* (2004: 195), a questão de partida inquirir a vontade (oportunidade) política, vertida no tipo de políticas pública que foram sendo estabelecidas no período temporal definido, e o respetivo impacto na estrutura social. A associação entre aquela vontade política e uma estratégia social parece ser essencial para o êxito das medidas de políticas tomadas no campo da saúde.

Portugal é um país membro das organizações internacionais acima referidas, a braços ainda com problemas populacionais graves, como sejam o envelhecimento da pirâmide etária, o aumento dos custos da saúde e o aumento do custo com as doenças crónicas, muitas das quais consequência da inatividade física. Daí que seja legítimo questionar as políticas públicas neste

aspecto específico da política de saúde.

Como se viu acima, os níveis de inatividade estão a aumentar, com as consequências negativas que as diversas entidades com intervenção na área da saúde têm apontado. De facto, foram publicados ao longo do tempo vários documentos e programas pelos sucessivos governos, na senda das orientações das organizações internacionais: contudo, e ainda assim, o sedentarismo pandémico tem resultados preocupantes.

O que autoriza a questão – ponto de partida para a inquirição a desenvolver – de saber qual a evolução das políticas públicas de promoção da atividade física enquanto determinante de saúde pública em Portugal, justificada pela necessidade de evidenciar o nível de atenção dos decisores públicos sobre esta temática, o modo como a mesma entra na agenda política e quais os seus resultados.

A problemática essencial reporta-se ao conjunto de medidas de política pública dirigidas à promoção da atividade física, sustentada pela importância deste aspeto em particular, e da adoção de estilos de vida mais saudáveis em geral, que eventualmente hajam sido tomadas em Portugal, e em que termos é que essas medidas preenchem o espectro das recomendações emitidas por entidades competentes na matéria, nomeadamente a OMS e a União Europeia.

Considerando que, em geral, os ganhos para a saúde das populações e para os sistemas de saúde só são visíveis a longo prazo, o problema da inatividade física não é visto como uma ameaça imediata pelos políticos. Acresce que o tema tem sido tradicionalmente deixado nas mãos dos profissionais de saúde pública, em geral divorciados do processo político. Dando conta deste facto, Hallal *et al.* (2016: 27), apontam que a abordagem da saúde pública, baseada na evidência e na exortação científica tem-se revelado sem sucesso. Com exceções, afirmam os mesmos autores, os profissionais de saúde não têm conseguido mobilizar os governos e populações para perceberem a atividade física com seriedade suficiente.

#### **4.2. Dimensões e elementos**

A inquirição que se pretende levar a efeito tem uma característica longitudinal, explicada a seguir, para a qual se procurou achar o seu princípio e o seu término em dois momentos politicamente relevantes, sem prejuízo da análise ser estendida até a um período mais recente, por razões que serão explicadas na parte correspondente à sua análise.

A promoção da atividade física através de políticas públicas não envolve apenas um sector determinado, mas constitui um problema transversal à sociedade, exigindo um complexo colaborativo, bem como um conjunto de medidas de política pública respeitantes a todas as

áreas de funcionamento dos poderes públicos, correspondendo à sua característica multisectorial.

Estas áreas incluem o ambiente e o urbanismo, a escola, os lugares de trabalho, o desporto organizado e o desporto informal, os transportes, a ação das estruturas de apoio social, as estruturas económicas e muitas outras, para além do sector óbvio da saúde. As políticas públicas de promoção da atividade física são também responsabilidade dos governos aos níveis local, regional e nacional, e requerem associações dentro e fora do sistema de saúde, devendo estas ser parte integrante da planificação nacional de promoção da atividade física, (Bauman *et al.*, 20012: 39).

### ***Dimensão temporal***

A temática definida comporta uma dimensão temporal balizada por um período que se entende situar entre 1998 e 2015. A data inicial é marcada por um posicionamento estratégico do Governo, decorrente da necessidade de resposta à crescente pressão para a reforma do sector da saúde, formalizado no documento “*Saúde, Um Compromisso: Uma Estratégia para o Virar do Século (1998-2002)*”. De acordo com Loureiro e Miranda (2010: 107), Portugal iniciou o desenvolvimento sistemático de estratégias com objetivos quantificados e mensuráveis para a saúde das populações (OPSS, 2001: 43; Gonçalves e Ramos, 2010: 18).

Em 1996, o Conselho de Ministros criou uma entidade designada “Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES)”, através da Resolução nº 13/96 do Conselho de Ministros com o mandato de estudar e apresentar propostas para a reforma da saúde, com total autonomia técnica sem qualquer vínculo institucional ao Ministério da Saúde (Sakellarides, 2000: 30). Ferrinho *et al.* (2006: 303) afirmam mesmo ter sido este o primeiro documento do género publicado no país. Do trabalho desta entidade resultou o referido documento estratégico, contendo metas em saúde e identificando 27 áreas de atuação, das quais se destaca a preocupação com a vida ativa, a saúde escolar dos jovens e o envelhecimento (Sakellarides *et al.*, 2009: 30).

O período sob análise estende-se até final de 2015. Define-se esta data tendo em conta que se trata do fim de um ciclo. Ciclo este marcado pela intervenção da “Troika” ao abrigo do Memorando de Entendimento subscrito pelo governo português em 2011, pela aplicação de medidas de austeridade e por imposição de cortes significativos no financiamento dos serviços públicos. Por outro lado, a partir de 2016 iniciou-se um novo ciclo político, com reflexos ainda muito recentes em matéria de saúde e da atividade física, pese embora a existência de um novo programa, designado “Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do

Bem-Estar”, a implementar entre 2016-2019, bem como o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física em 2017.

Este lapso temporal é concebido em duas fases, no que respeita à promoção da atividade física: a mudança dos padrões da atividade física dos portugueses, a par da mudança dos comportamentos alimentares, era em 1998 já uma preocupação das autoridades de saúde (Beja, Ferrinho e Craveiro, 2014: 13, OPSS, 2001: 8); no entanto, as referências à necessidade de promoção da atividade física são, neste período – que medeia entre 1998 e 2004 – ainda pouco autónomas, ditadas sobretudo pelo reconhecimento da influência dos estilos de vida no desenvolvimento de doenças crónicas. As referências à atividade física surgem integradas na orientação para a qualidade de vida e determinantes de saúde, integrada com a alimentação saudável e a gestão do *stress* (Ministério da Saúde, 1999: 43).

Por outro lado, a estratégia inscrita no documento “Saúde, Um Compromisso: Uma Estratégia para o Virar do Século (1998-2002)” não reuniu consenso político e foi abandonada pouco tempo depois da respetiva apresentação pública (Beja, Ferrinho e Craveiro, 2014: 13; Rodrigues, 2011: 9). Todavia, como refere o Relatório “Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Diretor Geral e Alto-Comissário da Saúde” (DGS, 2002: 13), o documento constituiu a orientação básica do Ministério da Saúde, do Serviço Nacional de Saúde entre 1999 e 2002, e também a nível político, as Grandes Opções do Plano para 2001 (Campos, 2002: 1085), representando uma continuidade, mais do que uma rutura, na estratégia política, apesar da alteração de Governo a partir de Novembro de 1999.

Mais consistentes, na perspetiva da promoção da atividade física vêm a ser várias medidas de políticas tomadas a partir de 2004, justificando-se por isso a análise considerando uma segunda fase, entre 2004 e 2015. Nas palavras do Diretor Geral da Saúde, a promoção de estilos de vida saudáveis foi considerada uma das prioridades cimeiras em 2004, originando a publicação do documento “Programa Nacional da Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida” (George, 2004: 28), pelo Despacho n° 1916/2004 (*DR, 2ª Série*), de 28 de Janeiro.

Na mesma linha, é promulgado o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, seguido pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Em ambos os Planos, a promoção da atividade física surge como uma preocupação subjacente na melhoria dos estilos de vida dos cidadãos, constituindo já indicador autónomo de saúde. O período é também marcado pela publicação do “*Plano Nacional da Actividade Física*” em 2011, a cargo do Instituto do Desporto de Portugal, e em 2007 pela promulgação da Lei n° 5/2007, de 16 de Janeiro, Lei da Actividade Física e do Desporto, diploma que culmina a consideração da atividade física abrangente, tal como definida



acima.

Poderia questionar-se se, estando o horizonte do Plano Nacional de Saúde em 2016, se não seria este ano marcado como terminal do período a analisar; todavia, a contenção deste período em 2015, para além da razão já invocada, acresce que em 2016 foi publicado um novo documento da responsabilidade da Direção Geral da Saúde, intitulado “Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar” (DGS, 2016), seguido no ano seguinte do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, o qual representa uma nova fase de maturidade do tema, que será oportunamente abordada, tendo em conta a sua relação com a questão de partida. Também o Plano Nacional de Saúde foi revisto e estendido a 2020 (DGS, 2015), apoiando de certo modo o ano 2015 como data-limite para o estudo.

Em resumo, a continuidade conceptual entre a Estratégia de Saúde 1998-2002 e o Plano de Nacional de Saúde 2004-2010 (Sakellarides *et al.*, 2009: 31) justifica a consideração temporal proposta, se bem que, no que respeita à promoção da atividade física enquanto determinante de saúde, o aumento do seu nível estatutário torne visível e autonomize as duas fases assinaladas, a primeira entre 1998 e 2003, e a segunda entre 2004 e 2015.

### *Elementos sectoriais*

Sendo certo que o problema da inatividade física é transversal, algumas das áreas do espectro social são primárias relativamente à promoção pelas políticas públicas nos diferentes níveis de governação. São elas a saúde, a atividade física em meio escolar, o exercício físico organizado e o informal, e ainda o planeamento urbano. Estas quatro áreas integram as seis eleitas pelas recomendações da União Europeia (2008: 9), referidas também pela *HEPA Policy Audit Tool* (Bull, Milton e Kahlmeier, 2011: 4). Acresce que a literatura sobre o assunto inclui as referidas quatro áreas naquelas que desempenham um papel básicos em termos políticos (Cavill, Kahlmeier e Racioppi, 2006; Sallis, Bauman e Pratt, 1998; Sallis *et al.*, 2016b; Edwards e Tsouros, 2006; Middelbeek e Kahlmeier, 2010; Bellew *et al.*, 2011; e outros).

O **sistema de saúde**, constitui uma área chave das políticas públicas na promoção da saúde. Este sistema incorpora todas as organizações, instituições, recursos e pessoas capazes de produzir ações em saúde (WHO, 2015b: 248) e cuja principal intenção é promover, restaurar ou manter a saúde dos cidadãos. Os sistemas de saúde são compostos por funções típicas de prestação, governação, financiamento e gestão de recursos, com objetivos variados, como sejam a prestação de cuidados de saúde às populações, equidade no acesso aos cuidados de saúde ou o desenvolvimento das profissões de saúde, incluído aquelas ações capazes de

influenciar os determinantes de saúde, assim como atividades diretas na sua melhoria (McQueen *et al.*, 2012: 12; Bambra, Fox e Scott-Samuel, 2005: 189; Kleczkowski, Roemer e Werff 1984: 13-15).

Em particular o sector da saúde é aquele onde a atuação política se faz sentir com mais intensidade. Representado tipicamente por um ministério (o Ministério da Saúde), agrega um conjunto de organismos com diferentes regimes jurídicos, mas subordinados às diretrizes daquele e às políticas definidas pelo Governo.

O conceito de *sector da saúde* é diferente do conceito de *sistema de saúde*, uma vez que este último se baseia num modelo abstrato de funções e objetivos. O sector da saúde define-se como o conjunto de entidades e organizações, atores envolvidos e procedimentos inscritos no mandato do ministro responsável pela saúde, incluindo o ministério propriamente dito e as entidades estatutárias relacionadas. O que se considera como sector da saúde pode, portanto, ser diferente de país para país (McQueen *et al.*, 2012: 12). Ainda de acordo com Leppo *et al.* (2013: 339-340), o sector da saúde agrega as entidades que são responsáveis política e administrativamente pela saúde da população em vários níveis: internacional, nacional, regional e local (Leppo e Tangcharoensathien 2013: 310).

A dimensão relativa à saúde que importa para este estudo engloba aqueles dois aspetos: por um lado o sistema de saúde, estrutura fundamental da sociedade e direta ou indiretamente influenciado pelas políticas públicas prosseguidas pelo Estado, de onde se destacam as políticas de regulação (Kleczkowski, Roemer e Werff 1984: 30; St-Pierre, 2009: 8-13; Rudolph *et al.*, 2013: 25-26); e o sector da saúde, em particular a saúde pública, sob responsabilidade direta dos governos e das respetivas políticas de saúde. Ambos os sentidos contribuem para moldar os determinantes de saúde, em particular a promoção da atividade física na sociedade.

A atividade física **em meio escolar** é uma importante dimensão de atuação de política no que concerne à promoção da saúde pública. Como diz Leggett (2008: 26), a maioria da população passa pelo menos 12 anos no sistema de ensino – o que constitui a maior rede para a mensagem de saúde pública – e para Dobbins (2013: 7-8), a escola constitui um ambiente ideal para a intervenção e promoção da atividade física em larga escala, uma vez que nenhuma outra instituição tem tanta influência sobre as crianças durante as duas primeiras décadas de vida.

Para além do potencial para reduzir as doenças crónicas em toda a população, as intervenções escolares de promoção da AF podem abranger simultaneamente crianças em risco e sem risco de futuras doenças crônicas, e podem aumentar tanto o conhecimento como o comportamento conducente a estilos de vida mais saudáveis entre os jovens. A escola é um

ambiente importante porque é onde as crianças e os jovens passam grande parte do seu tempo, e é um lugar que tem profundas influências sobre o comportamento e a cultura. Para além da aprendizagem académica, a escola é onde a maioria dos jovens na Europa aprende a socializar (face a face e digitalmente), a formar amizades e a desenvolver capital social (EU-RICHE, 2013: 56).

A OMS (WHO, 2009a: 77) apresenta um conjunto de argumentos dirigidos aos decisores políticos, sublinhando a importância da atividade física na infância e na adolescência e sublinhando que a atividade física é essencial para o bem-estar deste grupo porque contribui para a saúde e a aptidão física, nomeadamente combatendo a obesidade e as suas consequências nefastas. Além disso existe evidência de que a atividade física contribui para a melhoria das capacidades cognitivas dos alunos, começando por beneficiar o seu estado de alerta, aliviar tensões, inquietação e falta de concentração devidos, em grande parte, aos períodos em que os mesmos se encontram sentados nas salas de aula.

A atividade física tem também uma influência positiva sobre o bem-estar psicológico e social das crianças e jovens (WHO, 2009a: 72), e pode contrariar os comportamentos de risco, uma vez que é um dos melhores meios para incentivar relacionamentos sociais saudáveis, contribuindo para um bom ambiente psicológico escolar através experiências de união, aceitação e sucesso. As pesquisas sugerem também que as crianças e jovens que praticam desporto são menos atreitos a comportamentos negativos como fumar e uso de drogas. Por fim, a atividade física na infância e adolescência pode constituir a base para uma melhor saúde futura, nomeadamente prevenindo as doenças associadas a estilos de vida sedentários. Os fatores de risco associados ao desenvolvimento de doenças crônicas podem ser evitados em idade precoce.

Tipicamente, as escolas apresentam oportunidades para atividades físicas através de (1) aulas de educação física e ao ar livre; (2) acesso a campos de jogos, ginásios e espaços de recreio durante o lazer; (3) ligações com instalações e programas de recreação da comunidade; (4) atividades intramuros; e (5) desporto interescolar (Rickwood, 2013: 2). O âmbito típico da atividade física em meio escolar abrange, portanto, três componentes: a atividade física na escola, incluindo as atividades nos tempos livres e a deslocação da e para a escola, a educação física prosseguida pela respetiva disciplina nos currículos escolares e o desporto escolar.

As duas últimas componentes podem ser designadas como “atividade física organizada” e a primeira componente como “atividade física não organizada”. As atividades organizadas ou formais são atividades organizadas ou estruturadas que envolvem regras ou objetivos, que muitas vezes têm um dirigente, treinador ou instrutor formalmente designado e incluem

desportos organizados e atividades baseadas em capacidades físicas, clubes, grupos e organizações.

As atividades físicas não organizadas ou informais são de natureza mais espontâneas (ou seja, têm pouco ou nenhum planejamento prévio) e são mais frequentemente iniciadas pela criança. Incluem hobbies, artesanato e jogos, atividades sociais, atividades de recreação calma como deslocamento a pé e de bicicleta para a escola e daí para casa, outras atividades físicas ativas e de entretenimento, tarefas e rotinas (WHO, 2007: 4; Hardy *et al.*, 2014: 690; King *et al.*, 2009: 110).

Nesta dimensão interessa concentrar a análise na atividade física formal, organizada, na escola, sendo este o domínio sob influência direta das políticas públicas, desenvolvida por meio de leis, orientações e decisões dirigidas ao sistema escolar e sob a responsabilidade política do governo. A componente informal ou não organizada inclui um leque alargado de aspetos, os quais dependem de múltiplas variáveis, muitas delas de influência indireta das políticas públicas ou típicas de outros domínios (como seja a vontade dos progenitores ou encarregados de educação, a localização e a construção dos edifícios escolares e os acessos urbanos à escola), e por isso mais difíceis de objetivar e contextualizar.

Outra dimensão de análise às políticas públicas em matéria de atividade física relacionada com a saúde é a prática de **exercício físico formal e informal**. Nesta dimensão cruzam-se diversos conceitos que se encontram relacionados, mas que representam áreas distintas, nem sempre sobreponíveis, como acima se viu. Contudo, muito embora não esgote o universo da atividade física, o exercício físico representa a junção de um conjunto de condições propícias ao incremento daquela, nomeadamente a nível de instalações adequadas, de prática em grupo, mesmo que informal, e do que acresce ao movimento comum do indivíduo.

A realização de exercício físico, como meio privilegiado para a atividade física, pressupõe um conjunto de meios, sejam de índole individual (por exemplo, compra de equipamento), sejam de índole coletiva (por exemplo uma corrida em grupo) ou mesmo de índole institucional (por exemplo disponibilização de instalações desportivas ao público), que indicia a opção por estilos de vida ativos. Por isso, o papel da promoção do exercício físico assume uma especial importância como dimensão de análise das políticas públicas.

O **meio urbano e o ambiente**, e todas as áreas a eles ligadas são outro vetor fundamental das políticas públicas de promoção da atividade física. Importa lembrar que as facilidades relativas ao transporte individual não poluente, a ordenação do tráfego rodoviários, a existência de espaços verdes urbanos, equipamento apropriado para o exercício físico, por exemplo, são aspetos que determinam diretamente o nível da saúde pública.

A rápida urbanização não planeada é considerada uma das três maiores causas do crescimento global das doenças crónicas (WHO, 2010: 10), revelando-se cruciais as políticas de planeamento urbano e da cidade, bem como das políticas ambientais, a nível nacional e a nível local, que assegurem que as deslocações a pé, de bicicleta e outros meios que proporcionem oportunidades para a atividade física acessíveis e seguras (idem: 37).

Por outro lado, os esforços de planeamento urbano nas décadas recentes são muitas vezes insuficientes para alterar a realidade e a brusca expansão urbana ocorrida principalmente nos anos 70 e 80 do século passado. Através de decisões que afetam o design urbano, o uso da terra e o transporte, as sociedades tornaram-se cada vez mais caras ao longo do tempo, e há uma crescente separação geográfica de atividades de vida, trabalho e lazer.

Como consequência, o papel dos modos de transporte ativos, como o ciclismo e a caminhada, diminuiu drasticamente em muitos países, assim como as oportunidades de recreação ativa. A ação política para melhorar os ambientes locais, incluindo através de limites no volume e velocidade do tráfego, o investimento em espaços "verdes" e "azuis" e outras infraestruturas podem ajudar a garantir ruas seguras a pessoas de todas as idades para andar de bicicleta e para encorajar a recreação ativa em espaços públicos. Isto requer um trabalho multissetorial em vários níveis, envolvendo também os governos locais (WHO, 2015a: 9-10).

Os instrumentos de definição de políticas públicas respeitantes ao urbanismo e ao ordenamento do território, vertidos em planos urbanísticos, regulamentos e códigos, sobretudo da responsabilidade dos governos locais, estabelecem o design urbano e o uso do solo, esforçando-se por criar comunidades que sejam lugares agradáveis para viver, dotados de todas as comodidades. Heat *et al.* (2012: 49), citando o ‘*National Institute for Health and Clinical Excellence*’ do Reino Unido, aponta para o papel das mudanças ambientais implementadas por políticas governamentais ou práticas das políticas locais, que podem encorajar o desenvolvimento, orientando o trânsito e abordando o layout das ruas, a densidade urbana, a localização de lojas, empregos e escolas a curta distância de áreas nas quais as pessoas habitam.

O uso do solo, o desenho das ruas, o sistema de transporte e a localização das instalações recreativas, parques e edifícios públicos, são componentes que podem encorajar ou desencorajar a adoção de uma vida ativa. As pessoas são mais ativas quando podem aceder mais facilmente a destinos como parques, locais de trabalho e lojas e serviços.

As políticas ambientais devem estar ligadas à promoção da vida ativa a fim de maximizar as oportunidades da sua adoção, implementação e ampliação. As políticas de planeamento e transporte urbanos devem dar prioridade a ações que promovam opções de mobilidade ativa seguras, equitativas e respeitadoras do ambiente para todos os cidadãos, incluindo

infraestruturas melhoradas para passeios a pé e de bicicleta para transporte e recreação e transporte público acessível e conveniente (Reis *et al.*, 2016: 10)

As principais barreiras incluem a expansão urbana (uso de terras de baixa densidade, separação de lojas, locais de trabalho e recreação e longas e largas estradas que levam à dependência dos carros), centros urbanos densos e com pouco espaço para espaços verdes e zonas adequadas para andar de bicicleta e caminhar, baixa prioridade dada aos transportes públicos, altas velocidades de veículos e condições inseguras para caminhadas e ciclismo, bairros pouco atraentes, degradados e escadas fechadas em edifícios (Edwards, e Tsouros, 2008: 30).

Tendo em conta a larga dimensão que a planificação urbanística e o ordenamento do território contêm, os componentes de análise para este estudo têm de ser selecionados tendo em conta o seu impacto na saúde e na promoção da atividade física. A literatura mais consistente neste tema aponta para as componentes 1) transportes, 2) espaços verdes e de utilização coletiva, e 3) ordenamento urbano (WHO, 2003; WHO, 2015a; Edwards e Tsouros, 2006; Solmon *et al.*, 2000; União Europeia, 2008; Mackett e Brown, 2011; Heath, 2006; Kjellstrom, *et al.*, 2007; King *et al.*, 2002; Neiman e Hall, 2007; CSDH, 2008).

Concebe-se assim a dimensão relativo ao meio urbano contendo aquelas três componentes essenciais. No caso dos transportes, envolve-se a utilização de transportes públicos e o transporte ativo, isto é, por bicicleta e a pé; nas áreas verdes e de recreação, a respetiva caracterização, tendo em conta as políticas públicas ambientais; e por fim o ordenamento urbano, com atenção para as políticas relativas ao trânsito automóvel e aos equipamentos e infraestruturas que sejam dirigidas à promoção da atividade física.

#### **4.3. Método da inquirição**

Com a designação de inquirição, o estudo pretende perceber a evolução das políticas de promoção da atividade física em Portugal, sabendo-se empiricamente que a quantidade de prováveis fontes de informação não seria muito grande e que a possibilidade de obter documentação seria reduzida, o que prejudica uma avaliação completa do assunto. No entanto, foram reunidos documentos oficiais correspondentes ao tema, sendo os mesmos sujeitos a ordenação de acordo com as fontes e com a sua tipologia.

Este material foi sujeito a uma análise individual e ao respetivo conteúdo, integrando os métodos quantitativo e qualitativo, de acordo com uma lógica que parte da tipologia do documento para extrair as intenções ao nível político, reconhecer as estratégias e programas e,

por fim, tentar perceber os resultados das medidas adotadas. A teoria é a de que os dados extraídos elucidem quais as políticas previstas e concretizadas, especificamente respeitantes à promoção da atividade física, enquanto ente diferenciado de outras realidades próximas.

### *Método qualitativo e método quantitativo*

Os métodos quantitativos foram, e ainda são em algumas disciplinas, os preferidos para as conclusões de ciência acerca dos problemas sujeitos a investigação. Estes métodos quantitativos permitiriam dados simplesmente objetivos, enquanto que os métodos qualitativos correm o risco de serem influenciados pelos valores e crenças do investigador e, portanto, pela respetiva utilização não serem fiáveis (Silverman, 2000: 2). Todavia, o uso de métodos qualitativos foi sendo progressivamente utilizados, tendo em conta a necessidade de explicações que ultrapassam os números, englobando aspetos como conceitos e teorização, descoberta de associações entre realidades e desenvolvimento de novas ideias e estratégias (Ritchie e Spencer, 2002: 176).

Mais do que a discussão entre ambos os métodos, e entre as posições positivistas e as posições construtivistas, importará realçar que é vantajosa a combinação de ambos os métodos, quer para obter uma análise mais completa do que se pretende estudar (Dias e Gama, 2019: 17), quer porque é mais apropriada para abordar problemas complexos e enganadores (Mertens, 2018: 7).

Silverman (2000: 7), referindo Bryman, tabela cinco tipos principais de dados quantitativos: inquéritos sociais, procedimentos experimentais, estatísticas oficiais, observação estruturada e análise de conteúdo. Destes tipos de coleção de dados, interessa considerar as estatísticas oficiais e a análise de conteúdo. O primeiro tipo de dados quantitativos espelha, de algum modo, realidades anteriores e posteriores às políticas públicas implementadas; o segundo é usado para quantificar categorias e examinar textos e documentos (Bryman, 2012: 290).

### *Análise documental e análise de conteúdo*

Alguma literatura alerta ainda para a diferença entre análise documental, enquanto análise que incide sobre a escolha de documentos e sua origem, catalogação, veracidade, etc, e análise de conteúdo, que incide sobre o conteúdo de cada um desses documentos (Bardin, 2002: 44-45). Outros autores parecem usar estes conceitos de modo intermutável (Dias e Gama, 2019: 77-78).

Para este estudo, tomamos a análise documental no sentido definido por Bardin (idem)

como a operação que visa representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original a fim de permitir a sua consulta e referência, seja através de métodos de indexação, seja pela sua condensação em resumos. E a análise de conteúdo o que versa a mensagem ou mensagens contidas nos documentos para evidenciar os indicadores que permitem inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem (Bardin, 2002: 46; Quivy, 2013: 226-227).

Em teoria, a análise de conteúdo pode ser aferida quer quanto ao método qualitativo, quer quanto ao método quantitativo, assumindo diferentes ferramentas, consoante o caso (Bryman, 2012: 289; Flick, 2009: 323), embora alguns prefiram referir a análise de conteúdo aos métodos quantitativos (Potter e Wetherell, 2002: 58) e outros remetam a análise dos métodos qualitativos para o conceito de análise documental.

Assim, optando pela dualidade do conceito, usamos primeiro uma análise documental, incluindo as fases de recolha de documentos, a sua seleção e a sua categorização e sistematização. Mas para se compreender a importância e o papel de cada um desses documentos, importa retirar do seu discurso os aspetos significativos que possa responder à questão de saber como evolui a promoção da atividade física enquanto determinante de saúde, usando para isso as respetivas intenções e projetos, bem como procurar os respetivos resultados.

Para atingir aquele objetivo, a inquirição usa o método qualitativo e o método quantitativo combinados.

### *Estratégia de integração dos métodos*

A integração de ambos os métodos depende de uma orientação teórica, tendo em conta a multiplicidade de combinações e variantes possíveis (Creswell e Clark, 2011: 60-63). Geralmente apontam-se quatro características que diferenciam os modelos de integração de métodos (Halcomb, 2018: 499, citando Creswell e Clark, 2011: 64-67): a primeira característica é o grau de interação ou independência entre os dados qualitativos e os dados quantitativos; a segunda é a sequência de implementação, tendo em conta a concorrência ou a complementaridade entre os dados; a terceira tem a ver com a prioridade relativa de cada um desses tipos de dados; e a quarta característica refere-se à oportunidade da combinação de dados, já que esta combinação pode ocorrer em qualquer altura do processo.

A estratégia de integração assenta na interação dos métodos quantitativo e qualitativo, sendo que os primeiros procuram confirmar os segundos, com uma utilização sequencial, no primeiro nível com dados quantitativos que permitem obter uma radiografia indexada a uma



determinada data inicial; no segundo nível a utilização da análise qualitativa para compreender as intenções, a implementação e o resultado, e no terceiro nível de novo a análise quantitativa indexada a um momento posterior. Esta sequência responde também ao terceiro critério de Creswell e Clark, uma vez que a prioridade é rotativa entre ambos os tipos de análise; e a oportunidade da respetiva combinação é estabelecida em função da demonstração dos resultados da análise qualitativa.

A inquirição caracteriza-se, de acordo com estes critérios, pela interação de métodos, pela sequência entre ambos, a prioridade é estabelecida quanto aos dados qualitativos, e a combinação dos dados é estabelecida de acordo com o seu objetivo. O esquema seguinte sintetiza estas opções:

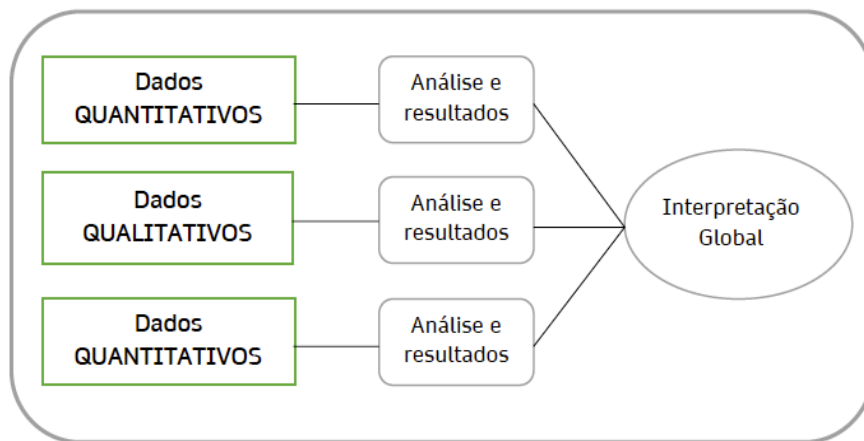


Figura II. 5 - Aplicação dos critérios para integração dos métodos.

Por outro lado, de acordo com Flick (2009: 30), a combinação de métodos qualitativos e de métodos quantitativos pode conduzir a três tipos de resultados:

- 1 - Resultados qualitativos e quantitativos convergem, confirmando-se mutuamente e apoiam as mesmas conclusões;
- 2 - Ambos os resultados enfocam diferentes aspetos de uma questão (por exemplo, significados subjetivos de uma doença específica e sua distribuição social na população), mas são complementares entre si e levam a um quadro mais complexo;
- 3 - Resultados qualitativos e quantitativos são divergentes ou contraditórios.

Para evitar quer a contradição de resultados, quer a sua dissociação, os métodos são utilizados de forma a incidirem sobre os mesmos objetos, sendo que se procurou que a análise quantitativa fosse uma medição que evidenciasse os resultados da análise qualitativa. Esta perspetiva integra-se na chamada triangulação metodológica, definida como o uso de pelo

menos dois métodos, normalmente qualitativo e quantitativo, para abordar o mesmo problema de pesquisa (Morse, 1991: 120).

Neste caso, o papel do método quantitativo é o de complementar a análise documental, já que tem o potencial de demonstrar, em termos de impacto, os resultados do objeto de pesquisa. O método quantitativo assume a função de confirmação da análise qualitativa, acrescentando informação complementar para a interpretação dos resultados (Morse, 1991: 122).

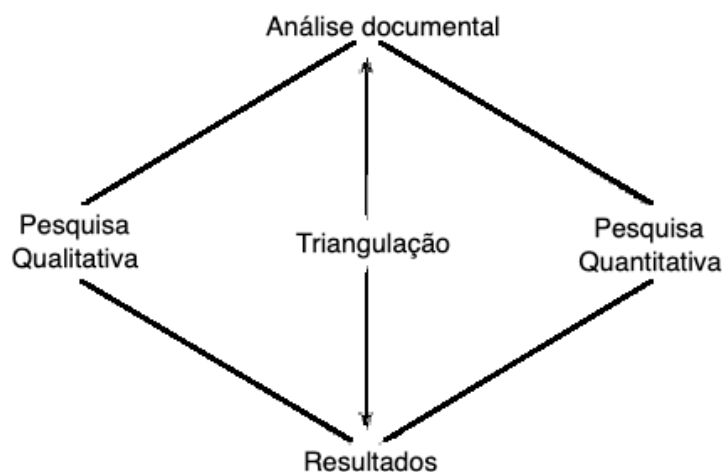


Figura II. 6 - Níveis de triangulação da pesquisa. Adaptado de Flick, 2009: 27.

Partindo deste enquadramento, e em termos práticos, a inquirição socorre-se de dados estatísticos para caracterização do ponto de partida, uma vez que tais dados representam o problema emergente para a governação. A conceção e a implementação de políticas públicas são eminentemente de natureza qualitativa, pelo que a análise pertence ao respetivo método. Para aferição dos resultados, fez-se convergir ambos os métodos para interpretação dos resultados.

#### 4.4. Análise documental

A pesquisa assenta num estudo qualitativo, descritivo e transversal, de múltiplas variáveis sobre as políticas públicas a nível nacional, atendendo à característica de liberdade de implementação das recomendações internacionais nesta matéria. O universo de observação recai sobre a recolha, análise de conteúdo e avaliação de documentos, selecionados de entre entidades-chave dos vários níveis de governação e de sectores intervenientes na problemática da atividade física, como fontes privilegiadas, incluindo textos legais, programas, relatórios oficiais e outros documentos e dados reveladores da evolução das políticas públicas na matéria.

Interessa para este estudo os documentos que contenham estratégias e prioridades, definam metas e objetivos e sejam utilizados por entidades do governo e da administração pública, de acordo com a definição de “documento de política (pública)” usada por Daugbjerg e colegas (2009: 806).

#### ***4.4.1 - Escolha dos documentos***

Tendo em conta a metodologia escolhida, os documentos recolhidos e que servem de matéria-prima para a inquirição são documentos institucionais, públicos e, por isso, sujeitos a escrutínio geral. Tais documentos incorporam intenções e estratégias respeitantes à promoção da atividade física e representam, de certa maneira, uma forma de prestação de contas, nomeadamente nos relatórios emitidos pelas instituições.

A seleção foi feita a partir dos sítios institucionais da internet, com base na referência direta ou indireta aos temas: saúde, atividade física e desporto. Para o enquadramento institucional, em linha com o preconizado acima acerca da governação, foram analisados os documentos legais que conformam os diversos níveis institucionais e atribuem competências no domínio da promoção da saúde, da atividade física, do desporto, da educação física em meio escolar e na intervenção urbanística.

As fontes documentais foram organizadas em quatro categorias: Legislação, Planos Programas, Relatórios e Estatística.

##### **1) Legislação:**

Recolha da legislação relativa ao enquadramento institucional das diversas instituições envolvidas na promoção da atividade física, de forma direta ou indireta, tomando como referência a formatação dos governos em funções, no período temporal da investigação;

##### **2) Planos e Programas:**

Representam o nível das intenções e incluem planos, programas e projetos. A partir destes deverá ser possível perceber os objetivos e a mudança pretendidos. Na maior parte dos casos são documentos de natureza qualitativa, por vezes apoiados por dados quantitativos.

##### **3) Relatórios e análises:**

Retratam o ponto de vista da instituição relativamente a um programa executado e

representam a base da avaliação dessa mesma instituição relativamente aos objetivos prosseguidos. Normalmente têm uma natureza mista, quantitativo e qualitativa.

#### 4) *Estatísticas:*

Os dados estatísticos englobam os inquéritos, censos e levantamentos do mesmo tipo, e destinam-se a quantificar a realidade, nos aspetos relativos à atividade física sob a ótica dos determinantes da saúde, de acordo com o entendimento assumido neste trabalho.

Para validação de conteúdo, os documentos recolhidos numa primeira fase exploratória foram sujeitos a busca informática, sendo esta orientada pelos seguintes tópicos-chave: *Atividade física / Saúde / Desporto / Educação física / Exercício físico / Sedentarismo / Determinantes / Mobilidade ativa / Vias cicláveis / Circuito de manutenção / Circuitos pedonais.*

Em ordem a limitar o universo dos potenciais documentos, a seleção incidu sobre documentos completos, fechados e inseridos em políticas agendadas, incidentes sobre as políticas públicas entre 1998 e 2015. Excluíram-se documentos preparatórios, intervenções de natureza política ou propostas e documentação prévia ao agendamento.

Na mesma seleção procurou assegurar-se as principais regras que possibilitam o procedimento analítico do material recolhido (Bardin, 2002: 97-98): todos os documentos englobados nesta amostra de recolha são representativos das temáticas respeitantes à promoção da atividade física e dos seus determinantes; foram também selecionados de forma a constituírem um conjunto homogéneo, nomeadamente porque respeitam a dados globais ao nível do país.

Documentos parcelares são apenas usados para confirmação de determinados aspetos do problema. A pertinência, por outro lado, assenta na adequação a esse mesmo problema. Excluíram-se documentos relativos a dados locais ou regionais, por necessidade de homogeneização de tratamento.

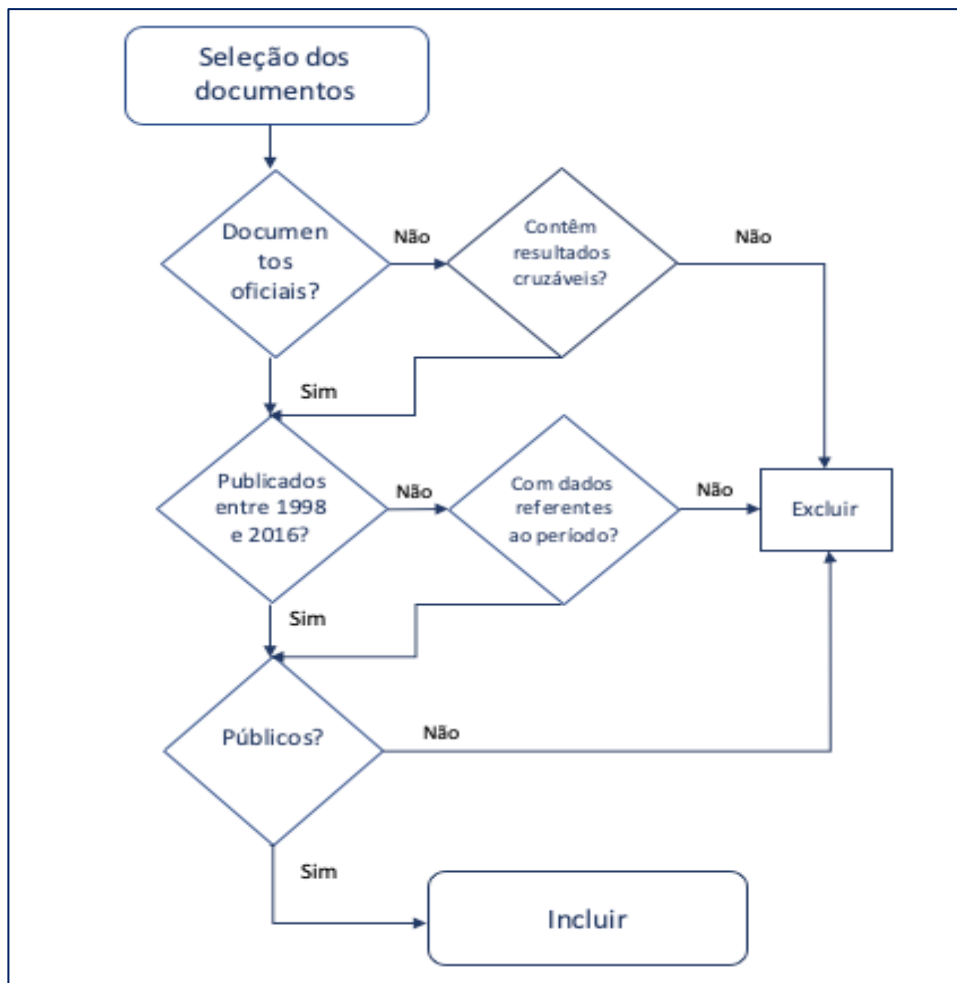


Figura II. 7 - Fluxograma da seleção dos documentos a analisar.

A seleção dos documentos apresenta características quantitativas e qualitativas, que garantem um procedimento padronizado, científico e repetível (Michellini, 2015: 105) e a segurança de terem sido escolhidos documentos com conteúdos relevantes para resposta à questão de pesquisa.

#### 4.4.2 - Descrição das fontes

Por fontes entendem-se aqui três sentidos: as entidades produtoras da informação, as fontes primárias e as fontes secundárias. Estes dois últimos referem-se aos documentos em si (Dias e Gama, 2019: 114); o primeiro refere-se às organizações que, no seu âmbito institucional, produzem documentos suscetíveis de fornecerem informação para elucidar a inquirição sobre a promoção da atividade física. Para o desenvolvimento da abordagem documental consideram-se aqui as fontes oficiais, emissoras de documentos com carácter público, de acordo com os parâmetros acima definidos.

Ainda quanto às fontes produtoras, foram selecionados documentos de fontes oficiais na

tipologia relativa aos documentos de carácter político, nomeadamente planos, programas e relatórios, como base fundamental para a perceção das políticas públicas agendadas. No que respeita aos resultados, foram admitidas fontes não oficiais – é o caso da Fundação Portuguesa de Cardiologia e da Associação Portuguesa de Ginásios e Academias de Portugal – mas restritos à valorização do seu conteúdo, ou seja, por conterem dados respeitantes a todo o território nacional, puderem ser incluídos no critério de resultados e, por isso, cruzáveis com as políticas, planos e programas enunciados pelas entidades oficiais.

O trabalho elegeu, para além das fontes institucionais portuguesas, também fontes internacionais cujos dados permitem, com fiabilidade, perceber a evolução da atividade física em Portugal no período considerado. As fontes utilizadas foram basicamente o Comité Regional para a Europa da OMS e a Comissão Europeia.

#### ***4.4.3 – Identificação e ordenação***

O primeiro passo para a ordenação dos documentos é a definição das atribuições relativas à saúde e à AF, consultando-se para o efeito os atos legislativos que produziram tais atribuições e definiram a organização e repartição institucional. Este passo é designado por caracterização institucional, e permite enquadrar a responsabilidade pela promoção das políticas públicas atinentes àquelas matérias.

Designámos por contexto legislativo o enquadramento constituído por diplomas fundamentais: a Constituição da República Portuguesa e as leis de bases - da saúde, do desporto, da atividade física, do sistema educativo e do ordenamento do território e do urbanismo.

Para os passos seguintes a utilização dos documentos selecionados obedece a uma ordenação congruente com a lógica da inquirição atrás exposta, isto é, ordenados de acordo com o respetivo objeto temático. Depois de selecionados de acordo com os critérios acima referidos e como é ilustrado pelo respetivo fluxograma, os documentos a incluir na investigação foram ainda sujeitos aos critérios de identificação, com o objetivo final de serem agregados por função. Para isso, os documentos foram agrupados tipologicamente, sujeitos a uma verificação prévia do seu conteúdo, por forma a excluir aqueles que, embora incluído dados referentes aos temas pesquisados, não tinham, ainda que parcialmente, tratamento diretamente respeitante à AF.

Por fim, os documentos foram ordenados em dois grandes grupos: um relativo a políticas, planos e programas enunciados, e outro com resultados, eminentemente dados estatísticos, mas também qualitativos. Dentro de cada grupo os documentos foram ordenados por tema e por

ordem cronológica, do modo a construir-se uma linha evolutiva, quer a nível das políticas públicas neles enunciadas, quer da perceção cronológica de resultados.

<b>Fase de Identificação</b>	
Tipologia	Documentos políticos Planos Programas Relatórios e análises Estatísticas
Conteúdo	Dados relativos à AF, desporto, saúde, meio escolar e planeamento urbano e ambiente
Ordenação	Por propostas e resultados Por temática Por ordem cronológica

Quadro II. 1 - Identificação dos documentos por critério.

Tratando-se da resposta à questão relativa à evolução das políticas públicas em Portugal que afetaram de alguma forma a promoção da atividade física entre 1998 e 2015, é natural que a primeira data seja o ponto de partida, sendo a documentação selecionada usada para caracterizar a situação relativa aos determinantes de saúde, como retrato da situação geral nesse ponto de partida.

Este momento é aferido através de dados quantitativos que traçam o perfil estatutário da promoção da AF. Depois foi utilizada a análise de conteúdo de cada um dos documentos selecionados e identificados, a fim de serem extraídas as propostas de política pública atinentes ao tema; por fim foram analisados resultados descritivos e estatísticos, quer os que acompanham cronologicamente o desenvolvimento daquelas políticas, quer os que, relativamente ao final do período proposto, permitem um retrato genérico da situação e, consequentemente, dos resultados – ou falta de resultados – das políticas analisadas.

Refira-se que neste último grupo foram incluídos dados que, apesar de dizerem respeito a anos posteriores a 2015 (aos anos de 2016 e 2017), não deixam de completar o referido retrato, tendo em conta a repercussão das políticas na realidade, ao longo do tempo. Daí que esses dados completem as conclusões a tirar. O esquema seguinte ilustra esta ideia, estabelecendo a função de utilização de cada categoria de documentos:

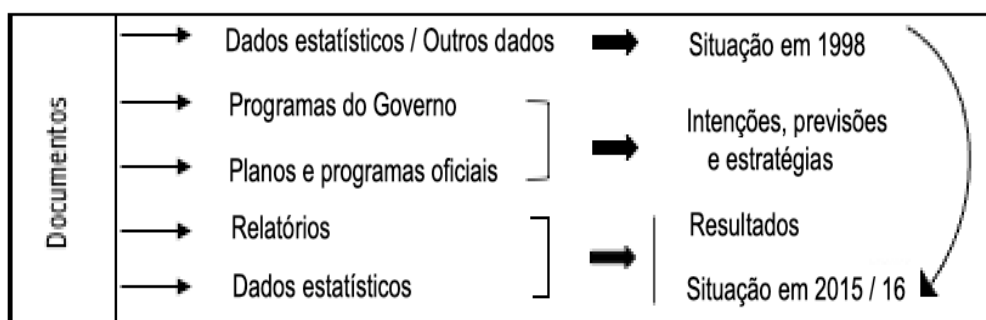


Figura II. 8 - Lógica da ordenação dos documentos por função.

Tendo ainda em conta a necessidade de rigor na aplicação destes pressupostos e extração da informação necessária para a resposta à investigação, foram tidos em conta alguns aspetos focais para a qualidade e pertinência dos documentos:

- a) Aferição da utilidade dos documentos: este critério abrange os subcritérios *credibilidade* (relativo à sua fonte), *finalidade e seleção da informação* (a informação respeita ao assunto e tem tratamento específico e não meramente ilustrativo), *clareza* (integração no contexto e resultados claros), e ainda *disseminação de resultados* (informação acessível ao público e gratuita);
- b) Análise do conteúdo e extração dos elementos significativos;
- c) Aplicação de critérios de classificação de políticas, a fim de traçar a evolução das políticas públicas sob um prisma comum;
- d) Possibilidade de triangulação entre a informação qualitativa e a informação quantitativa;
- e) Argumentação interpretativa separada da análise empírica, como extensão do enquadramento teórico ao caso concreto, uma vez que a interpretação não deve ser uma mera explicação (Michellini, 2015: 121).

#### 4.4.4 – Indicadores de análise

O foco do esquema analítico procura questionar o conjunto de políticas públicas que visam promover a atividade física, podendo desdobrar-se este inquérito em duas questões complementares:

- Que políticas públicas foram seguidas?
- Qual a sua relação com o conjunto de recomendações internacionais (boas práticas)?

A metodologia proposta para apoiar esta finalidade específica socorre-se da utilização de



vários instrumentos, qualitativo e quantitativos, adaptados ao material recolhido. Assim, uma primeira operação consistiu na identificação, por um lado das estratégias das políticas públicas de saúde acima referenciadas e, por outro, quais os instrumentos de atuação propostos, definidores das medidas de política de promoção da AF.

Outro daqueles instrumentos propõe a classificação das medidas contidas nos documentos sob análise, classificação estes dados por indicadores numéricos, entre 1 e 3, os quais são balizados por critérios adequados à sua intensidade e composição, e distribuídos pelas quatro dimensões analíticas anteriormente estabelecidas.

*Grelha de classificação do conteúdo dos documentos*

<b>Graus das políticas enunciadas</b>	<b>Forte</b>	3	3	3	3
	<b>Médio</b>	2	2	2	2
	<b>Fraco</b>	1	1	1	1
	<b>Dimensões</b>	<b>Saúde</b>	<b>Desporto</b>	<b>Meio escolar</b>	<b>Planeamento Urbano</b>

Quadro II. 2 - Classificação dos documentos por grau.

Estes indicadores são objetivados pelos critérios que constam do quadro seguinte, os quais foram aplicados ao conteúdo do material selecionado e implicaram a análise cruzada dos objetivos e medidas, gerais e específicas, dos programas inseridos nos diferentes documentos.

*Crítérios de aplicação da grelha de classificação*

<b>Graus</b>	<b>Descrição</b>
<b>Forte</b>	Previsão de um programa concreto; previsão de medidas de política pública; inserção nos determinantes de saúde; coordenação intersectorial.
<b>Médio</b>	Programação parcial; política pública genérica; ligação genérica aos determinantes; referência intersectorial genérica.
<b>Fraco</b>	Sem programação ou mera programação como reflexo de outro programa; sem medida de política concreta; sem ligação aos determinantes de saúde; sem referência intersectorial.

Quadro II. 3 - Critério de aplicação.

Por outro lado, para uma análise ainda mais sustentada, utilizaram-se critérios marcadores

de conteúdo, que são apontadores das medidas de promoção da AF a um nível mais fino, de acordo com as considerações feitas acerca de cada um dos temas.

Assim, para a dimensão saúde considerou-se a inserção da AF no elenco dos determinantes de saúde de forma autónoma, bem como incumbência de promoção desta pelas estruturas inseridas na função governativa da saúde, e a liderança intersectorial dessa função.

No tratamento da dimensão desporto, para além do fenómeno desportivo propriamente dito, considerou-se a sua participação no âmbito da saúde pública como veículo para a prática da AF e, deste modo, abrangente da população em geral (ainda que dirigida a grupos específicos, como idosos, portadores de deficiência, grupos sociais desfavorecidos), e também as ligações a outros setores como instrumento de promoção.

Quanto ao meio escolar foram considerados os três aspetos principais neste meio: a promoção da AF na escola como valor e como prática, a disciplina de educação física com objeto de ensino e a promoção e disponibilização do desporto escolar, não apenas como forma de aproveitamento do tempo de lazer, mas também como veículo de generalização da AF.

Já para a dimensão do planeamento urbano e ambiente, tendo em conta a latíssima amplitude do tema, foram selecionados apontadores que se ligam mais diretamente à promoção e prática da atividade física. Nos transportes, os incrementos do transporte público e as medidas de facilitação do transporte ativo, o estabelecimento de espaços verdes naturais e de lazer com condições para a prática de AF, o ordenamento urbano, em especial dos espaços construídos, o incremento de ciclovias, ordenamento de trânsito e a previsão de equipamentos e infraestruturas adequadas à prática de AF.

A) Saúde:	- Tratamento da atividade física como determinante de saúde
	- Promoção da AF por via das instituições agregadas ao Ministério da Saúde
	- Liderança intersectorial
B) Desporto:	- Inserção no âmbito da saúde pública
	- Ações dirigidas à generalidade da população (excetos grupos específicos – p. ex. idosos)
	- Coordenação intersectorial
C) Educação:	- Atividade física na escola
	- Disciplina de educação física

	- Desporto escolar
D) Planeamento urbano e ambiente:	- Transportes: transportes públicos e transporte ativo
	- Espaços verdes de recreação
	- Design urbano: ciclovias, trânsito e equipamentos e infraestruturas

Quadro II. 4 - Critérios marcadores de conteúdo.

O desempenho das políticas públicas terá de se inscrever também num quadro de referência determinado, tendo em conta a sua avaliação. Esse quadro de referência constitui o que Richmond e Kotelchuck chamaram a base do conhecimento, e emerge da atuação baseada na evidência. Na área em estudo, aquele quadro é preenchido pelas “boas práticas” internacionalmente reconhecidas para a promoção da AF.

O dicionário Infopédia (2003-2017, *online*) define “boas práticas” como o conjunto das técnicas, processos, procedimentos e atividades identificados, utilizados, comprovados e reconhecidos por diversas organizações, em determinada área do saber, como sendo os melhores quanto ao mérito, eficácia e sucesso alcançados pela sua aplicação na realização de uma tarefa.

O Programa JANPA (Joint Action on Nutrition and Physical Activity) (2015: 9) integrado e financiado pelo Programa da União Europeia para a Saúde 2014-2020, define “boas práticas” como as iniciativas que comprovadamente funcionam (do ponto de vista da avaliação do processo) e produzem bons resultados (do ponto de vista da avaliação dos resultados) sendo, portanto, recomendada como um modelo. Trata-se de experiências sustentáveis e eficientes, com objetivos claros e grupos-alvo claramente definidos, com o objetivo melhoria e fortalecimento, utilizando as estruturas existentes e partilhada para que um maior número de pessoas as possa adotar.

Paddilla, Hernández-Plaza e Ortiz (2012: 33) alertam para a necessidade de contextualização das boas práticas e Garbe, Valtin e Mallows (2015: 7) filiam o conceito numa teoria de programas baseados em investigação, sendo sujeitos a avaliação (por exemplo, de tipo quasi-experimental). Muitos dos manuais de boas práticas são códigos aprovados pelos governos, suportados em ensaios randomizados e verificáveis empiricamente. Estes autores apontam ainda, a propósito do desenvolvimento da literacia, alguns tipos principais de boas práticas (2015: 8).

Horodyska e colegas (2015) procederam a uma revisão de literatura respeitante aos vários

elencos de características que devem estar contidas na descrição de boas práticas, sublinhando a multiplicidade desses elencos. Com base nos estudos analisados, os autores alinham um conjunto de características em três áreas: política pública, monitorização e avaliação, e implementação.

Tendo em conta todos os contributos descritos e centrados no âmbito da investigação, concebe-se “boas práticas” para a promoção da atividade física, para este efeito, como o conjunto de recomendações formalizadas, emitidas por instituições de âmbito internacional com responsabilidades na promoção da saúde pública.

Atrás foi já referida a evolução das recomendações internacionais para a atividade física. Quanto a Portugal, interessa saber se as recomendações foram adotadas e de que modo o foram, a fim de ser respondida também este especto da problemática escolhida.

## CAPÍTULO III - A PROMOÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA

### 5 – Políticas de promoção da atividade física

#### 5.1. Promoção da saúde

Nas últimas décadas sucederam-se fases complexas de alteração social e de multiplicação de problemas políticos, nomeadamente no campo de saúde pública, tendo em conta que, com a crescente pressão económica e demográfica, a saúde e o bem-estar das populações se tornaram uma das prioridades a que os governos têm que dedicar uma cada vez maior atenção e encontrar respostas, mesmo em países com regimes políticos não democráticos. A cada vez mais rápida transformação do tecido social, induzida pela transformação tecnológica e pela transformação nos padrões de vida dos cidadãos, reflete-se por essa via nas relações de poder e nas prestações sociais e serviços disponibilizados aos cidadãos, dependentes desse mesmo poder.

Neste enquadramento, as políticas públicas de saúde direccionaram-se, a nível internacional, para a promoção da saúde, mais do que um simples contexto de prevenção da doença, um contexto transversal de políticas ativas, de transformação dos fatores que condicionam e interagem com a saúde humana. A literatura traça as origens desta política no documento “A New Perspective of the Health of Canadians” de 1974, da autoria de Marc Lalond, à altura ministro da saúde do Canadá, considerando-se este o primeiro documento político governamental que estabelece a promoção da saúde como uma estratégia chave (Rootman *et al.*, 2001: 7).

Até aí a promoção da saúde assentava sobretudo em modelos da psicologia comportamental e incidia numa perspetiva individual determinista. Tendo sido reconhecida a insuficiência dessa abordagem e perante a falta de alterações estruturais determinantes da vida das pessoas, o papel dos governos e a atuação de outros sectores das sociedades modernas, a promoção da saúde foi alvo de um interesse redobrado (Baum, Ollila e Peña, 2013: 31).

O termo “promoção da saúde” foi estabelecido, de acordo com Terris (1992: 268) e Kumar e Preetha (2012: 6) pelo historiador da medicina Henry Sigerist em 1945, com a afirmação de que a saúde é promovida através de um padrão de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, meios de descanso e recreação, exigindo os esforços coordenados das

políticas, do trabalho, da indústria, dos educadores e médicos. A observação de Sigerist segundo a qual "a promoção da saúde, obviamente, tende a prevenir doenças, mas uma prevenção efetiva requer medidas especiais de proteção", pôs em destaque as causas gerais no processo causal da doença, juntamente com causas específicas, assim como o papel da promoção da saúde no tratamento dessas causas gerais.

No mesmo período, a origem dupla das doenças enquanto preocupação social também foi sublinhada por John A. Ryle, pioneiro do ensino da medicina social na Grã-Bretanha, chamando a atenção para sua aplicabilidade às doenças não transmissíveis, afirmando que a prevalência das doenças é, em maior ou menor escala, correlativa com as condições sociais e ocupacionais (Terris, 1992: 269).

### ***Paradigma e mudança***

O documento seminal de Lalond introduz uma dupla orientação em matéria de promoção da saúde: define a prevenção como uma prioridade para o sistema de saúde e identifica quatro elementos integrantes do campo da saúde - biologia humana, ambientes sociais e físicos, estilos de vida e sistema de saúde, de acordo com Potvin e Jones (2011: 244). A ideia de base deste documento, ainda de acordo com os mesmos autores, é de que a saúde não é produzida exclusivamente pelos cuidados de saúde e, para cumprir seu mandato e garantir uma população saudável para o desenvolvimento de um país, as instituições de saúde pública devem implementar estratégias que ultrapassem os simples cuidados de saúde.

Esta nova abordagem foi depois acolhida na Declaração da OMS de Alma-Ata de 1978 e plenamente desenvolvida pela Conferência Para a Promoção da Saúde de Ottawa de 1986, e na respetiva Declaração, conhecida como Carta de Ottawa, sendo esta declaração referida como o documento fundamental para as políticas públicas de promoção da saúde (Potvin e Jones, 2011: 245; Kickbush, 2010b: 16-17; Baum, Olilla e Peña, 2013: 31; Rootman *et al.*, 2001: 7-9; Loureiro, Miranda e Miguel, 2013: 24).

Em 1984, Robert Anderson (citado por Rootman *et al.*, 2001: 7-8), identificou cinco linhas de força no protagonismo da promoção da saúde:

1. A ênfase crescente na saúde definida pela positiva e na melhoria da qualidade de vida;
2. Um grande desejo, por parte das pessoas, para exercerem o controle das suas vidas, associado com os padrões do consumo massivo;
3. A eficácia limitada das estratégias didáticas tradicionais, muitas vezes associada à educação em saúde;

4. O reconhecimento de que muitos problemas de saúde estão relacionados com os estilos de vida tradicionais; e
5. A crescente evidência da fraca relação entre os cuidados de saúde e o estado da saúde em geral, especialmente quanto ao diminuto retorno dos crescentes recursos económicos investidos na saúde.

A Carta de Ottawa enquadra um novo tratamento das questões de saúde pública, com uma forte ligação às políticas dos governos, no sentido em que torna a promoção da saúde uma responsabilidade das políticas públicas dos Estados. As políticas sociais passam a ser vistas como responsáveis pela mudança em padrões e estilos de vida e as políticas económicas passam a ter de ponderar as ameaças à saúde decorrentes das mudanças industriais e tecnológicas (Loureiro e Miranda, 2010: 40).

Potvin e Jones (2011: 245), analisando as condições de mudança proporcionados por este documento, dão conta de quatro elementos considerados inovadores na alteração do paradigma da promoção da saúde: em primeiro lugar, ao reforçar a noção de “saúde” em sentido positivo, afirma igualmente o papel da promoção da saúde enquanto a única área de ação de saúde pública a ter reforçado fortemente esta definição positiva, orientando a ação de saúde pública em relação às condições de vida das pessoas e à equidade em saúde e, portanto, como uma área de excelência de atuação das políticas públicas.

Em segundo, afirma a saúde como um produto da vida diária, aborda requisitos para uma vida saudável, sendo este produto claramente dependente de fatores sociais, económicos e políticos, e não apenas biológicos. Em terceiro lugar, a Carta propõe um conjunto de valores e princípios a promover e a implementar pelas políticas públicas de saúde, nomeadamente a participação e o fortalecimento dos cidadãos, constituindo-se como orientações fundamentais para a saúde. Por último, a indicação de uma estratégia de construção de uma política pública dirigida à saúde como bem fundamental, de um ambiente sustentável indispensável à qualidade de vida e incremento das ações de reorientação da comunidade e dos serviços de saúde.

A Declaração de Ottawa tem um significado político marcante, não apenas pelo seu conteúdo, mas igualmente pelo grau vinculativo para os Estados membros da organização, por força dos artigos 21º e 22º da constituição da OMS. Este facto foi inequivocamente reforçado pela Resolução sobre a Promoção da Saúde da Assembleia Geral das Nações Unidas a 16 de Maio de 1998, instando os países membros a tomar as medidas de política necessárias à prossecução dos seus objetivos (Potvin e Jones, 2011: 245).

Saan e Wise (2011: 188), refletindo no papel fundamental deste documento, sublinham que

ele representou à época o culminar de um processo político nascido como consequência da revolução industrial, e que do mesmo era possível retirar duas lições: a primeira dava conta de que ter uma voz política era fundamental para melhorar a saúde da população. A segunda, que as mudanças políticas tinham que ser reivindicadas durante um longo período, pois nunca foi um caminho fácil trazer mudanças sociais necessárias para melhorar a saúde das populações.

### *Conceitos*

A definição de “promoção da saúde” não é unívoca, dado o carácter generalista do seu conteúdo e a possibilidade de incidência em diversas perspetivas. Disso mesmo dão conta Rootman *et al.* (2001: 9-13), que apresentam um elenco das várias definições sobre esta matéria propostas na literatura antes e após a Carta de Ottawa. Neste documento, promoção da saúde era definida como “o processo que visa permitir que as pessoas aumentem o controlo sobre, e melhorem, a própria saúde”, ou dito de outra maneira, “o processo que visa criar condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos em que se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam” (Loureiro e Miranda, 2010: 31).

Rootman e colegas, após analisarem as várias definições propostas e os aspetos em comum, apontam duas distinções incidentes sobre o conteúdo das mesmas: a primeira distinção identifica metas finais e objetivos instrumentais. As metas finais representam situações de bem-estar ideais, algo que constitui uma finalidade a atingir – em geral a longo prazo – concebidas em abstrato (por exemplo, viver sem doenças). Por sua vez, os objetivos instrumentais representam passos intermédios necessários para alcançar os anteriores. São objetivos concretos, de curto prazo, dirigidos a situações atuais e que por si ou somados com outros, permitem atingir as metas finais (por exemplo, deixar de fumar para melhorar o nível geral de saúde).

Uma segunda distinção separa objetivos instrumentais de processos instrumentais, sendo estes últimos como que ferramentas para a concretização dos primeiros (por exemplo deixar de fumar pode ser prosseguido pelo aumento de preço do tabaco). Os processos são, portanto, fundamentais para atingir objetivos e metas de curto e de longo prazo, enquanto conjuntos de ações objeto de intervenção política. Por isso, o foco do conceito de promoção da saúde, nomeadamente aquele que foi sucessivamente acolhido pela OMS, são os processos instrumentais que definem ações concretas de intervenção.

Nesta perspetiva, e de acordo com o conceito da OMS, Nutbeam (1986: 351) define a promoção da saúde como o processo de capacitação de indivíduos e comunidades para



aumentar o controlo sobre os determinantes da saúde e, portanto, melhorar a saúde. Representa uma estratégia nos campos da saúde e da sociedade que pode ser vista, por um lado, como uma estratégia política e, por outro lado, como uma abordagem habilitadora da saúde dirigida aos estilos de vida.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a promoção da saúde representa um processo social e político abrangente: não só engloba ações voltadas ao fortalecimento das capacidades dos indivíduos, mas também ações voltadas para a mudança das condições sociais, ambientais e económicas, a fim de aliviar seu impacto na saúde pública e individual.

Uma nota dominante na teoria da promoção da saúde é que esta é desenvolvida como que uma procura de neutralidade do ponto de vista da intervenção política. A teoria procura evidenciar a importância dos fatores determinantes da saúde e limita-se a esperar que essa importância se imponha na agenda política, como atrás já referido. Esta postura limita a compreensão do fenómeno porque considera os elementos críticos do processo político como "caixas negras" e tenta explicar ou alterar os processos políticos por meio abordagens inapropriadas – por exemplo através de abordagens psicológicas (Clavier e de Leeuw, 2013: 12).

Ora, a natureza do processo político implica compreender as influências de atores, grupos de interesse, condições económicas e sociais, crenças e ideologias, entre outros aspetos, para que a promoção seja incluída no elenco de tarefas dos governos e dos estados. Mesmo admitindo que a saúde é uma área central nas políticas públicas de qualquer país, a preocupação central é a prestação de cuidados primários, os equipamentos de saúde e a política do medicamento. Só de forma secundária os governos investem na promoção e de forma muito relativa na concertação de várias áreas governativas com o intuito de modificar os determinantes de saúde, na direção esperada.

Para que a promoção da saúde se torne efetivamente um tema presente nas agendas políticas é necessário que os seus atores e organizações se constituam como contribuintes ativos para o processo político, quer através de coligações (Breton *et al.*, 2013: 43), quer através de uma informação adequada do acervo de conhecimento técnico.

### ***Diferentes abordagens e modelos***

A delimitação do conceito de promoção da saúde deixa antever várias dimensões correspondentes por sua vez a múltiplas abordagens portadoras de entendimentos de sentidos diferentes, e por vezes divergentes, acompanhando a evolução do próprio conceito e da sua

utilização.

Do ponto de vista que interessa para este estudo podem ser identificadas e agrupadas, de acordo com a literatura mais expressiva, duas teorias com concepções diferenciadas do mesmo conceito e com reflexo em todo o tema de promoção:

- A) De um lado uma abordagem centrada no indivíduo, de cariz mais psicológico e autossuficiente, contraposta a uma percepção focada na estrutura da comunidade e na construção social.
- B) Por outro lado, uma concepção que traduz o problema numa perspetiva biomédica e de intervenção dos profissionais de saúde, contraposta a uma abordagem política do problema da saúde pública.

A matriz resultante do cruzamento destas visões pode ser disposta da seguinte forma:

<i>Abordagem</i>	<i>Restrita</i>	<i>Alargada</i>
A	Individual	Comunitária
B	Biomédica	Política

Quadro III. 1 - Abordagens condutoras da promoção da saúde agrupadas.

A perspetiva individualista, muito tributária de algumas visões neoliberais, concentra no indivíduo a responsabilidade pela sua saúde, obliterando ou minimizando as condições criadas pelo ambiente social e político. Com base nesta perspetiva foram desenvolvidos um conjunto de modelos de promoção da saúde centrados nas escolhas individuais e com base psicológica, como determinantes comportamentais conducentes à saúde ou à doença (U.S. Department of Health and Human Services, 1996: 211-214; Salmon *et al.*, 2000: 30-38; Raingruber, 2014: 56-62).

Assim, o Modelo da Crença na Saúde desenvolvido por Irwin Rosenstock em 1966, a Teoria da Ação Fundamentada de Martin Fishbein e Icek Ajzen, apresentada em 1975, a Teoria do Comportamento Planeado, derivada do modelo da ação fundamentada, de Ajzen em 1985, a Teoria Cognitiva Social de 1989, introduzida por Albert Bandura, a Teoria da Autodeterminação por Deci e Ryan em 1991, o Modelo Transteórico defendido por Prochaska e DiClemente em 1992 e 1997, e ainda o Modelo de Adoção de Precaução de 2005, representam abordagens da promoção da saúde pública insistindo no comportamento individual, nas respetivas escolha e nas suas ligações mais próximas à família e ao seu círculo social, ignorando a força e a importância dos fatores políticos e sociais mais vastos.

Bonnie Raingruber, que elencou o conjunto de modelos relativos à promoção da saúde, constata que as críticas dirigidas a este tipo de modelos individualistas sublinham fatores como a exclusão das influências do ambiente, fatores socioculturais, problemas económicos e as políticas seguidas pelos governos e autoridades públicas (2014: 56).

Contraposta à teoria individualista, têm sido desenvolvidos modelos que põem a atenção no ambiente social em que as pessoas e os grupos se inserem e que dão relevância, de várias formas, ao peso desse ambiente na promoção da saúde. Sumariamente, e seguindo ainda a lição de Raingruber (2014: 62-74), encontram-se várias categorias de abordagens aos modelos de promoção da saúde: o Modelo de Intervenção de Tannahill, de 1980; os modelos ecológicos, onde se inclui o Modelo Ecológico Social de 1979, a Teoria Salutogénica de 1996 e o Modelo de Desenvolvimento da Saúde ao Longo da Vida, de 2000; os modelos de planeamento, incluindo o Sistema de Promoção da Saúde em Causa Própria de 1990 e o Modelo de Planeamento de Fases de Educação para a Saúde / Actividades de Promoção, de 2001; as teorias comunicacionais, onde se encontram a Teoria da Difusão das Inovações de 1961 e a Teoria da Comunicação em Saúde de Weick, de 1969-79; e os modelos que o autor classifica como de avaliação, sendo os mais conhecidos o Modelo PRECEDE-PROCEED de 1992 e o Modelo RE-AIM de 1999).

Todos estes modelos têm sido entendidos na literatura como referidos genericamente a “modelos ecológicos” ou “estruturais”, uma vez que têm por base o que se pode comparar ao ecossistema do indivíduo e, portanto, pondo em comunicação o fator pessoal com o fator social. McLeroy (1988: 355) analisou a estrutura deste tipo de abordagens, definidas por relações múltiplas de diferentes níveis, do nível pessoal ao nível das políticas públicas.

- (1) fatores interpessoais – características do indivíduo como conhecimento, atitude, comportamento, conceito de si próprio, capacidades, etc. Aqui se inclui ainda a história de desenvolvimento do indivíduo.
- (2) processo interpessoal e grupos primários – redes sociais formais e informais, e sistemas de suporte social, incluindo a famílias, colegas de trabalho e redes de amizade.
- (3) factores institucionais – instituições sociais com características organizacionais, regidas por regras formais (e informais) e com funcionamento regulamentado.
- (4) factores comunitários – ligações entre organizações, instituições e redes informais com limites definidos.
- (5) política pública – políticas e legislação ao nível nacional regional e local

Quadro III. 2 -- Determinantes nos modelos ecológicos – adaptado de McLeroy *et al.*, 1988: 355

Os modelos ecológicos tentam expressar as relações do indivíduo com os diferentes

ambientes que o influenciam. Estas relações podem ser encaradas como limitações à gama de comportamentos individuais, promovendo e por vezes exigindo determinadas ações e desencorajando ou proibindo outros comportamentos (Sallis, Bauman e Pratt, 1998: 380).

Estes modelos ou abordagens também designadas estruturais, são consistentes com a teorização dos determinantes sociais da saúde, incluindo recomendações para melhorar as condições de vida diárias e enfrentar distribuições de poder, dinheiro e recursos desiguais (Lieberman, Golden e Earp, 2013: 521). Algumas dos princípios básicos apontados às abordagens ecológicas é a estrita dependência entre o nível individual e o nível social (idem, 522), bem como o facto de cada intervenção necessitar de ter em consideração as duas dimensões, assim como os níveis operativo (individual) e de escolha coletiva (Gelius e Rütten, 2017: 4).

A segunda linha conceptual contrapõe a abordagem biomédica a uma abordagem política do problema da promoção da saúde. Primariamente a promoção da saúde pública encontrava-se dominada pelo processo médico e pela perspectiva de que a saúde pública é apenas um problema da biomedicina. Na linha desta consideração, o mais importante para a promoção da saúde seria o conhecimento gerado pela investigação sobre condutas de saúde, da procura dos serviços de saúde, do modo como respondem aos regimes médicos estabelecidos e como interpretam os sinais e sintomas da doença (Dias *et al.*, 2004: 464).

Esta abordagem racionalista assenta num discurso biomédico de saúde, definido pela medicina, e está preocupado com o estudo psicológico das doenças, através da intervenção e gestão médica, bem como num discurso de saúde comportamental preocupado com a mudança de comportamentos de risco das pessoas, principalmente através de estratégias educativas (Taylor, O'Hara e Barnes, 2014: 284).

Cedo se reconheceu a insuficiência desta abordagem, mais preventiva do que promotora, cercada de limitações que a evolução dos padrões de doença e da rápida transformação das condições de vida impõem. Keith Tones (2002), citado por Loureiro e Miranda (2010: 27), evidenciou essas limitações, dando conta de que a medicina não tem sido bem-sucedida na cura das novas doenças crónicas, que os custos das respetivas estratégias são cada vez maiores e que a necessidade de adoção de comportamentos saudáveis não diz respeito apenas ao individuo, mas também aos recursos da sociedade, cada vez mais pressionada pelos gastos em saúde. Dias *et al.* (2004: 464) sublinham o contraste da referida abordagem preventiva com outra referida à construção social, em que:

A promoção da saúde implica o desenvolvimento de políticas de saúde pública, a criação de ambientes de suporte, a participação da comunidade, o desenvolvimento das

capacidades pessoais e uma orientação dos serviços de saúde, para além da mera prestação de cuidados clínicos e curativos. De acordo com esta perspetiva, o conhecimento do modo como os fatores comunitários institucionais e de política social determinam as atividades relacionadas com a saúde, torna-se o veículo central em promoção de saúde.

Esta segunda abordagem tem, portanto, acento tónico no modo de governação dos cidadãos e na intervenção das políticas públicas ao nível do tecido social, sendo que a promoção da saúde se insere como tal num universo maior, no qual as escolhas políticas são determinantes para a sua capacidade efetiva de alteração dos padrões de saúde.

Nesta perspetiva, a saúde pública e a respetiva promoção deixam de estar contidas na relação “médico-paciente” – ou melhor, “sistema de saúde-paciente” – para tomar lugar na agenda política, dizendo respeito a toda a comunidade. É uma perspetiva que reconhece o papel dos atores políticos, das instituições, da economia e das regras e leis organizativas, canalizadas através dos fatores determinantes da saúde, em resposta às expectativas sociais.

De acordo com Loureiro e Miranda (2010: 41), a ligação entre a promoção da saúde pública e a política tem sido dificultada por vários fatores, designadamente o tradicional “domínio médico” sobre a prática da saúde pública, a ideologia neoliberal, a insuficiente investigação sobre os determinantes políticos, os interesses comerciais e a falta de confiança dos profissionais de saúde pública na política em geral. O problema concentra-se na relação entre a decisão política e os interesses proeminentes: ao trazer a promoção da saúde para o domínio público, através de programas de promoção, ficam cada vez mais expostos aqueles interesses, e as comunidades podem aperceber-se mais facilmente dos seus contornos.

Potvin e Jones (2011: 246) alertam ainda para o mito de uma abordagem racional destinada a reforçar elementos ideológicos na tomada de decisão política, e para a necessidade de desacreditar o mito de que a intervenção da saúde pública é essencialmente biomédica e que a pesquisa biomédica é o método de escolha para entender como a promoção da saúde funciona.

No primeiro aspeto, apesar da promoção da saúde ser portadora de valores e orientada para processos, não basta isto para justificar a sua apropriação pelo poder num ou noutro sentido: é necessário ter resultados visíveis. Quanto ao segundo aspeto, o principal contributo da promoção da saúde para a saúde pública é a afirmação inicial de que, para aumentar a saúde e a equidade de sua distribuição, é preciso transformar as condições sociais que moldam a distribuição da saúde, como tem sido afirmado pela OMS, e não uma simples perspetiva

individualista.

Uma apreciação crítica destas diferentes abordagens leva a pensar que, afinal, elas não são separadas, mas antes visões parciais da mesma questão. Hoje é pacificamente aceite que a saúde e o bem-estar são determinados por variados fatores, quer os que respeitam aos sistemas de saúde, quer os que se encontram fora destes sistemas, onde se incluem as desigualdades induzidas por fatores socioeconómicos e políticos, novos padrões de consumo associados à alimentação, comunicações móveis e estilos de vida, alterações demográficas, condições de trabalho, educação e padrões familiares, alterações climáticas e ao comércio global (Kumar e Preetha, 2012: 11).

Neste enquadramento pode conceber-se um modelo integrado, em que a promoção da saúde se distribui por vários níveis interligados, correspondendo às conceções comuns aos modelos ecológicos, em termos de inputs e outputs.

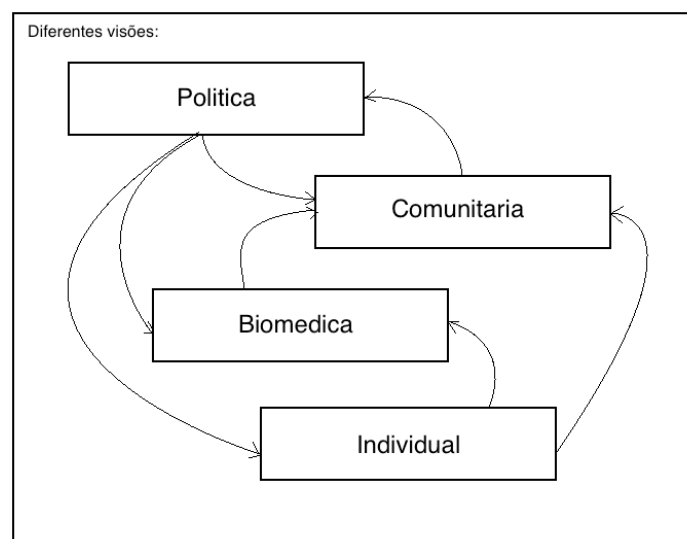


Figura III. 1 - Integração possível das dimensões do conceito de promoção da saúde.

Impõe-se, contudo, uma constatação recolhida da pesquisa pelas conceções na literatura especializada, que aliás nasce de uma certa insuficiência dos referidos modelos ecológicos: aparentemente todas as abordagens fogem a uma verdadeira intervenção no processo de formação das decisões de política pública, limitando-se a expor a evidência e a aguardar uma oportunidade na atenção dos mecanismos do agendamento político, sem uma intervenção direta a esses mecanismos e ao processo político. Isso pode explicar, como se verá adiante, a preferência pela teoria das janelas de oportunidade (*multiple streams framework*). A promoção da saúde é necessariamente um problema político e a sua execução parece não possuir as ferramentas adequadas para o envolvimento efetivo na arena política (Clavier e de Leeuw,

2013: 4).

O propósito da Declaração de Ottawa era transformar a promoção da saúde num processo de construção de políticas públicas de saúde. As políticas dos governos dos países em geral, incluindo Portugal, têm sido orientadas pelos princípios e valores decorrentes daquela Declaração, tendo procurado – pelo menos teoricamente – acolher as suas recomendações. Na prática, o conceito não parece ter sido totalmente assimilado, resumindo-se, quanto muito, a atividades pontuais e desligadas, com vista à educação para a saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis (Martins, 2005: 6).

A definição abstrata de saúde tem sido tema de variadas discussões e formulações, não se mostrando produtiva tendo em vista o objetivo aqui presente e, por isso, não foi ainda feita nenhuma alusão à mesma discussão<sup>3</sup>, podendo lançar-se mão da definição genérica adotada pela OMS. Por seu turno, a noção de políticas de saúde é demasiado ampla, podendo englobar quer a saúde pública, quer a saúde privada e mesmo estratégias que vão para além das políticas públicas. Para o presente estudo, interessa assinalar o conceito de promoção da saúde no sentido de políticas de saúde pública, noção mais específica do que a noção genérica de saúde e mesmo do que a noção de políticas de saúde.

Promoção da saúde – incluindo a promoção da atividade física – é adotada neste estudo como o conjunto de ações de política pública que visam alterar os determinantes de saúde, no sentido possibilitar aos cidadãos e às comunidades a melhoria da saúde geral. Essas alterações têm de ser da responsabilidade dos governos, através de políticas que modifiquem, melhorem ou facilitem as condições sociais e económicas que influem na saúde dos grupos e dos indivíduos.

As insuficiências dos modelos individualistas não se confundem, no entanto, com a capacitação dos indivíduos quanto à saúde e à atividade física, porque se trata de planos diferentes: as conceções individualistas, como já foi apontado, responsabilizam o indivíduo quase em exclusivo pela sua saúde; mas a capacitação dos indivíduos não os desliga do plano social, antes se focando no aumento da literacia do indivíduo, por forma a que este tenha um papel atuante na interação com as políticas públicas dirigidas aos determinantes de saúde.

## **5.2. Promoção da atividade física**

Não se encontra na literatura, de forma direta, um conceito de promoção da atividade física, embora também não se manifestem grandes discordâncias de entendimento quanto a este

---

<sup>3</sup> Veja-se a discussão da definição de saúde em Michelini, 2015: 36-38.

assunto. Tendo em conta o sentido que foi tomado para promoção da saúde nos pontos anteriores, a promoção da atividade física – que nela se encontra incluída, como corolário da sua importância para a saúde pública – é uma tarefa fundamentalmente do poder político, enquanto intérprete das necessidades da sociedade. Como já se disse atrás, a política da atividade física representa o conjunto de políticas públicas dirigidas à promoção da atividade física, inserida no conjunto de políticas públicas prosseguidas pelos governos.

No mesmo sentido, os trabalhos sobre este tema têm apresentado consistentemente a política da atividade física como uma declaração formal que define a atividade física como uma área prioritária, estabelece metas de população específicas e fornece um plano ou estrutura própria e adequada para a ação, descrevendo os procedimentos para promover a atividade física na população pelas instituições governamentais, não-governamentais e pelo sector privado, e define ainda as responsabilidades dos parceiros neles envolvidos (Schöppe, Bauman e Bull, 2004: 9; Bull *et al.*, 2004b: 95).

### ***Conteúdo e conceito***

Como todas as políticas públicas, esta envolve modelos teóricos, estratégias e ações concretas, transformadas em compromissos, programas e projetos. Segundo a lição de Sallis *et al.* (2006: 312-313), as políticas para a atividade física envolvem cinco vetores fundamentais: promoção, prescrição, implementação, conclusão e avaliação:

- *Promoção* implica os esforços necessários para mobilizar apoios para as políticas e tem de relacionar-se com o processo político, em termos de agendamento, de intervenção dos atores políticos e da sua implementação. Os autores chamam à atenção para a necessidade de ligar as estratégias de promoção da atividade física à procura de soluções para problemas como a conservação e a renovação urbanas, e os transportes.
- *Prescrição* é, para os referidos investigadores, a aprovação formal de leis, regulamentos, medidas administrativas e decisões financeiras. Este aspeto envolve ainda a ideia de que o sucesso da promoção das políticas prescritas requer um acompanhamento, a fim de assegurar que as políticas são assumidas de facto e prosseguidas no plano da ação.
- *Implementação* ou aplicação enquanto função das políticas públicas terá de ter em conta a capacidade administrativa e a resistência potencial às medidas prescritas. Torna-se então necessário identificar obstáculos à implementação e adotar estratégias para os superar. Estes incluem a simplificação dos procedimentos administrativos, o



fortalecimento da responsabilidade administrativa e a criação de incentivos para que os burocratas adotem as referidas medidas de política. A ciência política também enfatiza a política burocrática entre as áreas do poder, que prosseguem os seus próprios mandatos e tentam expandir as suas jurisdições e recursos. As iniciativas que envolvem os interesses institucionais dos administradores ou criam instituições obrigatórias para promover a atividade física podem alterar o destino das políticas de promoção.

- *Conclusão* refere-se à dificuldade de terminar e concluir programas e políticas. Os desafios de uma implementação bem-sucedida de políticas públicas implicam a transição de uma abordagem para outra, muitas vezes exigindo reestruturação institucional, reciclagem pessoal, e outras ações. Implicam também a superação da oposição de interesses estabelecidos. Os autores alertam para que o principal obstáculo pode não estar na formulação de novas leis, mas sim na resistência à conclusão das prescrições existentes.
- *Avaliação* é a função que se foca no desempenho da política ou programa, sendo distinta, no entanto da avaliação de experiências passadas. Para as iniciativas de promoção da atividade física, os desafios incluem dificuldades de medir as utilizações e os resultados, a ambiguidade em *benchmarks* de sucesso e a incerteza sobre se outro tipo de opções teria tido sucesso ou não. As iniciativas de atividade física são muitas vezes avaliadas em comparação com os esforços noutros locais, aumentando a questão da comparabilidade à luz do carácter distintivo de cada contexto.

Esta grelha de análise é útil para preencher o conceito de promoção, muitas vezes usado sem um conteúdo específico e sem que se compreenda muito bem em que consiste efetivamente. A promoção, ao nível das políticas públicas, é muitas vezes vista como uma ação quase voluntária, mas limitada à publicidade da própria política proposta, e não como um conjunto de procedimentos conducentes à sua realização.

Assim talvez se possa ensaiar um conceito de política de promoção da atividade física, sendo que ela consiste, no seguimento da noção-mãe, no conjunto de ações de política pública, devidamente formalizadas, implementadas, concluídas e avaliadas, com o objetivo de agir sobre os determinantes de saúde que influenciam a atividade física, e conducentes à melhoria dos níveis de saúde da população, em geral.

Nesta proposta, a promoção da atividade física surge como um objeto da políticas públicas de saúde, concretizadas em programas, projetos e ações destinados a influírem nos determinantes de saúde – em sentido amplo, incluído fatores socioeconómicos, culturais e

sociais – integrados em estratégias políticas, com vista ao incremento das condições que favorecem a saúde das populações e a alteração de comportamentos, no sentido da adoção de hábitos mais saudáveis, nomeadamente o incremento da atividade física a nível individual. O conceito implica não apenas que as medidas de política sejam preconizadas, mas devidamente implementadas e avaliadas. A avaliação das políticas públicas de promoção da atividade física é essencial para conhecer os ganhos obtidos por via dessas políticas, mas igualmente como impulsionador de novas medidas dirigidas aos mesmos objetivos.

### *Modelos e determinantes*

A tradução desta ideia de promoção da atividade física em políticas e atuações concretas começa por enfrentar uma crença comum: a de que o montante de atividade física despendido por cada indivíduo é da sua esfera individual. Esta crença, típica de concepções individualistas já afloradas, é altamente perturbadora pela desresponsabilização política e social a ela associada, pela indução de desigualdades que pode implicar e pelo incremento de custos monetários que pode potenciar, e representa uma primeira barreira à compreensão do tema.

Já atrás se referiu que a esfera do comportamento individual é grandemente influenciada pelo ambiente e pelos determinantes políticos. Nancy de Milio constatava, a propósito das políticas públicas de saúde, que “estilos de vida saudáveis não são uma questão de escolha ‘livre’, mas sim o resultado de oportunidades disponíveis para as pessoas, e essa política afeta essas oportunidades” (Milio, 1981: 69). O nosso primeiro encontro no momento do nascimento é com o domínio das circunstâncias sociais; a saúde é fortemente influenciada pela educação, emprego, disparidades económicas, pobreza, habitação, crime e coesão social (McGinnis, Williams-Russo e Knickman, 2002: 80-81), e daí que não se possa falar em escolhas individuais absolutas.

A forma como as oportunidades são construídas e abertas aos indivíduos é determinante para a respetiva conduta. As oportunidades não dependem apenas de escolhas individuais, mas dependem fortemente da organização social, da distribuição da riqueza e das idiossincrasias culturais. Desde logo, a organização social acarinha ou exclui ideias, projetos e iniciativas; a capacidade económica determina as escolhas que podem ser feitas a nível individual, tendo sido já referido que as classes mais favorecidas obtêm um leque de escolhas maiores.

Os aspetos culturais são igualmente determinantes do que é permitido ou proibido a nível individual. Muitos destes aspetos são fortemente limitadores a nível individual, nomeadamente quando assentam em preconceitos estratificadores e corporativos.

Os estudos nesta área têm apontado dois aspectos complementares de transposição do campo de escolha individual para a promoção da atividade física através de políticas públicas mais atuantes: o primeiro deles é o conjunto de modelos de investigação, cujas variáveis influenciam o comportamento e a escolha de estilos de vida pelos indivíduos; o segundo é a teoria dos determinantes da atividade física e seus correlativos. Esta construção parece estar relacionada com a melhor percepção da resposta individual às medidas de política seguidas nas comunidades e com os mecanismos de atuação dessas medidas.

Numerosos modelos teóricos, tributários aliás dos modelos de promoção da saúde acima expostos, têm sido construídos com o fim de perceber a complexidade de elementos que levam os indivíduos à prática de atividade física.

Uma conhecida publicação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos de 1996, o relatório “A Report of the Surgeon General”, agrupa estes modelos em três categorias: modelos individuais, modelos interpessoais e modelos ambientais (U.S. Department of Health and Human Services, 1996: 211-215), assim como Salis e Owen em 1999 (citados por Seabra *et al.*, 2008: 722) e Glantz e Rimer (2005).

Na primeira categoria encontra-se os modelos como as Teorias da Aprendizagem, a Crença na Saúde, o Modelo Transteórico e o Modelo de Prevenção de Recaídas. Na segunda categoria encontram-se a Teoria Sociocognitiva, a Teoria do Comportamento Planeado e o Modelo do Suporte Social. Na última categoria incluem-se os designados Modelos Ecológicos.

Em que é que consistem estas teorias e modelos? Seguindo a lição que se retira da publicação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, ainda que resumidamente, são enunciadas e apontadas as suas características principais.

A) Para os modelos centrados no indivíduo:

*As Teorias da Aprendizagem* são clássicas e sublinham que a alteração comportamental – por exemplo passar de um estilo de vida sedentário para um estilo de vida ativo – requer a aprendizagem de múltiplos pequenos comportamentos, que compõem um comportamento complexo maior. A modificação do comportamento pode implicar alterações parciais, do tipo passo-a-passo e incrementados (por exemplo andar durante 30 minutos diários pode começar por caminhadas de 10 minutos em três doses ou iniciar-se com 10 minutos e ser aumentada progressivamente), e alterações de substituição e competição (por exemplo ver televisão pode ser substituída pela caminhada, subir escadas a pé, em vez de utilizar o elevador, etc.).

O modelo de *Crença na Saúde* assenta na percepção própria e individual de quatro áreas críticas: a gravidade de uma potencial doença, a suscetibilidade da pessoa a essa doença, os benefícios de optar por uma ação preventiva e os obstáculos para adotar essa ação. Aspectos complementares são as estratégias para a adoção de condutas saudáveis e o aumento da autoconfiança.

O *modelo Transteórico* baseia-se num processo em cinco fases: pré-contemplação ou tomada de consciência, contemplação (percepção), preparação, ação e manutenção. A ideia é a de que o individuo seja progressivamente influenciado em cada uma das fases, através de diversas estratégias, para passar à fase seguinte. Esta é uma metodologia progressiva onde se combina o ponto de preparação individual com a mudança de fase.

O *modelo de Prevenção de Recaídas* consiste na prevenção de fatores de dissuasão na adesão ou na manutenção de comportamentos fisicamente ativos. Esses fatores incluem sentimentos negativos, pressão social, conflitos pessoais, falta de suporte social, situações de risco e outros afins. O modelo procura que sejam adotadas as respostas adequadas ao fator de risco envolvido (por exemplo definição de locais seguros para correr ou caminhadas em locais abrigados durante o inverno).

B) Na categoria dos modelos interpessoais (ou sociais), incluem-se:

A *teoria Sociocognitiva ou da Aprendizagem Social* de Bandura, que propõe que a mudança de comportamento é afetada por fatores individuais, ambientais e por atributos do próprio comportamento em si, os quais se podem influenciar mutuamente. Para esta teoria, a questão da percepção da autoeficácia, ou seja, o facto de a pessoa crer na sua capacidade de mudar o comportamento, o que tem a ver com os resultados e com realizar as expectativas individuais. Assim, os ganhos a curto ou a longo prazo (por exemplo a sensação de bem-estar após o exercício físico e a melhoria da condição cardíaca após um certo período de treino) determinam também aquela percepção, filtradas pelas expectativas de cada um. Dois outros aspetos que a literatura sublinha é que a percepção da autoeficácia pode ser incrementada por diversas vias e que a eficácia da adoção e manutenção do comportamento ativo depende em grande parte da evocação de confiança, admiração e respeito dos observadores.

A *teoria do Comportamento Planeado ou Fundamentado* assume que aquilo que

determina primariamente o comportamento do individuo é o que ele tem efetivamente intenção de fazer. Esta intenção é condicionada por dois fatores fundamentais: a atitude individual perante o comportamento (por exemplo os ganhos a obter) e a influência do ambiente social ou norma subjetiva (por exemplo, o que os outros pensam do comportamento adoptado). O aspeto critico para a mudança de comportamento é a perceção individual de controlo sobre oportunidades, recursos e capacidades necessárias a esse comportamento.

O Modelo de Suporte Social tem sido concebido de diversas formas: no campo da atividade física pode ser instrumental (como uma classe de exercícios), informativo (por exemplo divulgar um programa de caminhada no bairro), emocional (por exemplo elogiar alguém que está num novo programa de caminhada) ou avaliativo (como por exemplo fornecer feedback e reforço na aprendizagem de uma nova habilidade). De acordo com os autores deste modelo, fontes de apoio à atividade física incluem membros da família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e líderes, bem como participantes do programa de exercícios.

C) Por fim, na categoria dos modelos ambientais incluem-se os designados modelos ecológicos ou estruturais.

Estes modelos partem da constatação de que as abordagens centradas no individuo são insuficientes para explicar o comportamento individual. Para estes modelos, a adesão a padrões mais ativos de vida depende em grande parte de intervenções a vários níveis – individuais, interpessoais e de grupo, fatores institucionais, fatores sociais e fatores de política pública. As iniciativas que simultaneamente influam nestes múltiplos níveis têm grande probabilidade de produzir alterações nos hábitos e comportamentos, e eventualmente induzir modificações de longo prazo nos padrões sociais (U.S. Department of Health and Human Services, 1996: 214; Sallis *et al.*, 2006: 299; King *et al.*, 2002: 17-18).

Os modelos ecológicos representam uma forma de integração dos múltiplos fatores determinantes do comportamento individual, focados na relação do individuo com os vários ambientes em que estes se movem. A designação “ecológicos” refere-se ao envolvimento dos indivíduos com os seus ambientes sociais e culturais (Sallis, Bauman e Pratt, 1998: 380) e a sua tese central é a de que os ambientes limitam a variedade do comportamento promovendo e, por

vezes exigindo, certas ações e desencorajando ou proibindo certos comportamentos (Wicker, 1979, citado por Sallis, Bauman e Pratt, 1998: 380).

Para estes modelos, as intervenções mais eficazes para a promoção da atividade física reúnem: a) locais seguros, atrativos e convenientes para a atividade física; b) implementação de programas motivacionais e educacionais para o uso desses locais; e c) o uso das organizações comunitárias e dos mass media para alterar normas subjetivas e sociais, e a cultura (Sallis *et al.*, 2006: 299). Estas condições proporcionam modificadores efetivos dos fatores determinantes da adoção ou não de vidas mais ativas.

<b>Grupo</b>	<b>Modelo / Teoria</b>	<b>Conceitos essenciais</b>
Individual	Teorias da Aprendizagem	Aprendizagem de múltiplos pequenos comportamentos para atingir a mudança Alterações parciais e incrementais Alterações por substituição e competição
	Modelo da Crença na Saúde	Percepção individual relativa à doença e à saúde Estratégias de mudança Percepção de autoeficácia
	Modelo Trans-teorético	Processo em cinco fases: pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção
	Modelo da Prevenção de Recaídas	Antecipação de factores críticos Resposta adequada ao factor de risco
Interpessoal ou Social	Teoria Sócio-cognitiva	Determinismo recíproco Capacidade para o comportamento Percepção de autoeficácia Aprendizagem observacional Reforço
	Teoria do Comportamento Planeado	Atitude perante o comportamento Expectativa de ganhos Valoração dos ganhos esperados Norma subjectiva Percepção de controlo sobre o comportamento
	Modelo do Suporte Social	Suporte instrumental Suporte informativo Suporte emocional Suporte de avaliação
Ambiental	Modelo Ecológico	Níveis múltiplos de influência Individual Interpessoal Institucional Comunitário Políticas Públicas

Quadro III. 3 - Modelos e teorias de investigação em promoção da atividade física. Adaptado de U.S. Department of Health and Human Services (1996: 212).

### *Processo causal*

O ponto crucial é saber se o resultado da política pública proporciona uma oportunidade para a população mudar seu estilo de vida sedentário. Assim, as abordagens ecológicas de promoção da atividade física procuram ser uma estratégia mais adequada para alcançar as mudanças comportamentais pretendidas e, dada a evidência de vários benefícios da atividade física para a saúde, levará finalmente a uma melhor saúde da população (Rütten *et al.*, 2003: 296).

O segundo aspecto de transposição das escolhas individuais para a promoção da atividade física pelas políticas públicas é o conjunto de fatores determinantes de variação de escolhas. Atrás definiram-se determinantes como os fatores que influenciam a saúde, numa perspectiva causal e operativa. De acordo com Bauman *et al.* (2002: 6), os determinantes são mais adequadamente definidos como fatores causais, e as variações nesses fatores são seguidas sistematicamente por variações de comportamento no que respeita à atividade física. Estes autores alertam também para o uso incorreto do termo “determinantes”.

A maioria dos estudos usa este termo "determinante" no contexto de resultados que demonstram associações reprodutíveis ou relações preditivas (correlativos), em vez do uso mais apropriado do termo como uma relação de causa e efeito.

Também se distinguiu entre determinantes sociais e determinantes políticos. Embora a maioria da literatura englobe estes naqueles e envolva todos os determinantes distribuídos pelos níveis micro, meso e macro ambientais, enquanto condicionantes da saúde, em termos analíticos assume grande importância a distinção entre uns e outros. Determinantes políticos são os modos como o poder político, instituições, processos, interesses e posições ideológicas afetam a saúde – e logo a atividade física - dentro de diferentes sistemas políticos e culturais e em diferentes níveis de governação (Kickbusch, 2015: 1). Para esta investigação, como aliás tem sido deixado subjacente no texto, os determinantes políticos assumem a primazia, pela influência nos restantes, sendo que estes atuam em feedback relativamente aos primeiros.

Como parte de um processo causal, na compreensão dos determinantes da atividade física importa distinguir os operadores que intervêm em cada fase do mesmo processo, seguindo o esquema de Bauman e colegas (2002: 6-10).

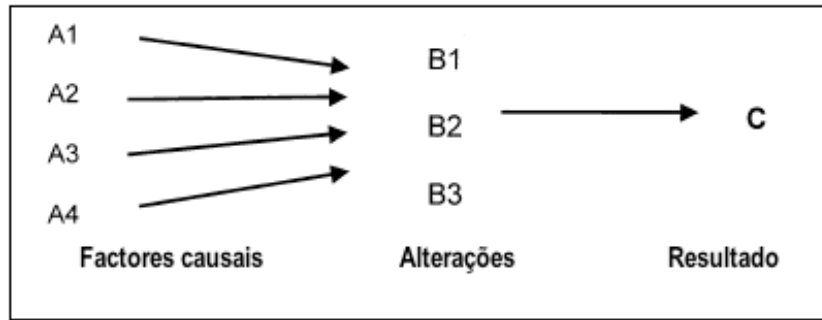


Figura III. 2 - Processo causal – Adaptado e modificado de Bauman *et al.*, (2002: 6).

Os fatores causais ou etiológicos podem ser intervenções de política pública, tomadas no sentido de alcançar a mudança de comportamento. Alternativamente, os fatores causais podem ser mudanças nas políticas ou nos ambientes físicos ou sociais, que não são necessariamente planejados, mas induzem (causam) mudanças nos resultados que interessam.

Outra variável refere-se aos mediadores, ou a variável causal interveniente, interpostas entre a exposição aos fatores causais e os efeitos ou resultado de um programa, ilustrada na figura seguinte.

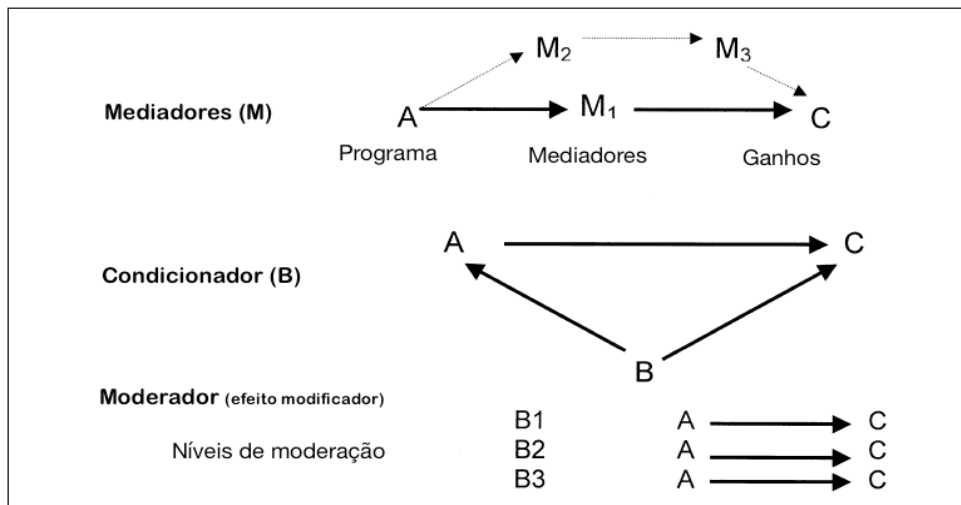


Figura III. 3 - Processo causal: Mediadores e condicionadores – Adaptado e modificado de Bauman *et al.*, (2002: 8).

Pode haver um único mediador entre o programa e o resultado (M1), ou uma série de mediadores em cascata (M2, M3), que intervêm e estão relacionados de forma causal. Os mediadores determinam a forma como os programas e iniciativas produzem os seus efeitos. Por exemplo, os mediadores podem consistir em ações de apoio social, percepção de competência física ou estratégias de mudança operativa.

Um segundo elemento a considerar no processo causal são os condicionadores. Um



condicionador é um preditor do resultado, mas também está associado à exposição ao programa. Por exemplo, a idade pode confundir ou condicionar a relação entre um programa e o seu resultado: a idade pode estar relacionada com o resultado - as pessoas mais velhas podem ser menos propensas a serem fisicamente ativas; ou então a idade pode estar associada à exposição – uma vez que as pessoas mais velhas podem ser menos propensas a participar em programas. Os condicionadores podem alterar a observação do resultado e limitar a avaliação do programa.

Outra variável ainda a considerar ainda são os moderadores ou modificadores de efeito. Esta terceira variável é conhecida como uma interação estatística e produz variações nos resultados. Por exemplo, os efeitos de um programa de treino de força podem ser muito maiores para os homens do que para as mulheres, uma vez que o efeito pode variar de acordo com as condições específicas do género, podendo ser muito diferentes um do outro e também diferentes no seu todo.

O processo causal tem um grande impacto no domínio das iniciativas e programas promovidos pelas políticas públicas. A construção dessas iniciativas e programas à luz deste processo são mais corretas e os respetivos resultados podem revelar-se mais assertivos. Determinantes e correlativos são as variáveis através das quais as políticas públicas podem influir no nível de atividade física da população.

De facto, as medidas de política pública concretizam-se num jogo entre incentivos e desincentivos, imposição e regulação, bem como financiamento público, que incidem sobre aspetos da vida das populações. Já foram atrás referidos exemplos de fatores determinantes suscetíveis de ser moldados pelas políticas seguidas pelos governos, nomeadamente as condições socioeconómicas das populações, as condições de vida e de trabalho, o sector da saúde, o apoio social, o planeamento urbano e o ordenamento do território, a educação, os sectores produtivos, o ambiente. Grande parte da literatura que tem sido citada, distinguindo entre os níveis micro, meso e macro ambientais, em que os fatores variáveis sujeitos às políticas dos governos – pelo menos de modo direto – se juntam no nível macro. Para esta teoria, a responsabilidade dos governos parece quedar-se neste nível de intervenção.

Dennis Raphael (2006: 661-662) propôs uma outra orientação para a geografia dos determinantes políticos da saúde (aqui aplicados à atividade física): distinguiu entre estruturas horizontais e estruturas verticais de influência na saúde: na primeira conjugam-se aspetos como a qualidade dos ambientes da infância e da família, a natureza do emprego e as condições de trabalho, a disponibilidade e a qualidade da habitação, e ainda os recursos para comida, roupa educação e recreação. Na segunda incluem-se aspetos como as abordagens legais em matéria de emprego, educação, rendimento, bem-estar social e políticas fiscais, sendo que existem

claras diferenças nacionais, regionais e municipais sobre a forma como estas questões de política são abordadas. Pertencem às forças políticas, económicas e sociais que determinam em larga medida as qualidades das estruturas horizontais, manifestando-se em hierarquias de classe, género e etnia (Raphael, 2006: 662). Estes aspetos não são apenas indicadores das características dos indivíduos, mas os marcadores do poder que esses indivíduos detêm na sociedade.

O autor examinou ainda aspetos como a ideologia, dando conta que vários estudos apontam para que as relações de poder dentro de uma sociedade são mais equalizadas quando os sindicatos e a "esquerda" têm maior influência, e sublinhando o reflexo negativo de políticas regressivas e neoliberais na área da saúde (idem: 665). A igualdade de oportunidades e a distribuição de poder entre os cidadãos também é um determinante importante das políticas públicas que apoiam a saúde da população: os Estados nos quais essa distribuição é mais patente mostram maior empenho na distribuição de rendimentos e na prestação de serviços públicos aos seus cidadãos.

Outros aspetos referidos são os efeitos da globalização e a perspetiva dos direitos humanos: coloca a questão dos efeitos sobre os governos do crescente poder das empresas multinacionais e seus reflexos no Estado Social, e ainda a compatibilização dos serviços sociais de apoio com as políticas restritivas.

Na realidade, as intervenções para a promoção da atividade física dirigidas a pequenos grupos ou a situações individuais são inadequadas para obter um impacto significativo nos níveis de saúde geral, exceto se puderem ser projetadas para largas faixas de população (Estabrooks, 2017: 1; Schöppe, Bauman e Bull, 2004: 3). As atuações na promoção têm por isso de ser pensadas em termos de intervenção de ações do poder político, orientadas por um processo causal e dirigido a todos os fatores – quer da estrutura horizontal, quer da estrutura vertical – capazes de alterar os níveis de adesão das populações.

Sallis, Bauman e Pratt adotaram um modelo compreensivo de matriz intersectorial, focado no processo político, de acordo com o trabalho desenvolvido na Nova Gales do Sul, na Austrália. O modelo sublinha a cooperação intersectorial necessária para o sucesso das intervenções, bem como o papel dos atores envolvidos (poder político, governos locais, organizações privadas, escolas, planeadores e urbanistas, etc). No campo das políticas, as quatro primeiras descritas no modelo que propõem – segurança, disponibilidade de instalações e programas, vias de transporte autónomo (como caminhar e ciclar) e ainda apoio em atividades indoor - são particularmente relevantes para proporcionarem meios e ambientes que facilitem a adesão aos programas de atividade física pelos cidadãos (Sallis, Bauman e Pratt, 1998: 389).

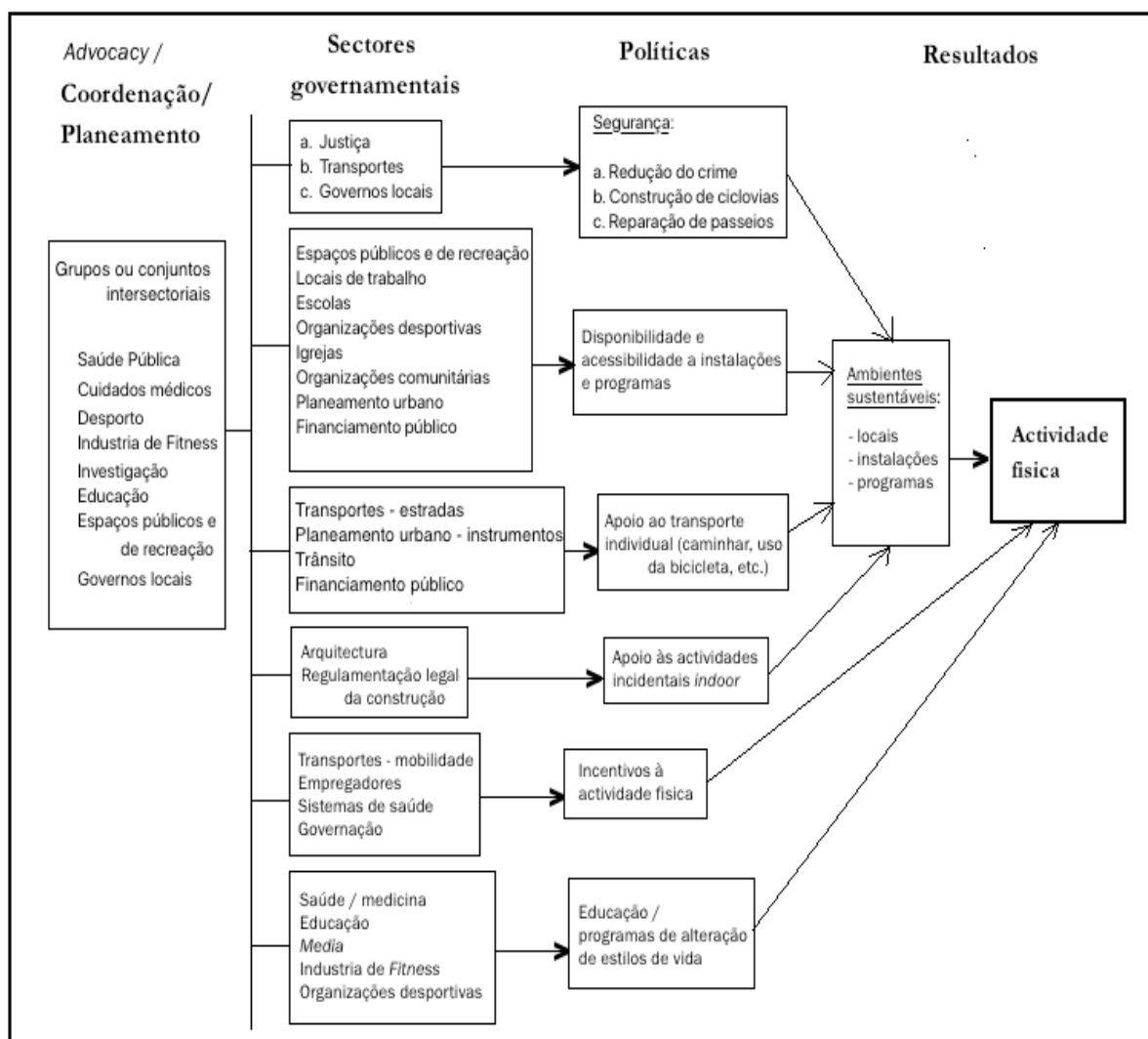


Figura III. 4 - Processo de intervenção de políticas públicas sobre os determinantes – Adaptado de Sallis, Bauman e Pratt, (1998: 388), *apud* NSW Physical Activity Task Force.

Uma análise a outros aspetos fundamentais verifica o papel dos governos locais, a necessidade de financiamento público e a importância das questões urbanas na prossecução das políticas adequadas aos objetivos de promoção da atividade física. Em países de matriz descentralizada, o poder político local desempenha um papel relevante, adotando e promovendo iniciativas tendentes ao aumento da atividade física. Por outro lado, o financiamento público tem de ser sempre comparado aos gastos astronómicos com os sistemas de saúde: a longo prazo, os investimentos na promoção e seus programas podem revelar-se irrisórios face aos ganhos em saúde e conseqüente poupança de recursos públicos.

Também as questões urbanísticas surgem relacionadas com os restantes aspetos. Elas ligam-se a aspetos básicos da vida e do dia-a-dia dos cidadãos e, por isso, determinantes do seu

bem-estar. São em particular a construção de espaços públicos adequados à atividade física, a construção de instalações desportivas, a planificação urbana e a rede de mobilidade e de transportes coletivos.

No que respeita às políticas públicas – ainda que sinteticamente referidas neste modelo – constituem dois grupos: as quatro primeiras têm como objetivo imediato a criação de ambientes sustentáveis, referidos a locais adequados (ao ar livre), a instalações para a prática de atividade física e a construção de programas que a promovam e integrem as populações e indivíduos. O segundo grupo compreende os incentivos diretos à atividade física, seja pela facilitação da mobilidade, da política laboral, dos sistemas de saúde ou da atuação dos vários níveis de governação; e compreende ainda os sistemas de educação, através dos quais podem ser implementados programas destinados à modificação de estilos de vida e adoção de estilos de vida saudáveis.

Os mesmos autores alertam para a complexidade das intervenções, em razão da necessidade de cooperação multissetorial, dimensões políticas diversas e calendarizações imprevisíveis, que podem comprometer o processo (idem: 390). A articulação entre as políticas e atores do processo, porque se trata de uma intervenção complexa, é condição de eficácia da teoria, bem como recursos e compromissos políticos de longo prazo.

### **5.3. Programas e ações**

Os modelos, e as teorias por detrás destes, bem como os processos causais associados são apenas duas fases de uma intervenção efetiva visando a promoção da atividade física e adoção de atitudes individuais mais adequadas a uma vida saudável. A promoção e a implementação concreta de medidas conducentes aos ganhos em saúde comportam não apenas as teorias e modelos, e os aspetos instrumentais, mas também os objetivos e orientação – necessariamente anteriores – e os programas, projetos e ações que levam à execução das medidas preconizadas.

Os modelos comportam características de generalidade e abstração e nenhuma teoria é passível de ser aplicada universalmente, em especial quando focada em fatores ao nível individual, tendo em conta a diversidade e complexidade da vida e parecem não responder adequadamente quando incorporam fatores estruturais ou socioeconómicos (Kelly, 2006: 144).

Muito embora muitas conceções acerca da promoção da saúde coloquem as teorias e os modelos resultantes em primeiro lugar na cadeia das fases de um programa de promoção, a questão é que estes programas não nascem espontaneamente: devem estar necessariamente inseridos numa intenção, a qual é uma resposta a um problema. Do ponto de vista das políticas

públicas, essa resposta é a inscrição do problema na agenda política. Deste agendamento resultará um ou mais programas que procuram dar resposta ao problema.

### *5.3.1 - Estratégias e processo*

Teorias – e modelos - são usados com duas finalidades: primeira, definem uma base conceptual para a construção do programa de promoção; segunda, servem de guia para o processo de planeamento, implementação e avaliação do mesmo programa (Jack Jr. *et al.*, 2010: 58). Todavia, a estratégia, nomeadamente a estratégia política, é necessariamente anterior à adoção de teorias.

A adoção de programas de promoção da atividade física depende da contextualização política do problema subjacente – a relação fornecida pela evidência entre o sedentarismo e o aumento da doença – e o meio pelo qual este problema acede à agenda política. Muitas vezes negligenciada, esta fase é crucial para a existência de um programa, quer porque o legitima, quer porque estabelece as respetivas metas e a estratégia política que o orienta.

O primeiro passo deste processo é o modo como o problema é inscrito na agenda dos governos e ganha atenção por parte do poder político. Uma subvalorização de um problema de saúde implica falta de políticas públicas a ele dirigidas. O modo como o problema se torna uma questão política varia de acordo com as perspetivas dos cientistas políticos, mas envolve sempre aspetos como a manipulação da agenda política (Hill, 2013: 163), a pressão de grupos de interesse, o papel dos mass media ou fatores externos, nomeadamente compromissos internacionais (Buse, Mays e Walt, 2005: 11-12 e 75-79).

O passo seguinte é a formulação das políticas públicas a implementar, o que comporta a definição da estratégia a seguir, das metas e objetivos, escolha dos elementos operativos e processos (Hill, 2013: 183). Os programas a implementar nascem daqui, assim como a escolha das teorias e modelos a utilizar para esses mesmos programas. Daí que se tenha afirmado que os modelos não são o primeiro passo para a concretização de programas de promoção da saúde e da atividade física.

A formulação da estratégia corresponde às escolhas políticas das metas e dos instrumentos. De facto, a estratégia não é inócua nem segue necessariamente a racionalidade; ela depende dos interesses subjacentes ao exercício do poder, quer sejam a ideologia, os ganhos para o governo, o horizonte do mandato político, o favorecimento de grupos ou outros. Buse, Mays e Walt (2005: 66) apontam um exemplo desta variação: no caso das pessoas com deficiência mental, a escolha da política é diferente consoante o problema seja definido como o perigo que a doença

representa para as próprias pessoas, ou o perigo que representa a ameaça dos portadores deste problema para a população em geral. Em nenhum destes cenários é considerada a prevalência e a incidência da doença mental como ponto fulcral para a tomada de decisão.

O que significa que a escolha de metas e instrumentos é sempre determinada pela estratégia da decisão. Em particular as metas, ou grandes objetivos, têm um papel fundamental no resultado das políticas públicas. Existem várias formas de categorizar as metas; para esta exposição é particularmente relevante são as metas conflitantes e metas ambíguas, postas em evidência por Birkland (2011: 234-240), em particular as metas ou objetivos conflitantes com outras metas ou objetivos de diferentes áreas de governação. E também o estabelecimento de metas consensuais, mas cujos meios de ação para as atingir são divergentes, o que deixa uma grande margem de escolha. A própria formulação de metas pode ser tão ampla que cabem nela vários tipos de resultados: a ambiguidade da respetiva formulação permite encaixar resultados que não dão resposta efetiva ao problema identificado, ou apenas dão resposta a uma pequena parcela.

### ***5.3.2 - Programas e intervenções***

A literatura fala correntemente em programa para designar o nível estratégico, ainda que no mesmo sentido em que fala de planos (Sena, Ferrinho e Miguel, 200: 6). É possível a distinção entre planos e programas, distinguindo entre os níveis estratégico e tático, mas a documentação internacional coloca-os por vezes a um mesmo nível (idem: 5). A construção de programas – correspondente à fase de implementação das políticas públicas – comporta um processo complexo, que se inicia pelo levantamento de necessidades, passa pela definição de objetivos, escolha da teoria ou teorias aplicáveis (incluído níveis e tipos de intervenção), pelo planeamento das ações, sua implementação e avaliação.

A fase de levantamento das necessidades para um programa de promoção da atividade física ajuda a determinar as metas os objetivos gerais do programa. Esta fase procura responder a questões como (CDPH, 2018: 21):

- Qual é o principal problema?
- Quem é afetado e como?
- Que recursos existem?
- Quais os recursos necessários?
- Qual a informação necessária?

Um levantamento de necessidades pode conter informação do tipo quantitativo ou do tipo qualitativo, e pode incluir múltiplas fontes de informação, nomeadamente:

- Dados epidemiológicos;
- Informação demográfica e socioeconómica;
- A perspetiva dos profissionais que lidam com o problema;
- Valores do grupo-alvo;
- Outros.

Este conjunto de dados permite identificar o grupo-alvo da intervenção, compreender a natureza do problema e assinalar aspetos condicionantes da mesma (Davies e Kepford, 2006: 152; CDPH, 2018: 21-22). Permite também estabelecer os objetivos específicos e mensuráveis da intervenção e o modelo ou modelos a adotar, e respetiva teoria subjacente, os quais correspondem a um ou mais níveis de intervenção, de acordo com os determinantes dos modelos estruturais: individuo – interpessoal – grupo – comunidade – ambiente. Consoante o nível adequado à intervenção, assim pode ser adotado um modelo específico ou mais do que um, sendo complementares entre si (Jack Jr. *et al.*, 2010: 80-81).

A fase seguinte do programa é o planeamento da intervenção, o qual contém a conceção de um modelo lógico da intervenção, assim como a identificação dos atores envolvidos e a definição de ações concretas e respetivos tempos. Um modelo lógico é uma forma sistemática e visual de apresentar e partilhar a perspetiva das relações entre os recursos do programa, as ações a implementar e as mudanças ou resultados que se espera alcançar (W.K. Kellogg Foundation, 2004: 1; CDPH, 2018: 25; Bontempi, Fagen e Roe, 2010: 155).

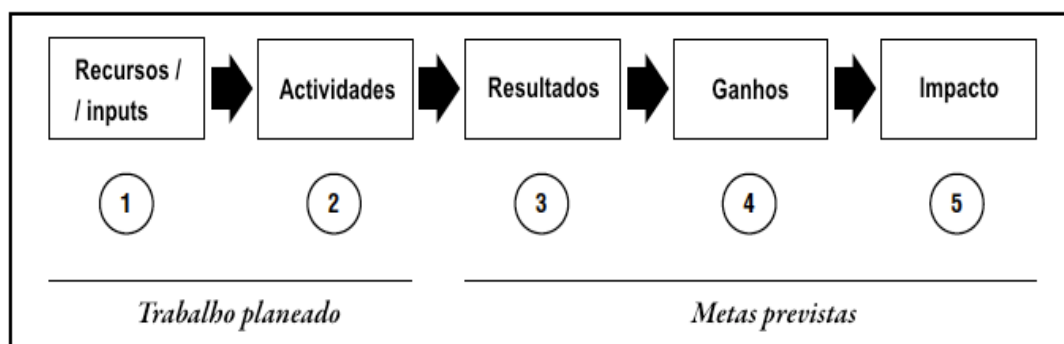


Figura III. 5 - Modelo lógico geral. Adaptado de W.K. Kellogg Foundation (2004: 1).

O planeamento envolve, para além do desenho do modelo lógico, a consideração da informação reunida sobre o tema a intervir, quais as ações adequadas em função dos objetivos, os meios envolvidos, recursos financeiros e humanos, responsabilidades e o planeamento

temporal da intervenção. Todavia, estas ferramentas são puramente técnicas e, portanto, passíveis de serem utilizadas em qualquer dos sentidos definidos pela estratégia política a montante.

A necessidade de avaliação e por vezes de auditoria, tem sido referenciado por vários estudos como uma fase do processo de efetivação de um programa de intervenção, não apenas para controlar o desenvolvimento do próprio processo, mas igualmente para questionar a estratégias, as metas e os objetivos.

### 5.3.3 – Avaliação de planos e programas

Embora possa não existir uma definição universal de avaliação (Morgan, 2006:170), pode conceber-se a avaliação como uma recolha sistematizada de informações sobre um programa de promoção da saúde, a fim de responder a questões e tomar decisões sobre o mesmo programa (Perales *et al.*, 2010: 260). A avaliação não é apenas um relatório único, mas um processo aberto incorporado na operacionalização e gestão do sistema (*idem*, 260).

A avaliação não se confunde com monitorização: o processo de monitorização tem em vista simplesmente manter registos correntes da atividade desenvolvida na implementação do programa e o seu objetivo primário é fornecer sistematicamente informações conectadas sobre o que foi feito, por quem e onde (Ibidem, 261; Buse, Mays e Walt, 2005: 159). A avaliação destina-se antes à verificação da efetividade das metas, da eficiência de meios e recursos e eficácia do programa. Dois aspetos cruciais para essa análise são a clareza das metas e dos objetivos definidos no planeamento da intervenção, na medida em que servem de condutores das atividades, e a perspetiva dos atores envolvidos, devolvendo inputs ao processo (Morgan, 2006:170).

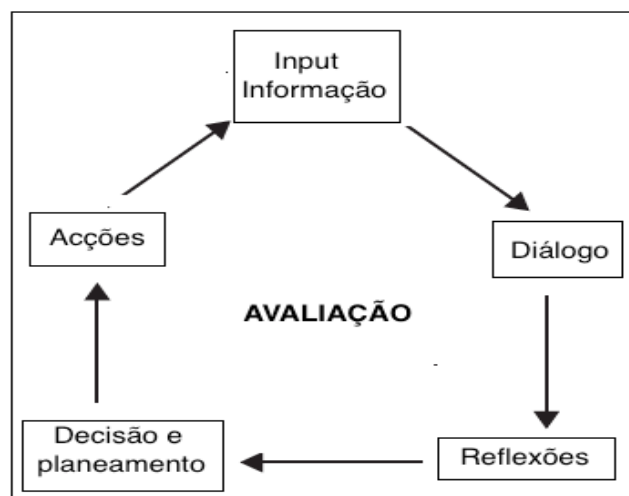


Figura III. 6 - Modelo circular de avaliação. Adaptado de Perales *et al.* (2010: 281).



No desenho do processo, a fase de avaliação deve incluir ela própria um sistema de feedback, por forma a que a reflexão sobre o processo e a reorientação do mesmo, quando necessária, sejam adequadas às metas definidas e à finalidade do programa de promoção. Este modelo circular tem vindo a ganhar relevância, tendo em conta a possibilidade de ajustar e reorientar o trabalho desenvolvido na intervenção.

Vários tipos de avaliação de um programa de promoção da saúde e da atividade física, à semelhança de qualquer avaliação de políticas públicas, podem ser identificados na teoria desta fase. Assim, pode falar-se em:

- avaliação formativa, a qual se dirige ao conhecimento das necessidades de informação ao longo do planeamento e do processo, em avaliação do processo, focando-se na fase de implementação para verificação do progresso geral do próprio processo ajudando a perceber quais os elementos que contribuem para o sucesso do programa ou as opções para chegar a melhores resultados.
- avaliação de impacto relativamente aos efeitos imediatos do programa comparativamente com as metas definidas para o mesmo, a longo prazo – por exemplo, a adesão a um determinado programa de preparação física irá provocar uma mudança de hábitos no grupo abrangido; a informação gerada por esta avaliação releva para a expansão, correção ou eliminação de um aspeto particular da intervenção (Perales *et al.*, 2010: 264).
- avaliação de ganhos para medir a mudança com a execução do programa, podendo usar-se o curto, médio e longo prazo (Morgan, 2006:179).

Outra função essencial da avaliação é aferir a validade do programa de promoção a que respeita: como referem Perales *et al.*, a resposta a questões como “como generalizar os resultados para outro tipo de população?”, “estão os atores envolvidos preocupados com a validade e fiabilidade dos dados?” e “é possível estabelecer comparação entre os grupos experimental e de controlo?”, são fundamentais para a validade de toda a intervenção em termos científicos (2010: 271-272), o que propõe também a reflexão sobre a discrepância entre a validade científica e a vontade política, percebendo-se que os resultados científicos de uma avaliação podem ser usados pelos políticos de variados e diferentes modos e, pelo menos, da forma que mais ganhos políticos proporcionarem (Buse, Mays e Walt, 2005: 160-162).

Sendo certo que um programa de promoção da saúde deve comportar sempre a fase de avaliação, também se pode questionar se todos os programas são sujeitos a avaliação e, em caso

afirmativo, como é a mesma utilizada ou apenas finda pela elaboração de um relatório. A prossecução da mudança parece depender sobretudo da influência recíproca entre investigadores e políticos, não por meio da ‘iluminação’ dos decisores por obra da evidência científica, mas pela influência de uns e de outros no processo político, quer por coligações de interesses, quer através de grupos politicamente empenhados (Buse, Mays e Walt, 2005: 171-173).

#### **5.4. Literacia, saúde e atividade física**

A literacia constitui um tema fundamental na estratégia de promoção da atividade física e uma condição para a garantia dos seus resultados. Todavia, cruzam-se nesta área conceitos diferenciados, nomeadamente literacia, literacia em saúde, literacia em atividade física e promoção da literacia (em atividade física). Importa assim percorrer estes conceitos e estabelecer os elos de ligação entre eles.

O conceito de literacia é abordado de variadas formas e a sua transformação em instrumento efetivo tem de ser contextualizado e entendido na dimensão útil àquela finalidade de promoção.

Uma vez que se pode falar em literacia em múltiplas áreas – literacia em ciência, literacia política, literacia tecnológica, literacia em saúde, bem como noutras – interessa aqui o enfoque nas áreas da saúde pública e da atividade física, enquanto áreas de enquadramento do tema sob investigação.

##### ***5.4.1. Literacia e seu significado***

O termo literacia surgiu no campo da educação, sendo muito do contributo para o desenvolvimento do conceito influenciado pelas políticas de educação de adultos, emergindo da 2ª Conferência Internacional sobre a Educação de Adultos, promovido pela UNESCO em 1960, na cidade de Montreal, no Canadá (UNESCO, 2005:153). Mas já pelo menos desde os anos 50 do Séc. XX que o conceito era discutido, sendo referido contudo às necessidades de educação básica e de conhecimento necessário para o desempenho cívico e social do indivíduo.

As primeiras fases da construção do conceito assentam nas necessidades decorrentes da alfabetização e da tomada de consciência de que o progresso exigia o domínio básico da língua. Na verdade, o domínio da língua falada e escrita sempre foi essencial para o desenvolvimento dos povos, sendo ao longo dos séculos cada vez mais organizado, mas sobretudo assumindo diversas formas de transmissão da informação. Todavia, os grandes movimentos de

alfabetização só aconteceram no mundo ocidental na segunda parte do século XIX e durante o século XX. O conhecimento da escrita e da leitura de imagens e, mais tarde de textos, foi ao longo dos séculos reservado para alguns.

A invenção da imprensa na China no século XI e o seu aperfeiçoamento por Guttenberg no século XV contribuíram sem dúvida para a difusão daquelas competências. Mas demoraria ainda mais alguns séculos até que a conceção de alfabetização para a generalidade da população viesse a ser pensada. Conjuntamente com as alterações das estruturas políticas e sociais, o acesso a um maior número de dados e de conhecimentos induziu grandes impactos na vida dos indivíduos, que se inicia naturalmente pelas estruturas de ensino público <sup>4</sup>.

Até ao início dos anos 80 do século passado, o conceito de literacia circunscreve-se ao aspeto educacional (Car-Hill, 2008: 10), mas com o reconhecimento crescente da sua importância social e sobretudo do ponto de vista da economia, a importância da especialização do emprego, a perceção do conceito foi sendo alargado. Já em 1947, no rescaldo da 2ª Guerra Mundial, a UNESCO proclamara a literacia como fazendo parte fundamental do desenvolvimento individual e dos direitos humanos. Para esta organização, a década seguinte foi a década contra a iliteracia, seguindo-se nos anos 70 a implementação de um programa experimental – o Programa Mundial de Literacia – lançado na Conferência Geral da UNESCO de 1966.

Como vem referido no relatório desta organização, inicialmente focado na melhoria da eficiência e produtividade, o seu âmbito cobriu depois um conjunto mais vasto de preocupações e aspirações individuais (UNESCO, 2005: 153). A década de 90 iniciou-se sob a égide da Declaração Mundial sobre a Educação Para Todos, tomada em Jomtien, Tailândia, sem, contudo, ir além da educação primária, já que os níveis de literacia atingidos na década precedente haviam recuado (Idem: 154,155).

No Séc. XXI, a literacia é suportada pela Declaração das Nações Unidas sobre a matéria, que institui a primeira década deste século como a década da literacia, em torno dos objetivos traçados na Conferência de Dakar de 2000, designados “Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento”, os quais incidem sobre o desenvolvimento holístico da educação em geral. Daí para cá, para além das várias iniciativas da UNESCO, o tema dominante no contexto da literacia tem sido a literacia digital e a literacia das novas tecnologias.

A era da “nova literacia” encontra o seu significado na definição da Comissão Europeia, que a declara como “a capacidade de aceder, entender e avaliar criticamente diferentes aspetos

---

<sup>4</sup> Ver a este propósito, Houston, 2013.

dos *media* e do seu conteúdo, e de se comunicar numa variedade de contextos. Aplica-se a todas as formas de mídia, incluindo televisão e cinema, rádio e música gravada, impressa, internet e todas as outras tecnologias digitais.” (Galloway, 2011: 7-10).

Hoje fala-se em literacia a propósito de inúmeras áreas constituindo-se como um conceito múltiplo, multimodal e multifacetado (Leu *et al.*, 2013: 6). A sua base assenta sem dúvida nas imensas possibilidades das novas tecnologias, mas igualmente no cada vez mais exigente processo de acompanhar e entender a realidade, consequência da globalização e da complexificação dos efeitos sociais a que cada individuo se encontra exposto.

Com o foco na perspectiva funcional, a UNESCO aponta quatro entendimentos para o termo literacia: i) literacia como um conjunto autónomo de capacidades; ii) literacia como um conceito aplicado, praticado e situado; iii) literacia como um processo de aprendizagem, e iv) literacia como um texto (UNESCO, 2006: 148-152; Street, 2005: 3 e ss). No primeiro destes entendimentos, a literacia deriva de capacidades cognitivas, nomeadamente a capacidade de ler e escrever, incluindo nelas a competência da expressão oral e a numeracia – a capacidade de entender e de trabalhar com números.

Progressivamente, o entendimento foi-se alargando a diferentes contextos, mas foi sendo criticado uma vez que os aspetos modificadores do contexto nem sempre responderiam à capacidade de leitura pura e simples, com a consequente degradação do conceito. Claramente influenciado por um modelo ideológico, o segundo entendimento remete para uma contextualização social, focando-se na aplicação das capacidades em contextos relevantes, em que as interações e os seus processos interpretativos têm de ser entendidos como aplicados e praticados em referências próprias.

O terceiro entendimento representa de novo um modelo autónomo, centrado no processo de aprendizagem. Este processo, requerendo um esforço de compreensão de temas, envolve uma capacidade de crítica ao objeto da aprendizagem e um processo de duplo sentido, em que a aprendizagem é acompanhada das experiências próprias, trazidas para o contexto da aprendizagem (Street, 2005: 7-8).

O quarto entendimento debruça-se sobre o texto como forma privilegiada de comunicação para indivíduos letrados. A comunicação escrita e a análise refinada das ideias vertidas em textos e no discurso sociolinguístico, capaz de influenciar através de uma ampla gama de teorias sociais. E apesar das instituições políticas internacionais não tomarem este entendimento como base, a verdade é que ele está presente na prossecução de múltiplas políticas (UNESCO, 2006: 152), na medida em que estas acabam por assentar nesta forma de comunicação.

Mas os vários entendimentos de literacia podem ser agrupados em dois domínios

essenciais, como aponta Nutbean (2017: 3-4): a literacia baseada em tarefas e a literacia baseada em capacidades. O primeiro domínio gira em torno da capacidade de ler e escrever, entendida como literacia funcional, e avaliada em diferentes níveis de competência para responder às diferentes situações da vida comum. Já o segundo domínio engloba a literacia interativa, pela qual se realiza um maior leque de capacidades cognitivas, as quais permitem uma interação assertiva com a sociedade a política e a economia, em conjunto com as capacidades sociais, e a literacia crítica, que significa a capacidade de analisar criticamente a informação e usá-la para exercer maior controle nas situações e eventos da vida.

Dando conta da evolução da definição de literacia no âmbito da UNESCO entre 1957 e 1966, Keefe e Copeland apontam o alargamento dessa definição e a necessidade do seu enquadramento em contextos específicos, propondo um conjunto de cinco princípios que devem enquadrar qualquer definição de literacia (2011: 97):

1. Todas as pessoas são capazes de adquirir literacia.
2. A literacia integra os direitos humanos e é uma parte fundamental da experiência do ser humana;
3. A literacia não é uma característica que resida exclusivamente no indivíduo. Requer e cria uma conexão (relacionamento) com os outros;
4. A alfabetização inclui comunicação, contacto e a expectativa de que a interação seja possível para todos os indivíduos; a literacia tem o potencial de levar ao *fortalecimento*<sup>5</sup> (individual);
5. A literacia é responsabilidade coletiva de todos os indivíduos em comunidade; isto é, desenvolver a criação de significado com todos os modos humanos de comunicação para transmitir e receber informações.

No relatório de 2008 elaborado para a UNESCO, Carr-Hill sintetiza os benefícios decorrentes do incremento da literacia com base na evidência: benefícios individuais, incluindo autoestima e *empowerment*; benefícios políticos, incluindo a participação, expansão da democracia e igualdade étnica; benefícios culturais, tais como preservação e troca da diversidade cultural; benefícios sociais, sobretudo na saúde, comportamento reprodutivo, educação e igualdade de género; e por fim benefícios económicos como crescimento e retorno do investimento em programas de literacia para adultos (Carr-Hill, 2008: 12-13 e estudo aí citados).

---

<sup>5</sup> Tradução aqui adotada para a expressão “empowerment”.

O passo seguinte foi reconhecer-se que o conceito de literacia poderia ser aplicado a situações muito diferentes, como corolário não apenas da complexificação e especialização tecnológica da sociedade, mas também da necessidade de respostas a problemas básicos como a saúde pública e os novos desafios à saúde individual. Dudley *et al.*, citando o documento da UNESCO de 2006, dão conta de que a evolução da literacia, vista como um processo simples de aquisição de competências básicas para um processo mais complexo de utilização dessas habilidades de forma a contribuir para o desenvolvimento socioeconómico, para o desenvolvimento de uma consciência social e da reflexão crítica como base para e mudança social (2017: 437).

#### **5.4.2. Literacia em saúde**

Um dos contextos em que a literacia se torna essencial é a promoção da saúde e, também em concordância com a base de trabalho, a promoção da atividade física. A literacia em saúde reflete a literacia tomada em termos genéricos por compreender um conteúdo específico e um contexto próprio (Nutbeam, 2017: 5; Nutbeam, McGill e Premkumar, 2018: 902). O argumento é o de que a promoção da atividade física, como especialização da promoção da saúde, beneficia e é facilitada pelo aumento da literacia na população em geral.

A literacia em saúde refere-se a um conjunto de capacidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade para os indivíduos obterem acesso, compreenderem e usarem as informações de saúde, de forma a promoverem e a manterem uma boa saúde. Isto implica a obtenção de um nível de conhecimento, capacidades pessoais e confiança para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e condições de vida.

A literacia em saúde também depende, em si, de níveis mais elevados de literacia em geral. A baixa literacia pode afetar diretamente a saúde das pessoas, limitando seu desenvolvimento pessoal, social e cultural, além de dificultar o seu desenvolvimento próprio (Nutbeam, 1998: 357). Este testemunho aponta para duas dimensões: a definição e compreensão do conceito de literacia em saúde, e a consequência do nível de literacia nos indivíduos e grupos.

A definição de literacia em saúde não é unívoca, por poder assumir diferentes conteúdos e inserir-se em diferentes contextos. Depois de analisarem 17 diferentes formulações, Sørensen e colegas (2012: 3) apontam a definição proposta pelo Consórcio Europeu de Literacia em Saúde e adotada pela OMS (WHO, 2013: 4), de acordo com a qual a literacia “... envolve conhecimento, motivação e competências para aceder, entender, avaliar e aplicar informações de saúde em ordem a fazer julgamentos e a tomar decisões vida diária relacionadas com os

cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o decurso da vida”.

Como aqueles autores fazem notar, utilizando a mesma definição, não já apenas na perspectiva da saúde pública, mas na perspectiva individual e com o foco na gradação: doença – risco de doença – manutenção de boa saúde, sublinha-se a responsabilização individual não apenas no que concerne à comunidade, mas também de cada um em relação a si próprio. Aumentar e difundir a literacia em saúde significa capacitar os cidadãos para assumirem responsabilidade pelos seus comportamentos, em prol de uma melhor qualidade de vida (Loureiro e Miranda, 2010: 135).

Mas a literacia em saúde é um conceito situacional, ou seja, sendo certo que aproveita ao indivíduo, também se reflete na conduta deste no meio físico e social. De facto, ela representa não apenas o universo fechado de cada um, mas igualmente um duplo sentido em três domínios: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. O estudo de Sørensen e colegas propõe uma matriz que cruza estes três domínios com as quatro dimensões básicas da literacia contidas na sua definição, resultando em doze posições nas quais se move a capacitação do indivíduo.

	<b>Acesso/Obtenção de informação relevante para a saúde</b>	<b>Compreensão da informação relevante para a saúde</b>	<b>Processamento/avaliação da informação relevante para a saúde</b>	<b>Uso/aplicação da informação relevante para a saúde</b>
<b>Cuidados de saúde</b>	Capacidade de acesso à informação em contexto médico ou clínico	Capacidade de entender a informação de saúde e significados associados	Capacidade para interpretar e avaliar a informação de saúde	Capacidade para tomar decisões informadas em questões de saúde
<b>Prevenção da doença</b>	Capacidade de acesso a informação sobre factores de risco	Capacidade de entender a informação sobre factores de risco e significados associados	Capacidade para interpretar e avaliar a informação sobre factores de risco	Capacidade para tomar decisões informadas sobre factores de risco para a saúde
<b>Promoção da saúde</b>	Capacidade de auto-atualização relativamente aos determinantes da saúde no ambiente físico e social	Capacidade de entender a informação sobre os determinantes de saúde no ambiente físico e social, e significados associados	Capacidade para interpretar e avaliar a informação sobre os determinantes de saúde no ambiente físico e social	Capacidade para tomar decisões informadas nos factores determinantes da saúde no ambiente físico e social

Quadro III. 4 - Adaptado de Sørensen *et al.*, (2012: 10).

Mais do que analisar a matriz proposta, importa realçar dois aspetos cruciais da literacia: o papel da informação sobre os fatores determinantes da saúde e, enquadrando esta informação, as quatro dimensões relativas à promoção da saúde.

A literacia em saúde representa um elemento fundamental na prevenção das doenças não transmissíveis. Uma baixa literacia está relacionada com a prevalência destas doenças e, no que respeita à atividade física, o seu montante está consistentemente associada com a literacia em saúde, de acordo com as conclusões da OMS (WHO, 2013, 13), que analisa os resultados do EHLP (European Health Literacy Project), de acordo com a pesquisa efetuada entre 2009 e 2012 pelo Consórcio Europeu para a Literacia em Saúde. Assim, os determinantes da saúde encontram-se fortemente ligados à capacidade para entender e utilizar a informação específica nesta matéria.

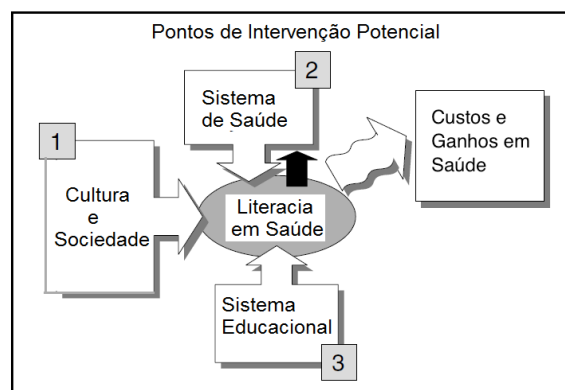


Figura III. 7 - Potencial da literacia. Adaptado de IOM – Institute Of Medicine (2004: 34).

Acresce que a promoção da saúde com base na literacia em saúde também está fortemente ligada à interação do indivíduo com os seus vários contextos de vida. Os fatores determinantes da saúde individual são influenciados por aquilo que o indivíduo apreende do meio social, do seio do sistema educacional e conformado pelos sistemas de saúde. Estes contextos assumem pontos privilegiados de intervenção potencial para incremento da literacia em saúde e, por essa via, melhoram o desempenho no combate às doenças e às ameaças à saúde.

A literacia em saúde pode ser melhorada através do aumento da informação, de comunicação efetiva e de educação estruturada (Nutbeam, McGill e Premkumar, 2018: 903). O contexto cultural e social influencia a visão individual sobre os determinantes de saúde e não raras vezes condiciona a forma como cada um interage com estes. A língua, a raça e etnia, a posição socioeconómica, a exposição a fatores de risco, a profissão, bem como a exposição individual à informação massificada pelos meios de comunicação social, pelas publicações e pelas crenças propagadas pelos meios digitais, representam um condicionamento de partida para os indivíduos e para os processos de aquisição de competências em saúde.

Por seu turno, o sistema educacional é crucial para um desenvolvimento efetivo da saúde individual e do bem-estar da comunidade. Através dele são transmitidos valores e informações



decisivos para as escolhas individuais. Baixos níveis educacionais estão diretamente relacionados com baixos níveis de literacia (WHO, 2013: 7; Quaglio *et al.*, 2017: 1077). O modelo que estabelece a ligação entre o sistema educativo e a melhoria do sistema de saúde proposto pela OMS (WHO, 2013: 35) parte da perspectiva ecológica, com o indivíduo inserido na sua rede social e institucional, refletindo-se nos currículos escolares, nas funções de ensinar e aprender, bem como na ligação da instituição escolar ao seu meio e a instituições de saúde, de modo a obter-se a melhoria dos níveis de conhecimento e de literacia em saúde.

Por fim, a interação com os sistemas de saúde é particularmente importante, não apenas pela capacidade de utilização desses sistemas, mas igualmente pela capacidade de escolhas que eles apresentam e também pela possibilidade de demandar outras respostas que se encontram fora de tais sistemas ou que ainda não foram por eles disponibilizadas.

#### **5.4.3 - Literacia em atividade física**

Acompanhando a especialização e contextualização do conceito de literacia, no princípio deste século foi proposto o conceito de literacia em atividade física por Margaret Whitehead (Roetert e MacDonald, 2015: 108), sendo também esta investigadora, de acordo com Young, O'Connor e Alfrey (2019: 3) quem introduzira em 1993 a discussão acerca da noção de literacia neste campo. Para Whitehead literacia em atividade física é definida como “a motivação, confiança, competência física, conhecimento e entendimento para cada indivíduo valorizar e manter a atividade física durante todo o curso da vida” (2010: 11-12; 2013: 29).

O mesmo entendimento é tributário de uma perspectiva filosófica monista (Whitehead, 2010: 28) na qual não apenas o corpo, mas também a mente, participam em uníssono no entendimento e na relação com o mundo. Para a autora, a literacia em atividade física é uma jornada para todo o curso da vida, porquanto promove a atividade física pelo indivíduo a fim de manter a saúde e o bem-estar ao longo da sua existência (2010: 17).

Dean Dudley, professor da Macquarie University da Austrália, ensaiou uma definição de literacia física tributária da definição mais geral de literacia adotada pela Unesco em 2004. De acordo com esta definição, literacia física é “a capacidade de cada um se mover com confiança e competência, usando todos os recursos físicos que se pode dispor e em qualquer momento, através de variados contextos. A literacia física envolveria assim uma aprendizagem contínua capacitando os indivíduos para atingirem os seus objetivos, para desenvolver o seu conhecimento, movimentação e potencial, e participar por inteiro na sua comunidade e na sociedade em geral” (tradução livre) (Dudley *et al.*, 2017: 441).

Trata-se, todavia, de uma definição muito tributária da educação física, se bem que o autor e colegas tenham desenvolvido um conceito em quatro pilares, correspondentes às diferentes aceções de literacia apontadas pela UNESCO, mas cujas considerações desenvolvidas são importantes para o contexto em que se aplicam, ou seja, na promoção do exercido físico.

Muito discutida a definição de literacia em atividade física (ver por exemplo as múltiplas referências em Edwards *et al.* (2016: 114), acabou por dar origem a duas abordagens, sendo uma a dos conceitos desenvolvidos a partir da definição de Whitehead, e a outra, com base no trabalho de James Mandigo e colegas, a qual se foca apenas nas capacidades físicas dos indivíduos e interessa sobretudo aos profissionais da educação física (Mandigo *et al.*, 2009: 28). Esta segunda abordagem vem a ser adotada por outras investigações, tendo sido designada “LTAD” (Long-Term Athlete Development) sobretudo a partir dos trabalhos de Way e Higgs (Edwards *et al.*, 2017: 122; Giblin, Collins e Button, 2014: 1178).

Se bem que centradas no indivíduo, estas duas abordagens acabam por ter tradução em diversos programas institucionais destinados à promoção da atividade física. Corbin (2016: 16-18) identificou três modelos institucionais relativos ao conceito de literacia em atividade física: o primeiro é o modelo multi-institucional com origem no Canadá, com base na definição da Associação Internacional para a Literacia em Atividade Física – IPLA (adaptação para português de International Physical Literacy Association) fundada por Whitehead e que adotou a definição desta autora, focada na promoção da atividade física ao longo da vida.

Como nota Corbin, a maior vantagem deste modelo é poder ser utilizado por múltiplas instituições através da relevância de cada característica consistente com a sua atribuição institucional, a sua filosofia e a sua especialização (Corbin, 2016: 17). A operacionalização do conceito faz-se a partir do designado processo de aprendizagem institucional, expressa na figura seguinte:

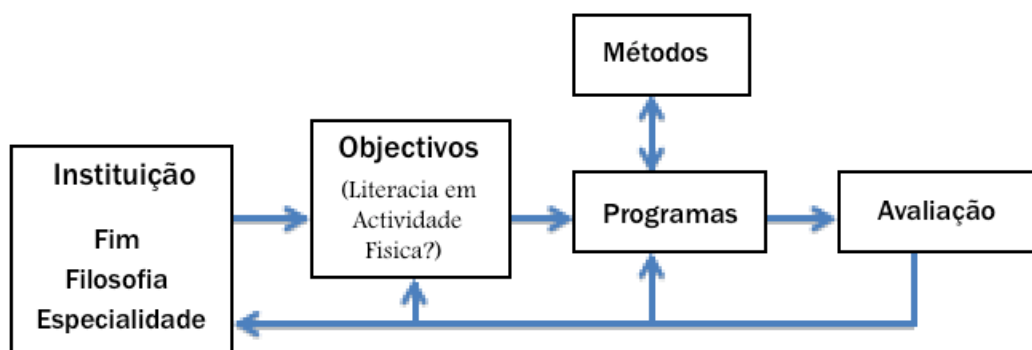


Figura III. 8 - Aprendizagem institucional. Adaptado de Corbin (2016: 15).

O segundo dos modelos saídos dos diferentes conceitos de literacia em atividade física foi o modelo uni-institucional adotado pela organização SHAPE-América (Society for Health and Physical Educators), o qual seguiu a definição e a filosofia subjacente à abordagem LTAD acima referida. Aqui o foco é nas capacidades físicas e nos conhecimentos específicos do exercício físico, proposto com métodos diferentes e em diferentes fases da vida. A atividade física é encarada como dirigida à aquisição de habilidades motoras e o conceito é utilizado para proporcionar um quadro pedagógico para os professores construírem currículos e planos de aula (Roetert e MacDonald, 2015: 110).

O terceiro modelo foi proposto pelo The Aspen Institute de Washington (2015a), organização que tem por objetivo promover estudos nas áreas da educação e da política, e é especificamente destinado à promoção da literacia em atividade física. O modelo consta de um relatório publicado pelo referido instituto em 2015, onde se encontram minuciosamente propostos os vários passos e atores envolvidos para concretização deste modelo, incluindo orientações detalhadas para autoridades públicas locais, promotores de fitness, escolas, promotores desportivos, instituições médicas e de saúde, órgãos de comunicação, indústria, pais e educadores, e outros intervenientes. Trata-se de um modelo compreensivo e que, apesar de ter sido pensado para a realidade norte-americana, pode ser adaptado a outras realidades, tendo em vista o referido objetivo de promoção.

A utilidade destes modelos tem de ser a capacidade de implementar e realizar programas de promoção da atividade física, só assim se compreendendo os respetivos enquadramentos. Nomeadamente o modelo multi-institucional é útil para a colaboração entre agentes e organizações envolvidas na promoção da atividade física e modelo Aspen pode ser adaptado ao nível dos programas que prosseguem este objetivo, uma vez que descreve os passos e atividades necessários para tal.

Correlativas com esta questão dos modelos institucionais, tem sido as diversas metodologias de avaliação do nível de literacia em atividade física, desenvolvida por vários autores. Se bem que relevante este aspeto é secundário, no entanto, para o esclarecimento do conceito de literacia neste domínio, podendo remeter-se para os estudos do Instituto Aspen (2015b), Giblin, Collins e Button (2014), Dudley (2015) e de Edward *et al.* (2018), entre outros, para um aprofundamento do tema.

O principal problema da avaliação da literacia em atividade física parece ser, de acordo com aqueles estudos, o enquadramento do público-alvo em conformidade com os modelos propostos. A metodologia parece restringir-se somente às situações de exercício físico controlado, nas quais é possível a aplicação de padrões determinados.

Para além do desenvolvimento do conceito em diferentes direções e de acordo com os seus contextos, interessa tomar posição sobre a aplicação do conceito no âmbito da promoção da atividade física. A literacia tem de ser entendida como um instrumento de envolvimento dos indivíduos com a atividade física, aumentando o conhecimento e o reconhecimento dos benefícios da adoção de um estilo de vida ativa quer a nível individual, quer a nível coletivo.

A visão que se propõe aqui, para os fins deste estudo, é a de que o conceito de literacia em atividade física deriva do conceito mais vasto de literacia em saúde, participando na dimensão dos benefícios obtidos pelo aumento da qualidade da relação com os condicionantes de saúde e a capacidade individual de compreender princípios e conceitos relativos a esta dimensão (Corbin, 2016: 19; Cairney *et al.*, 2019: 375 e ss).

Cairney e colegas (2019: 373) propuseram um esquema que ilustra com profundidade as relações entre a literacia física, a atividade física e a saúde. Neste esquema é perfeitamente compreensível as relações causais que se estabelecem a partir do conhecimento informado, ou seja, da literacia em atividade física para a atividade física efetiva e os ganhos em saúde correspondentes. As ligações operam a partir do filtro correspondente aos fatores individuais – características físicas, genéticas, psicológicas, nível de educação e de desenvolvimento pessoal – e o contexto ambiental em que o indivíduo se insere.

Acresce que a promoção da saúde com base na literacia em saúde também está fortemente ligada à interação do indivíduo com os seus vários contextos de vida. Os fatores determinantes da saúde individual são influenciados por aquilo que o indivíduo apreende do meio social, do seio do sistema educacional e conformado pelos sistemas de saúde. Estes contextos assumem pontos privilegiados de intervenção potencial para incremento da literacia em saúde e, por essa via, melhoram o desempenho no combate às doenças e às ameaças à saúde.

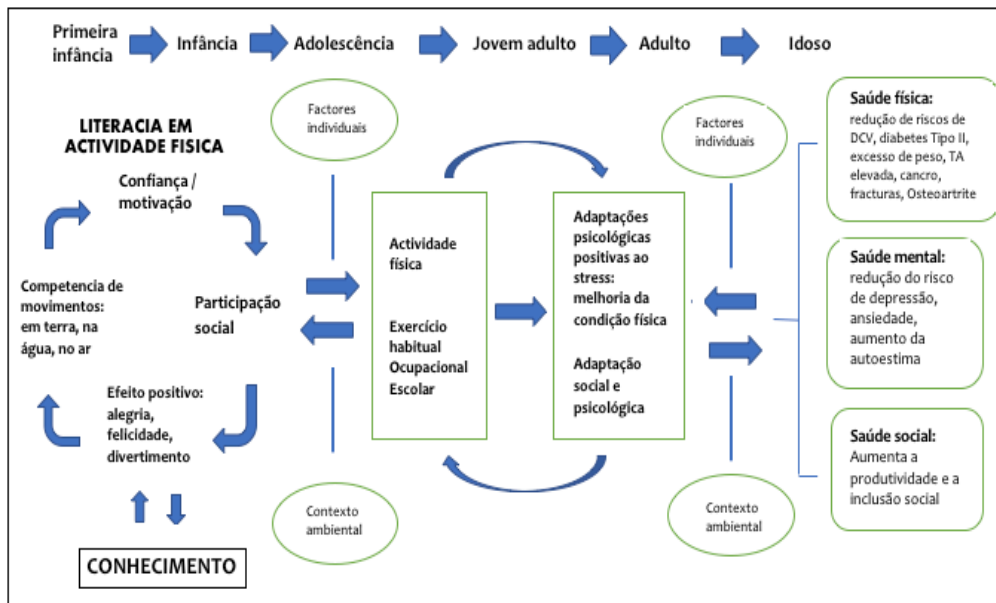


Figura III. 9 - Ligação conceptual entre literacia física, atividade física e saúde. Adaptado de Cairney *et al.*, (2019: 373).

Assim, partindo da base de conhecimento, a literacia física proporciona a confiança e a motivação necessárias para o desenvolvimento quer de competências físicas, mas também na interação social e nos benefícios que daí podem resultar para o indivíduo – sentimento de pertença, inclusão, atenuação das diferenças socioeconómicas, atenuação das limitações físicas, melhor relação consigo próprio e com os outros. Criadas as condições para a atividade física efetiva, quer sejam simples mudanças dos hábitos de vida, quer seja prática de exercício físico em sentido mais estrito, os ganhos imediatos são a melhoria da condição física e da condição psicológica, bem como a adaptação facilitada ao meio social.

A médio e longo prazo isto proporciona um aumento da saúde nos seus vários aspetos – física, mental e social – com maior resistência às doenças comuns e não transmissíveis, além dos ganhos sob o ponto de vista económico e social, com aumento da produtividade, diminuição do absentismo ao trabalho e, mais importante, a previsível diminuição da carga sobre os custos nos sistemas de saúde.

Uma nota para referir que a conceção deste esquema é tributária não apenas da visão holística da literacia em atividade física, uma vez que considera não apenas o indivíduo e o exercício físico, como igualmente a sua integração no contexto socioeconómico, mas também tributária do conceito de literacia e atividade física ao longo da vida, como propôs Margaret Whitehead. Uma das causalidades de longo prazo é a manutenção da saúde física e psicológica ao longo do curso da vida, determinando uma diminuição da incidência dos problemas de saúde que afetam normalmente – mas não apenas - as pessoas mais velhas.

Pode concluir-se, como Almond (2013: 40), que a atividade física, guiada pela literacia, aumenta a capacidade física do indivíduo, reduz o risco de doenças crónicas, permitindo fazer escolhas informadas e assumir a responsabilidade pelo seu bem-estar.

#### *5.4.4. Literacia e promoção da atividade física*

Este enquadramento corresponde à demarcação da literacia enquanto instrumento para a promoção da atividade física. Uma abordagem mais detalhada da definição e dos métodos da política de promoção da atividade física será desenvolvida a seguir, mas importa sublinhar o papel nuclear que a literacia – na definição acima adotada – assume em qualquer dos conceitos e modelos respeitantes à promoção da atividade física.

No seu trabalho sobre ética e promoção da saúde, Per-Anders Tengland sublinha dois sentidos aparentemente contraditórios nas iniciativas de promoção da saúde, do ponto de vista dos objetivos gerais da saúde pública: as abordagens centradas nas mudanças de comportamento dos indivíduos e as abordagens centradas no empowerment dos indivíduos e grupos (2016: 29-39).

O autor argumenta a preferência por esta última abordagem, em detrimento das intervenções orientadas para a mudança de comportamentos, apontando problemas às estratégias que visam alterar comportamentos, nomeadamente por assumirem um carácter paternalista supostamente por imporem o que os profissionais ou os políticos acham que é melhor para a saúde dos indivíduos, esquecendo a autonomia individual.

Além disso, correm o risco de falharem por priorizarem objetivos que, na perceção dos respetivos destinatários, não são aqueles que mais diretamente os afetam. Ainda outro problema, de entre os que são elencados, para além das necessidades básicas de grupos ou comunidades, como sejam melhores escolas, melhor habitação, mais equipamentos de saúde, mais emprego – e mesmo em alguns casos comida, água potável ou cuidados primários de saúde – as intervenções dirigidas à alteração de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis encontra maior eco entre as camadas com mais educação e melhor situação económica, do que nos indivíduos com menos estatuto social; nestas situações o risco de aumento das desigualdades é patente, já que são os primeiros quem acaba por tirar partido das referidas intervenções.

A primazia pelo empowerment dos indivíduos – tomando o autor citado o conceito de empowerment como o estado de controlo sobre os fatores determinantes da qualidade de vida de cada um – parece respeitar o aspeto ético da autonomia e autodeterminação, reduzindo o

risco dos problemas associados às intervenções de mudança de comportamento.

Ao conferir aos indivíduos e aos grupos o poder de formularem escolhas livres, as intervenções promotoras da saúde contam com um envolvimento efetivo dos destinatários, sendo assim provavelmente mais bem-sucedidos. Utilizando o mesmo raciocínio, pode entender-se melhor o papel da promoção da literacia na promoção da atividade física, tomado em termos relacionais. As duas abordagens não são conflitantes, mas antes complementares. O argumento é o de que o empowerment dos indivíduos e grupos é condição necessárias (pelo menos umas das condições) para que as intervenções dirigidas à alteração de comportamentos e à adoção de estilos de vida saudáveis tenham sucesso, sendo que o empowerment conferido por melhor literacia e por mais conhecimentos pode conduzir a melhores resultados em saúde.

Portanto, o problema não será o “gap” entre indivíduos com mais ou menos estatuto social, mas antes como incrementar a literacia entre ambos os grupos, especialmente entre os mais desfavorecidos. Até porque as condições conferidas pelo empowerment dos indivíduos e grupos é, em larga medida, conferido por fatores externos, que escapam à capacidade de autonomia individual e das escolhas feitas apenas nesta base.

Por outro lado, os ganhos em saúde são obtidos pela combinação de fatores internos, tais como as crenças, as atitudes, o grau de educação, desejos individuais e competências, e de fatores externos como as regras, os sistemas políticos, sociais e económicos, o urbanismo e as condições ambientais.

Se a promoção da literacia for uma condição para a eficácia das intervenções dirigidas ao incremento da atividade física entre os indivíduos, compreende-se que a ação dirigida aos fatores internos, através dos elementos já apontados na definição de literacia - ou seja motivação, confiança, capacidade física, conhecimento e entendimento - possa orientar o indivíduo para a participação em atividades físicas (Edwards *et al.*, 2017: 120). Mas necessariamente a interação com os fatores externos é determinante para o êxito da promoção e aí avultam as intervenções “top-down” dirigidas às mudanças de comportamento, agindo sobretudo sobre os determinantes externos da saúde.

## **6 - A promoção internacional da atividade física**

### **6.1. O contexto das organizações internacionais**

A promoção da saúde e, subsidiariamente, da atividade física, enquanto área de atuação política,

é também uma preocupação assumida por organizações internacionais e por organizações supraestaduais, reguladas em termos de direito internacional público, nomeadamente quando prosseguem fins inscritos nessas áreas. Embora já atrás tenha sido referida a promoção da saúde pelas organizações internacionais, em especial pela OMS, importa agora abordar o aspeto institucional que legitima a intervenção destas entidades.

As organizações internacionais são, na teoria geral, uma resposta à insuficiência na resolução de conflitos e de problemas bilaterais entre Estados e destinam-se a estabelecer uma ordem jurídica expressamente aceite por todos os Estados aderentes. A existência de interesses comuns, cuja prossecução e desenvolvimento não é possível por via de acordos pontuais, leva à constituição de blocos de Estados ou de grandes organizações com vocação universal, até porque a dimensão dos problemas por vezes a isso obriga.

As organizações internacionais caracterizam-se por possuírem autonomia e órgãos de governo próprios, e por expressarem a vontade que resulta dos seus membros representados, mas que é distinta destes. Este atributo, decorrente da personalidade jurídica própria, significa a possibilidade de afirmação perante outros sujeitos de Direito Internacional que não sejam seus membros, embora a capacidade da Organização Internacional se encontre, nesse caso, limitada (Caupers, 1988: 17). Hoje em dia, contudo, a oposição de entidades não membros da organização internacional é muitas vezes contornada pelas sanções retransmitidas pelos seus estados-membros, o que na prática equivale a uma extensão da respetiva capacidade jurídica.

O elemento organizativo destas entidades implica dois aspetos centrais: o de permanência e o de vontade própria. A permanência significa a adesão continuada e uma exigência de prossecução das finalidades da organização, ao passo que a vontade própria expressa a autonomia de ação. Já o elemento “internacional” comum a estas realidades implica a integração de sujeitos de direito internacional público, tipicamente os Estados, embora existam organizações que englobam entidades sem base estadual.

Em regra, as organizações internacionais são instituídas por um ato jurídico internacional, vertido numa convenção ou tratado, que é simultaneamente a sua principal fonte de Direito, em conjunto com as normas de Direito Internacional Público. Para além destes conjuntos de normas, avultam ainda os poderes próprios e inerentes, como sejam os poderes de gestão (gestão de recursos, de pessoal afeto à organização, das atividades desenvolvidas por esta, e outros), poderes de gestão financeira dos recursos que lhe são postos à disposição, poderes de regulamentação interna, no que diz respeito ao seu funcionamento e ao funcionamento dos seus órgãos. Muitas vezes têm também poderes de emissão de decisões, as quais têm como destinatários os seus próprios membros.



As organizações internacionais podem ser de tipo cooperativo ou de tipo integrativo: as primeiras mantêm em geral a individualidade dos seus membros, sendo estes os principais destinatários das suas decisões, e deliberam em geral por consenso entre os seus representantes. As organizações de integração, também denominadas supranacionais, podem definir órgãos decisórios sem representantes dos Estados membros e as respetivas decisões podem impor-se aos cidadãos destes Estados.

Para uma contextualização das principais organizações internacionais relevam as decisões e as recomendações que são emanadas destas entidades com vista à prossecução dos seus fins em matéria de promoção da saúde e da atividade física.

### ***6.1.1 - Soft law***

Decisões e recomendações são as principais fontes normativas da relação das organizações internacionais com os estados. Estas normas podem ser gerais ou dirigidas a uma situação concreta, sendo que as decisões auferem de uma força vinculativa própria, ao passo que as recomendações não possuem esta característica. Esta distinção deriva basicamente da convenção constitutiva e da designada receção no direito interno dos Estados, através da qual cada ordenamento jurídico define o grau de compromisso relativamente aos atos emanados das organizações.

Parte significativa das regras sobre saúde e atividade física enquadra-se no que vem sendo designado por soft law em direito internacional. Embora não haja um entendimento claro sobre a definição de soft law, esta categoria de normas pode ser descrita como as regras ou instrumentos não vinculativos que interpretam ou informam o entendimento de regras legais vinculativas, ou que representam compromissos, os quais por sua vez, criam expectativas sobre condutas futuras (Guzman e Meyer, 2010: 174). Representa mais um tipo de normativo social, assente na exortação, do que um normativo legal imposto, e integra documentos políticos não vinculativos, tais como declarações, resoluções, recomendações e programas de ação (Shelton, 2009: 68-70).

A vinculação às organizações internacionais parte de um tratado internacional ou de uma convenção à qual os Estados aderem, sendo que este instrumento jurídico impõe o cumprimento das obrigações assumidas pelos mesmos de forma direta – embora com as limitações decorrentes da coercibilidade em direito internacional (para uma abordagem sumária, ver Guzman, 2005: 595-597). Estes instrumentos preveem em muitos casos a emissão por parte das organizações de regras e orientações cuja capacidade de vinculação é de segundo grau, ou seja,

que são à partida destituídas de obrigatoriedade na sua adoção – os Estados podem segui-las ou não – mas que podem representar um desrespeito pela vinculação assumida primariamente pelo tratado estabelecido ou pela convenção a que aderiram. Mas, por outro lado, não poucas vezes têm um carácter de obrigação política, cuja violação implica consequências no campo da política internacional.

Este tipo de regras não vinculativas, contudo, assume cada vez maior importância nas relações internacionais (Raustiala, 2005: 588; Shelton, 2009: 68), sobretudo no campo da ciência e da técnica, onde são necessários meios inovadores e também em situações em que estão envolvidos atores que não são Estados (Shelton, 2009: 76).

Várias razões são apontadas para a adoção deste tipo de regras-orientação: uma dessas razões é o facto de ser mais adequada para os acordos internacionais e outros instrumentos destinados a auxiliar a coordenação das iniciativas e ações dos Estados (Guzman e Meyer, 2010: 188). O pressuposto é que os Estados estão interessados em manter essas orientações e que colhem benefícios pelos esforços coordenados com outros Estados. Outra razão é a facilidade de adoção por parte dos Estados, sobretudo porque evita a necessidade de consenso político interno, uma vez que evitam disputas e o escrutínio político (Raustiala, 2005: 615; Guzman e Meyer, 2010: 184-185).

Outras três razões são sumariadas por Shelton (2009: 77): a adoção de orientações é o máximo que as organizações internacionais podem fazer relativamente aos Estados, por não poderem adotar regras imediatamente vinculativas; por outro lado, os textos não vinculativos não necessitam de ratificação por parte dos Estados a que se dirigem, evitando tanto disputas internas como arranjos entre Estados; por fim, as soft law podem assumir a aparência de que os Estados estão a responder efetivamente a problemas sob a atenção da opinião pública, mesmo que daí muito pouco resulte.

Muito embora as regras e orientações com a natureza de soft law sejam desprovidas de obrigatoriedade, elas ganham por vezes um estatuto com dupla vertente: por um lado, tornam-se prática dos Estados, em especial quando as recomendações das organizações internacionais versam sobre aspetos técnicos e científicos, e moldam a legislação interna dos Estados – tomando um carácter obrigatório – enquanto que a nível internacional permanecem não vinculativos. Por outro lado, algum do seu conteúdo acaba por integrar tratados dotados de vinculatividade, em especial quando aquelas recomendações se inscrevem no costume em direito internacional (Shelton, 2009: 68).

Isto explica porque é que, ao nível da política dos Estados, certas orientações e recomendações são tomadas como regras para a adoção de medidas de política pública interna

com elas consistentes, e mesmo usadas muitas vezes para propósitos que não são aqueles que integram os objetivos dessas orientações e recomendações, ou seja, servem de pretexto para a consecução de outros objetivos políticos. A importância de certas organizações internacionais é tal que muitas decisões de política interna são plasmadas em normas jurídicas, embora a sua gênese naquelas organizações sejam meras orientações.

### 6.1.2. – Instâncias internacionais

A OMS, estabelecida em 1948 no âmbito da ONU, com mandato para liderar e coordenar as questões de saúde internacionais, assume um papel de referência para os Estados e para as respectivas políticas de saúde. A organização é governada por uma assembleia representativa, onde têm assento os representantes dos 194 estados-membros - até três delegados por cada Estado, integrando em regra ministros da saúde (artigo 11º da Constituição da OMS – WHO, 2020: 2-19) - e apoiada por um Conselho Executivo composto por 34 membros (artigo 24º), os quais devem ser especialistas em saúde. A organização integra ainda um Secretariado, chefiado por um Diretor-geral eleito pela Assembleia sob proposta do Conselho Executivo (artigo 31º), a quem compete dirigir a parte técnica e administrativa da Organização. A OMS compreende ainda seis regiões, cada uma composta por um Comité Regional e um Gabinete Regional.

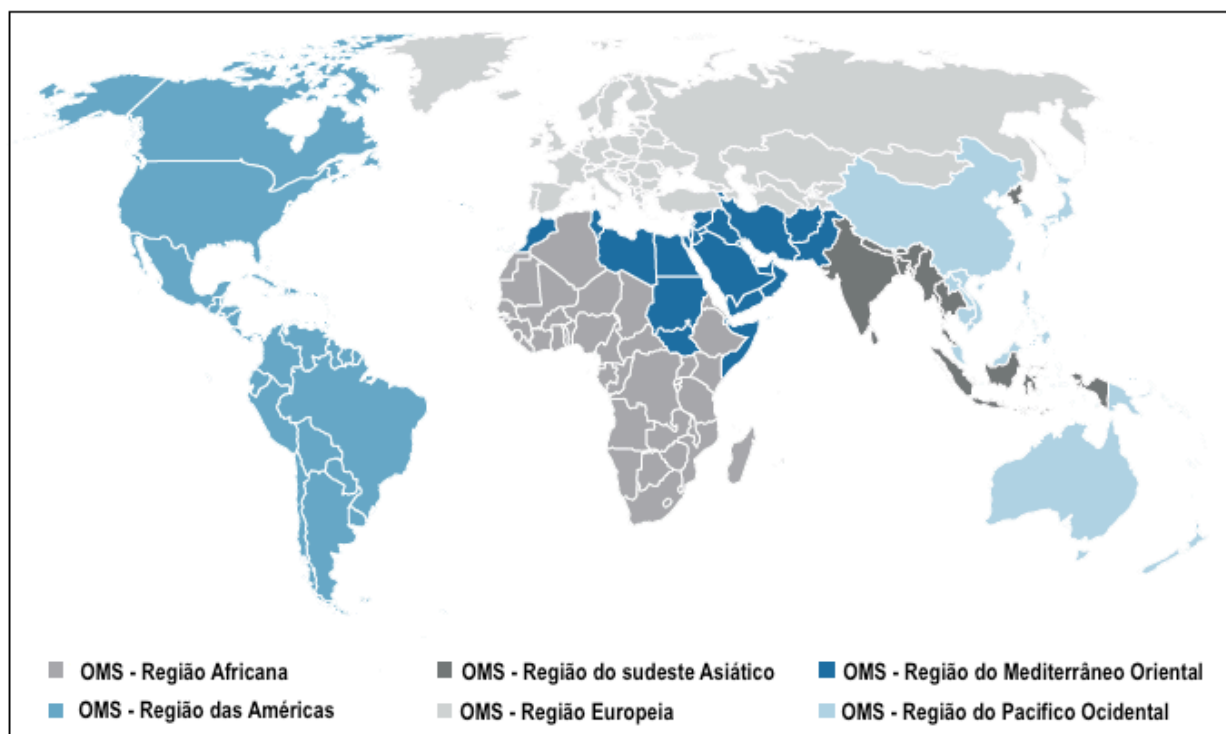


Figura III. 10 - Distribuição regional da OMS. Adaptado de Clift (2013: 13).

A complexa organização interna de funcionamento e a sua estrutura descentralizada, além da excessiva burocracia, tem sido apontada como causa para o diálogo difícil com os estados-membros (George, 2004: 102), e por isso alvo de contestação política por parte de alguns deles. A Constituição da OMS prevê três tipos diferentes de instrumentos: convenções (artigo 19º), regulamentos (artigo 21º) e recomendações (artigo 23º) (Toebe, 2015: 305-307).

A OMS pode adotar, nos termos dos artigos 19º e 20º convenções e acordos internacionais, aprovados por dois terços dos membros da Assembleia, devendo cada Estado ratificar cada um destes instrumentos nos 18 meses posteriores à sua adoção. Findo este período, o instrumento torna-se vinculativo e os Estados que não procederam à respetiva aceitação devem justificar à Organização a sua oposição. Uma vez ratificadas, as convenções e acordos passam a integrar as fontes de Direito Internacional.

Outra ferramenta posta à disposição da OMS é a capacidade regulatória com efeito imediato e vinculativo em matérias específicas (artigo 21º):

- Em matéria sanitária e de quarentena, bem como outras medidas, com o fim de evitar a propagação de doenças entre países;
- Nomenclatura relativa a doenças, causas de morte e saúde pública;
- Padrões relativos aos métodos de diagnóstico para uso Internacional;
- Padrões referentes à segurança, pureza e potencial de produtos biológicos, farmacêuticos e similares objeto de comércio internacional;
- Publicidade e rotulagem destes produtos.

De acordo com o artigo 22º, estes regulamentos vinculam de imediato todos os Estados membros, exceto aqueles que notifiquem o Diretor-geral da sua rejeição ou das respetivas reservas sobre os mesmos, no prazo indicado no aviso sobre a sua adoção. Todavia, à semelhança dos acordos e convenções, a vinculação é muito relativa e permanece um desafio (Toebe, 2015: 327).

Um terceiro instrumento previsto no artigo 23º da Constituição da OMS é a possibilidade de emissão de recomendações sobre qualquer assunto da sua competência. Ao contrário dos anteriores, as recomendações não têm carácter vinculativo, nem estão sujeitas a qualquer mecanismo de adoção por parte dos membros da OMS. O artigo 62º da Constituição apenas determina a elaboração anual de um relatório por cada membro sobre as medidas de política que tenham sido adotadas para cada recomendação emitida pela organização.

Dentro das suas funções, a OMS é preponderante pelas suas normas técnicas e *standards*, desenvolvidas por um extenso conjunto de especialistas, e pelo apoio técnico aos seus membros,

face à impossibilidade de impor medidas de política (Buse, Mays e Walt, 2005: 142).

Para além do instrumento constante do referido artigo 23º, a OMS centra a sua atividade de coordenação com os seus membros sobretudo através da emissão de ‘guidelines’ (linhas orientadoras), planos de ação e estratégias globais, que constituem normativos incluídos no elenco de soft law permitido pelo citado dispositivo do artigo 23º (Gostin e Sridhar, 2014: 1733). As ‘guidelines’, definidas como políticas ou métodos de prática profissional aprovados pelo Comitê de Revisão de Diretrizes e projetado para promover políticas de saúde baseadas em evidências ou intervenções clínicas (Gostin e Sridhar, idem), possuem uma notável capacidade de se integrarem nas políticas e nas legislações dos estados.

Portugal aderiu à OMS a 13 de fevereiro de 1948 (WHO, 2020: 230), mas apenas em 1955 foi aceite como membro de pleno direito. Tal como a maioria dos restantes estados-membros, Portugal encontra-se vinculado pelo tratado que institui a OMS e recebe no seu ordenamento jurídico pela via das orientações técnicas, normativos que acabam por integrar a legislação formal, quer explícita, quer implicitamente.

Quanto à União Europeia, não existe uma política de saúde comum que seja, pelos mecanismos vigentes, obrigatória para os Estados membros. Com efeito, o artigo 4º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia estabelece na alínea k) do seu nº 2 competências partilhas com os Estados-membros relativas a problemas comuns de segurança e saúde pública, e a alínea a) do artigo 6º estabelece que as políticas de proteção e melhoria da saúde humana são matéria de apoio, coordenação e complementar em relação à ação dos Estados.

A política de saúde pública tem por base o artigo 168º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (correspondente ao anterior artigo 152º do Tratado da Comunidade Europeia) o qual estabelece, logo no seu nº 1, que ... “na definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde” ... A saúde da população europeia constitui uma condição fundamental para o cumprimento dos objetivos da União Europeia, quer em matéria de desenvolvimento, quer em matéria de solidariedade e segurança.

Nos Tratados iniciais, as preocupações com a saúde dos cidadãos não constavam explicitamente dos respetivos textos. A consolidação da Europa social alargou o leque de preocupações dos decisores políticos, impelido por questões centrais como as ameaças à saúde pública transfronteiriças, o envelhecimento da população e a necessidade de compatibilizar as estratégias do mercado comum com a dinâmica da indústria farmacêutica, um dos mais proeminentes sectores da economia europeia.

O problema da regulação do sector farmacêutico, a par da realização das finalidades da

Europa dos cidadãos, constituiu-se progressivamente como necessidade de intervenção das instituições comunitárias. A estratégia das políticas públicas de saúde da UE prossegue, na sequência dessa constatação, em síntese, vários objetivos (Comissão Europeia, 2013: 3):

- a) Fomentar a saúde numa Europa em envelhecimento;
- b) Proteção dos cidadãos contra as ameaças à saúde;
- c) Apoiar sistemas de saúde dinâmicos e novas tecnologias.
- d) Prevenir a doença;
- e) Promover um estilo de vida saudável;
- f) Promover o bem-estar dos cidadãos;
- g) Melhorar o acesso aos cuidados de saúde;
- h) Promover a informação e da educação em matéria de saúde;
- i) Melhorar a segurança dos doentes;
- j) Estabelecer normas de qualidade e segurança elevadas para os órgãos e outras substâncias de origem humana;
- k) Garantir medicamentos e dispositivos para uso médico de elevada qualidade, seguros e eficazes.

À partida, a organização dos sistemas de saúde e a prestação de cuidados de saúde são da responsabilidade de cada Estado-Membro. A UE intervém cada vez mais, no sentido de promover a uniformização de procedimentos, a difusão da informação e de boas práticas. A sua ação, apesar de complementar, tem sido cada vez mais interventiva, quer através de legislação europeia, quer através dos mecanismos de coordenação previstos nos Tratados. Também os programas de ação comum (atualmente o terceiro programa 2014-2020, com um orçamento de 449 milhões de euros), contribuem para a integração das políticas de saúde dos estados-membros.

Outra instituição a considerar é o Conselho da Europa, organização com sede em Estrasburgo, à qual Portugal aderiu a 22 de setembro de 1976. A sua ação no âmbito da saúde pública assenta sobretudo a propósito da salvaguarda dos direitos humanos e é prosseguida pelo Comité Diretor de Saúde Pública, dependente da Direção Geral da Coesão Social (DG III). O contributo do Conselho da Europa tem sido a preparação de recomendações e manuais técnicos sobre a prestação de cuidados de saúde (George, 2004: 104).

Existem igualmente organizações não-governamentais dedicadas à promoção da atividade física, as quais assumem algumas vezes um papel de referência para estas questões. Kahlmeier e colegas fizeram, em 2014, um interessante apanhado das principais estruturas e organizações

públicas e privadas atuantes na Europa, identificando 127 entidades, das quais 42 prosseguiram a promoção da atividade física na região europeia (Kahlmeier *et al.*, 2014: 14). Destacam-se algumas organizações internacionais como a ISCA – International Sports and Culture Association, com sede em Copenhaga e que tem como um dos seus objetivos principais a promoção da atividade física e do desporto, a JANPA - Joint Action on Nutrition and Physical Activity, uma plataforma europeia de que Portugal não faz parte, que tem como objetivo promover uma alimentação saudável e a prática da atividade física sobretudo na escola.

A um nível mais global destacam-se a ISPAH – International Society for Physical Activity and Health, uma associação destinada à promoção da atividade física ao longo da vida e que tem colaborado com a OMS e outras instituições oficiais, nomeadamente na realização de congressos e reuniões de especialistas na matéria; e a IUHPE - International Union for Health Promotion and Education, com um importante papel na promoção da saúde e nas estratégias de combate às doenças não transmissíveis.

## **6.2. O papel das organizações internacionais**

A OMS e a UE são as principais entidades de natureza inter-Estados com maior atuação na promoção da atividade física, no que releva para este estudo. A nível internacional, a promoção da atividade física tem sido traduzida em iniciativa e programas sob a égide da OMS, existindo importantes iniciativas regionais envolvendo outras organizações de estados, além de experiências de referência concretizadas em alguns países, as quais serão descritas posteriormente. Por seu turno, as iniciativas para o espaço europeu encontram supervisão quer pelo Comité da OMS para a região europeia, quer pela própria União Europeia, que tem tomado algumas iniciativas institucionais de promoção da atividade física.

Uma abordagem do papel destas duas entidades na promoção da atividade física torna-se necessária para o entendimento do mecanismo pelo qual os estados, recebem e executam as orientações das mesmas, nomeadamente tendo em conta que as finalidades das políticas de promoção da saúde e da atividade física assumem – ou deveriam assumir – um lugar central nas preocupações dos governos.

Em particular para Portugal, como indica Riso (2013: 82), a legislação e a política de saúde, em Portugal, são claramente influenciadas pelas diretivas das organizações internacionais, como a OMS, reconhecida pela sua importância e prestígio ou pela Comissão Europeia, entre outras (sic).

### **6.2.1 – A promoção pela OMS**

Antes de serem concretizadas em documentos políticos autônomos, as iniciativas para a promoção da atividade física da OMS encontravam-se incorporadas nas recomendações de saúde pública dirigidas aos Estados: é o caso já anteriormente referido da Carta de Ottawa, das Conferências globais sobre a promoção da saúde e as iniciativas relativas ao conceito de “Saúde em todas as Políticas”. A atividade física fazia apenas parte de um pacote de indicações para mais e melhor saúde, assumindo aí um papel complementar.

Sem embargo das restantes, a promoção da atividade física tornou-se uma área prioritária da OMS (Schöpe, Bauman e Bull, 2004: 10), marcada por duas iniciativas de fundo: a “Global Initiative on Active Living” de 1997 e a “Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health” de 2004 (WHO, 2004b). Apoiada na Declaração de Jakarta saída da Conferência realizada entre 21 e 25 de Julho de 1997 nesta cidade da Indonésia, a iniciativa global sobre a vida ativa proposta pela OMS assentou no fortalecimento da promoção da atividade física em todo o mundo, no suporte ao desenvolvimento de políticas públicas nos Estados membro, apoio à promoção da atividade física em programas comunitários, aos níveis nacional, regional e local, no envolvimento de instituições privadas e na disseminação de informação relativa à saúde (Schöpe, Bauman e Bull, *idem*).

Em 2004, a OMS lança o programa “Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health”, como corolário de um processo solicitado ao Diretor-geral da organização pela Assembleia Geral em 2002, e aprovado pela mesma assembleia em maio de 2004. Este documento assumiu-se como um compromisso de longo prazo, constituindo em quadro de referência para as políticas nacionais, desde a informação e educação dos consumidores, políticas agrícolas e de produção de alimentos, política de preços e subsídios, promoção da atividade física, incluindo o desenvolvimento de formas de exercício fácil e seguro em escolas, locais de trabalho, instalações desportivas e recreativas, melhor uso dos serviços de saúde no sentido da prevenção e aconselhamento da saúde, ou a adoção de sistemas de monitorização das políticas públicas e da sua mudança.

O documento aponta para uma atuação coordenada dos governos nacionais no sentido do incremento da atividade física, orientação que foi reforçada pela Declaração das Nações Unidas sobre as doenças não transmissíveis, de 2011 (Sallis *et al.*, 2016a: 1232). Apesar disso, a implementação de políticas revelou-se pobre e cresceram as evidências de que se mantêm uma pandemia global de inatividade física (*idem*, 2016a: 1226), visível nos vários estudos longitudinais que vêm sendo publicados.



Como referem Bauman e Craig, (2005: 3), a preparação do programa “Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health” estava mais centrada na nutrição do que na atividade física; talvez por isso a OMS tenha finalmente encarado a necessidade de emitir um programa específica para esta área. O programa “Global Plan on Physical Activity 2018-2030 - more active people for a healthier world” (WHO, 2018a) entronca nos objetivos da agenda para o desenvolvimento sustentável 2030 e assume-se como uma oportunidade de promoção de políticas públicas mais ambiciosas, no sentido da implementação de ações efetivas para incrementar a atividade física, tendo como meta o aumento de 100 milhões de pessoas ativas no ano de 2030 (Vuori, 2018: 6; WHO, 2018a: 21).

Este novo programa resulta de um conjunto de esforços, nomeadamente da Carta de Toronto de 2010 da OMS e da Declaração de Bangkok de 2016 da ISPAH, face à necessidade de manter o alerta aos governos nacionais sobre a importância da promoção da atividade física. O Programa define quatro objetivos estratégicos e vinte ações de política pública (WHO, 2018a: 25): ambiente ativo – englobando infraestruturas, equipamentos e espaços públicos adequados -, sistemas ativos – referidos a reforço da liderança, governabilidade, ação multisectorial conjunta, pesquisa, suporte e informação públicas -, sociedades ativas – com implementação de mudanças de hábitos e comportamentos, campanhas de comunicação social e utilização de especialistas para aquela mudança – e pessoas ativas – onde se incluem o acesso a oportunidades e locais capazes de atrair e fidelizar pessoas de todas as idades na prática das variadas atividades físicas.

### ***6.2.2 – Iniciativas regionais – União Europeia***

A União Europeia não possui uma política própria para a promoção da atividade física. Este assunto encontra-se diluído quer na (restrita) intervenção relativa à saúde pública, quer na promoção do desporto, sendo que as políticas diretamente relacionadas com aquela questão seguem as orientações da OMS. É o que resulta de vários documentos emanados da UE, nomeadamente das publicações de divulgação da união (União Europeia, 2014), e também o recente relatório “State of Health in the EU: Companion Report 2019” (União Europeia, 2019). De resto, a documentação disponível remete simplesmente a atividade física para a área do desporto ou agrega-a aos problemas da alimentação.

Os documentos da OMS são, portanto, parte essencial da política pública da união Europeia para a atividade física, compreendendo-se por isso que se hajam institucionalizado um conjunto de entidade – públicas e privadas – com forte ação nas orientações do organismo mundial.

De acordo com Vuori (2018: 2), são quatro as organizações relacionadas com a atividade física, com atuação no espaço europeu e que colaboram oficialmente com a OMS no esforço de promocional: a NCDnet (Global Noncommunicable Disease Network), a DPAS (EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health), a HEPA (European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity) e a Pan-European Programme for Transport, Environment & Health. A valorização de diversos aspetos respeitantes à saúde e interligados com a atividade física é visível nestas plataformas de cooperação, sendo que delas, a HEPA-Europe é a mais relevante.

De referir ainda que, para além da UE, em 2015 foi adotada por 53 estados-membros da Região Europeia da OMS o documento “Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025” (WHO, 2016b), o qual contém um conjunto de objetivos dirigidos aos estados e às respetivas políticas públicas, apontando ações em diversas áreas chave no sentido da diminuição da inatividade física.

É certo que a atividade física, como objetivo por si só, tem sido abordada por parte dos órgãos da União Europeia em importantes instrumentos legislativos e estatísticos: é o caso da Recomendação do Conselho de 26 de novembro de 2013, relativa à promoção trans-sectorial das atividades físicas benéficas para a saúde (2013/C 354/01), na qual se exortam os estados a desenvolverem políticas trans-setoriais nos domínios do desporto, da saúde, da educação, do ambiente e dos transportes.

Também significativos são as sondagens do Eurobarómetro de 2010 e 2014, atualizada em 2018, que representam um instrumento importante para conhecimento do estado da atividade física nos 28 Estados da UE e que permitem traçar um panorama realista dos resultados das políticas instituídas (ou não) pelos governos da União. Talvez por isso o Relatório de 2016 relativo à monitorização das atividades da plataforma da UE para a dieta, atividade física e saúde, de encontro à Recomendação de 2013, dê conta da escassez de resultados dos compromissos assumidos pelos estados, em que as ações específicas respeitantes à promoção da atividade física representavam apenas 11% dos compromissos assumidos, e mesmo assim de curto alcance (Comissão Europeia, 2016: 26).

Podem ainda, a título de referência, apontar ainda outras iniciativas focadas na Europa, como sejam a plataforma EUROACTIVE, a EUNAAPA, o projeto EUPASMOS, financiado pela Comissão Europeia, a EHN - European Herat Network, ou a EUPEA, cujas missões podem ser consultadas nos respetivos sítios da internet. Todavia, estas plataformas são apenas auxiliares para o problema de fundo, que é a atuação dos estados e dos governos na promoção da atividade física.

### 6.2.3 – HEPA Europe

Dirigida a uma área mais vasta do que a UE, a HEPA-Europe (European Network for Health-Enhancing Physical Activity) foi oficialmente lançada em 26 e 27 de Maio de 2005, na Dinamarca, no seguimento de encontro realizado em Magglingen, Suíça, em 2004 com a participação de países europeus e a OMS, após quase um ano de preparação (Martin-Diener *et al.*, 2014: 7).

O conceito foi desenvolvido no UKK Institute da Finlândia nos anos 90 do século passado, com base na constatação de que os transportes, os locais de trabalho, a vida doméstica e os tempos livres ativos podem trazer benefícios para a saúde (Hagströmer, 2007: 4), definido como “qualquer forma de atividade física que beneficia a saúde e capacidade funcional sem prejuízo ou risco indevido” (Foster, 2000: 9). A primeira rede, estabelecida entre 1996 e 2001, foi financiada pelo Programa de Promoção da Saúde da Comissão Europeia (EU DG SANCO) (Martn *et al.*, 2006: 54; Foster, 200: 5).

A HEPA-Europe assume-se como uma Plataforma colaborativa para entidades públicas e privadas com o objetivo de combinar sinergias na promoção e avaliação da atividade física na europa, explicitamente integrada na Região Europeia da OMS e bebendo das suas orientações (Martin-Diener *et al.*, 2014: 8). Tem como objetivos:

- contribuir para o desenvolvimento de políticas e estratégias para a promoção da Hepa na Europa;
- desenvolver, apoiar e disseminar estratégias efetivas, programas, abordagens e outros exemplos de boas práticas de promoção da Hepa; e
- apoiar e facilitar o desenvolvimento de abordagens multissetoriais de promoção da HEPA.

Por outro lado, a plataforma toma como princípios as declarações políticas da Comissão Europeia relativas à matéria, nomeadamente a promoção da atividade física ao nível da população, usando as melhores evidências científicas disponíveis, sublinha a importância da monitorização e da avaliação, o incentivo à partilha e disseminação de experiências e a colaboração internacional, entre outros (Martin *et al.*, 2006: 56). A plataforma disponibiliza dados estatísticos e avaliações periódicas de políticas públicas relacionadas com a promoção da atividade física, nas suas várias vertentes.

A HEPA-Europe conta atualmente com um total de 183 instituições membros, para além

de duas instituições membros internacionais e três membros individuais de 38 países, bem como 8 observadores, de acordo com o seu website (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe>). O conjunto destes membros constitui a sua assembleia, que mantém encontros e conferências anuais. Para além da assembleia, existe um comité diretivo de 15 personalidades, e conta ainda com diversos grupos de trabalho em áreas específicas.

A rede tem desenvolvido trabalho sobretudo ao nível das estatísticas fornecidas pelos vários países europeus, bem como a monitorização e avaliação das políticas públicas implementadas por estes países. Esta atividade assenta na utilização de uma ferramenta desenvolvida em colaboração com a OMS e que vai já na sua segunda edição, a Policy Audity Tool (PAT), estruturada em onze secções (Bull, Milton e Kahlmeier, 2015: 2) com vista a uma visão geral do alcance das políticas públicas que visam a atividade física e as suas determinantes.

<b>Secção 1</b>	Informações básicas e contexto do país, incluindo estrutura governamental
<b>Secção 2</b>	Liderança e parcerias para promoção HEPA
<b>Secção 3</b>	Principais documentos de política e seu processo de desenvolvimento, incluindo história do país na política de atividade física
<b>Secção 4</b>	Escopo e conteúdo das políticas relevantes e exemplos de implementação
<b>Secção 5</b>	Recomendações, objetivos e metas
<b>Secção 6</b>	Sistemas de vigilância e uso dos dados de vigilância
<b>Secção 7</b>	Avaliação das políticas relevantes
<b>Secção 8</b>	Financiamento e compromisso político
<b>Secção 9</b>	Capacitação por meio de uma rede nacional
<b>Secção 10</b>	Experiência de implementação de políticas, progresso e desafios restantes
<b>Secção 11</b>	Resumo do processo realizado para completar uma avaliação usando a HEPA PAT

Quadro III. 5 - Estrutura da HEPA-PAT. Adaptado de Bull, Milton e Kahlmeier (2015: 2).

Esta ferramenta é promovida pela Comissão Europeia e pelo Gabinete Regional da OMS para a Europa, consistindo basicamente num questionário caracterizador das iniciativas dos governos. Tem sido testada sobretudo em grupos de alguns países, sendo previsto no seu manual o circuito do processo de formação e divulgação (Bull, Milton e Kahlmeier, 2015: 4). De acordo com o site da OMS/Europa, a implementação desta ferramenta continua a ser um dos objetivos primários do conjunto das atividades desenvolvidas pela HEPA-Europe.

Por outro lado, a nível dos 28 membros da UE, foi lançado em 2014, em Roma, uma rede

colaborativa, no seguimento das Recomendações do Conselho da UE de 2013, cujo objetivo é coordenar a recolha de informação ao nível dos estados com vista à monitorização dos resultados políticos (Breda *et al.*, 2018: 520). Para isso foi desenvolvida uma ferramenta descritiva das políticas dos estados-membros e baseadas nos aspetos focais por eles fornecidos, dividido em oito áreas críticas mencionadas na Recomendação do Conselho e por 23 indicadores de concretização. Para esta ferramenta, um indicador é considerado implementado quando um Estado-Membro introduz uma política ou programa de acordo com o descrito pelo mesmo indicador (Breda *et al.*; 2018; *idem*).

<i>Áreas temáticas</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Descrição</i>
Recomendações e orientações internacionais para a Atividade Física	Indicador 1	Recomendação nacional sobre atividade física para a saúde
	Indicador 2	Adultos que cumprem a recomendação mínima da OMS sobre atividade física para a saúde
	Indicador 3	Crianças e adolescentes que cumprem a recomendação mínima da OMS sobre atividade física para a saúde
Abordagem Transectorial	Indicador 4	Mecanismo governamental de coordenação nacional e liderança na promoção HEPA
	Indicador 5	Financiamento alocado especificamente para a promoção HEPA
Desporto	Indicador 6	Política ou plano de ação Nacional de Desporto para Todos
	Indicador 7	Clube desportivos com Programa para a Saúde
	Indicador 8	Enquadramento de apoios a ofertas para aumentar o acesso a instalações de exercícios para grupos socialmente desfavorecidos
	Indicador 9	Grupos-alvo abordados pela política HEPA nacional
Saúde	Indicador 10	Monitorização e vigilância da atividade física
	Indicador 11	Aconselhamento sobre atividade física
	Indicador 12	Treino em atividade físico no currículo dos profissionais de saúde
Educação	Indicador 13	Educação física em escolas primárias e secundárias
	Indicador 14	Esquemas para promoção de atividade física escolar
	Indicador 15	HEPA na formação dos professores de educação física
	Indicador 16	Esquemas que promovem deslocações ativas para a escola

Meio ambiente, planeamento urbano e segurança Pública	Indicador 17	Nível de ciclismo e caminhada
	Indicador 18	Diretrizes europeias para melhorar as infraestruturas para a atividade física de lazer
Ambiente de trabalho	Indicador 19	Esquemas para promover deslocações ativas para o trabalho
	Indicador 20	Esquemas para promover a atividade física no local de trabalho
Cidadãos idosos	Indicador 21	Esquemas de intervenção na comunidade para promover a atividade física em idosos
Avaliação de indicadores	Indicador 22	Políticas nacionais HEPA que incluam um plano de avaliação
Consciencialização pública	Indicador 23	Campanha nacional de sensibilização para a atividade física

Quadro III. 6 - Estrutura e indicadores de monitorização da HEPA, de acordo com a Recomendação do Conselho da UE de 2013. Adaptado de Breda *et al.* (2018: 521)

Em termos de resultados, os relatórios dos últimos anos da rede permitem não apenas conhecer esses resultados como, e mais importante, permitem aferir um diagnóstico da própria HEPA-Europe. Esta rede tem aparentemente funcionado bem como meio de troca de conhecimentos e de estudos relativos à promoção da atividade física, bem como na agregação de dados provenientes das diversas instituições participantes.

No entanto, o que sobressai dos relatórios, sobretudo os relativos a 2017, 2018 e 2019 (accedidos no sítio da HEPA-Europe da OMS), são as dificuldades na obtenção de dados e estatísticas ao nível dos estados, com uma base comum fiável, bem como a falta de financiamento. No relatório de 2017/2018 chega mesmo a afirmar-se que “as atuais fontes de financiamento garantidas e o uso das sinergias mencionadas garantirão um apoio mínimo do Escritório Regional da OMS para a Europa no próximo período” (WHO, 2018b: 24), apesar da maioria dos projetos serem financiados pela Comissão Europeia.

Todavia, apesar dos esforços e das recomendações e das orientações emanadas quer da OMS, quer da própria UE em conjunto com a Região Europeia da OMS, os progressos tendo em vista o objetivo de redução da inatividade física ao nível da Europa são fracos, como revela o Eurobarómetro de 2018 dedicado à atividade física (WHO, 2018c: 5-6).

A análise destes documentos deixa transparecer sobretudo o carácter informal da rede (como confirma Martin-Diener *et al.*, 2014: 11) e a falta de suporte político, muito embora exista claro empenho por exemplo de órgãos e instituições da UE. As políticas dos estados continuam, de acordo com os dados em que os relatórios da HEPA-Europe se baseiam e

publicados pela OMS-Europa (WHO, 2015c; WHO, 2018d), a omitir recomendações para os cidadãos, ao nível interno para a atividade física, as respostas aos questionários propostos pela rede não têm uma resposta pronta e atuações concretas em muitos dos indicadores. E isto apesar de se reconhecer o valor daquela rede e dos conhecimentos e informação capaz de agregar.

### **6.3. As recomendações da OMS e da UE para a atividade física**

Recomendações são fontes de informação para a atuação informada dos decisores políticos, prestadores de cuidados de saúde, cidadãos e outros atores, e expressam-se normalmente em diretrizes ou orientações (guidelines) contidas em qualquer documento sobre intervenções em saúde, quer elas sejam de âmbito clínico, de saúde pública ou de cariz político. A implementação de recomendações implica escolhas entre diferentes intervenções com impacto na saúde pública (WHO, 2012b: 1, 4).

O quadro das recomendações internacionais relativas à atividade física tem vindo a evoluir, de acordo não apenas com o acumular de conhecimento sobre a saúde, mas igualmente com a tomada de consciência ao nível das instâncias políticas internacionais da importância da sua promoção. Há, no entanto, que distinguir entre as recomendações dirigidas à atividade física enquanto ação de cada indivíduo, e recomendações dirigidas a governantes e decisores políticos. Estas duas dimensões são importantes porque, apesar de claramente ligadas, elas dirigem-se a espaços de atuação diferenciados e obviamente precursoras uma da outra.

As recomendações podem, assim, ser ordenadas segundo a sua natureza e os seus destinatários. Elas compreendem também diferentes graus de vinculatividade, podendo por aí também serem estudadas (Gelius, Messing e Abu-Omar, 2019: 2), mas para o âmbito deste estudo, interessa dar conta das recomendações fundamentais capazes de ganhos ao nível da saúde individual, e das recomendações que devem constituir a superestrutura, ou sejam as recomendações dirigidas às políticas públicas.

#### ***6.3.1 – Recomendações sobre atividade física e saúde***

As atenções sobre a importância da atividade e do exercício físico em tempos mais recentes iniciaram-se em duas frentes: a epidemiologia em doenças cardíacas e o estudo do exercício físico organizado através da conceptualização teórica dos cursos de educação física nas universidades americanas. Na primeira frente, estudos dos anos 50 do século passado relacionaram trabalhos sedentários com altos índices de mortalidade por doença cardíaca, nomeadamente o estudo de Morris e colegas datado de 1953, já atrás referidos, que se debruçou

sobre a taxa elevada de doenças cardíacas em condutores de transportes públicos de Londres, assim como estudos realizados com estivadores de S. Francisco, lenhadores finlandeses e trabalhadores ferroviários americanos, todos eles apontando o sedentarismo como causa direta das doenças cardíacas (Blair *et al*, 2010: 653-654; Blair e Powell, 2014: 9).

Por outro lado, os estudos de desenvolvimento das formações superiores em educação física e desporto levaram nos anos 60 e 70 a vários estudos que evidenciaram os ganhos em saúde decorrentes da prática de exercício físico. Em 1975 o American College of Sports Medicine (ACSM) fez publicar as “Diretrizes para testes de exercícios graduados e prescrição de exercícios”, seguido em 1978 pela declaração “Quantidade recomendada e qualidade do exercício para desenvolver e manter a aptidão em adultos saudáveis” (Piatkowska e Ružbarská, 2011: 302; Blair, LaMonte e Nichaman, 2004: 915). Também em 1975 a American Heart Association publicou as suas orientações para prescrição de exercício físico em doentes cardíacos, aconselhando 3-4 sessões semanais com a duração de 20 a 60 minutos cada, sendo esta posição importante no processo de introdução de prescrição da atividade física na prática médica (Piatkowska e Ružbarská, 2011: 303).

Durante os vinte anos seguintes as recomendações que prevaleceram foram as orientações emanadas pelo ACSM – retocadas em 1978 - como referem Piatkowska e Ružbarská (2011: 303), se bem que limitadas à função cardiorrespiratória e à composição da massa corporal. Estas orientações previam a prática de exercício físico 3 a 5 vezes por semana, com uma duração entre os 15 e os 60 minutos diários e uma intensidade entre 50 e 85% do índice cardíaco máximo. Outras recomendações parciais foram sendo emitidas durante este largo período, sobretudo nos Estados Unidos, dirigidas a aspetos parciais, como a redução do peso, a recuperação da função cardíaca, reabilitação pulmonar e outras (U.S. Department of Health and Human Services, 1996: 24-27).

Em 1995 o Centro para Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), em conjunto com o ACSM, elaboram novas recomendações sobre atividade física, estabelecendo uma bitola que viria a perdurar até 2010 (com uma ligeira revisão em 1998). De acordo com esta atualização, todos os adultos deveriam acumular 30 ou mais minutos diários de atividade física de intensidade moderada, de preferência todos os dias da semana. Estas recomendações foram seguidas em muitos países europeus (Oja e Titze, 2011: 254), estando implícito nas mesmas, segundo Blair, LaMonte e Nichaman (2004: 916), que o exercício é similar a outras medidas terapêuticas em que a dose mínima com segurança e eficácia comprovadas passa a constituir a dose inicial. A publicação “Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General”, de 1996, harmoniza as recomendações dos dois organismos.



Em 2002, a OMS aprovou uma recomendação que adota o padrão de 30 minutos de atividade física diária (União Europeia, 2008: 6; IDP, 2009: 11), acolhendo o padrão AHA/ACSM. Todavia, nesse mesmo ano nos Estados Unidos, o Instituto de Medicina põe em causa este padrão, recomendando com base em estudos entretanto efetuados, um mínimo de 60 minutos diários de atividade física, declarando que o padrão anterior era insuficiente para o controlo da massa corporal e que ganhos em saúde assinaláveis requerem uma maior intensidade de esforço físico (Blair, LaMonte e Nichaman (2004: 917). Embora o Instituto de Medicina não represente a posição oficial do governo federal dos Estados Unidos, tem uma influência determinante sobre a comunidade médica daquele país (Lima, Levy e Luiz, 2014: 165).

Esta discussão deu origem, após vários congressos e tentativas de consenso, a uma atualização das recomendações sobre atividade física por parte da AHA/ACSM em 2006 e 2007, passando a incluir também as crianças e jovens dos 5 aos 17 anos, para além de acrescentar a prática de exercício aeróbico vigoroso no mínimo de 20 minutos 3 vezes por semana nos adultos dos 18 aos 64 anos. Entre 2003 e 2010 vários conjuntos de recomendações foram sendo produzidos pelas instituições americanas creditadas nesta matéria, completando por um lado aspetos específicos da saúde e por outro grupos-alvo da população (Hagströmer, 2007:6-7; Mendes, Sousa e Barata, 2011: 1028). Também o CDC em 2008 reviu as suas recomendações anteriores, baseando-se numa extensa revisão de literatura, vindo a constituir a base da declaração adotada pela OMS em 2010 (Oja e Titze, 2011: 254-255).

Em junho de 2010, após dois anos de apuramento e revisão, o Comité para a Revisão das Recomendações da OMS (Guideline Review Committee) aprovou o texto final das recomendações em atividade física, difundidas numa publicação com o título “Global Recommendations on Physical Activity for Health” (WHO, 2010). Posteriormente, este quadro de recomendações veio a ser adoptado pela União Europeia no âmbito da 65ª sessão do Comité Regional para a Europa da OMS, em Vilnius, Lituânia (WHO, 2015a).

No ano de 2020, as recomendações da OMS voltam a ser reformuladas e aumentadas, passando a incluir orientações para grupos específicos como as grávidas e a população com deficiência. Mais, estas novas recomendações fornecem evidências de saúde pública sobre a quantidade (frequência, intensidade, duração) e tipos de atividade física que oferecem melhorias de saúde significativas e podem mitigar riscos para a saúde (Bull *et al.*, 2020: 1451-1452).

Este enquadramento traça as linhas gerais do que se pode designar por “boas práticas”, atento este conceito no sentido que foi atrás elucidado. Sumariamente, esta evolução é

apresentada no Anexo A e pode ser aferida nas seguintes linhas:

- Em 1975 surgem as primeiras orientações sobre exercício físico;
- Em 1995 são produzidas as primeiras recomendações sobre atividade física;
- Em 1998, 2003, 2006, 2007 e 2009 são alargadas essas mesmas recomendações a diferentes grupos-alvo da população e também visando diferentes doenças crônicas;
- Em 2008 a União Europeia estabelece uma orientação oficial para a promoção da atividade física;
- Em 2010 a OMS publica novas recomendações, aumentando o número de minutos aconselhados e a frequência das atividades nas suas diferentes intensidades;
- Em 2015 a União Europeia e o Comité Regional para a Europa da OMS adotam as bases da OMS de 2010 para os programas regionais de promoção da atividade física;
- Em 2020 a OMS volta a reformular as recomendações para a AF, incidindo sobre um espectro alargado de atividades e com a inclusão de recomendações adicionais, a somar aos mínimos semanais para os indivíduos em sete grupos diferentes.

Conhecidas estas recomendações dirigidas aos cidadãos, uma outra vertente, a das recomendações de políticas a prosseguir pelos governos e estados, tem sido igualmente trabalhada e divulgada.

### ***6.3.2 – Recomendações de política pública***

A intervenção das políticas públicas pode ser caracterizada como a infraestrutura de facilitação e incremento da atividade física entra a população, uma vez que são essas políticas que produzem as modificações necessárias nos fatores determinantes dos estilos de vida individuais. É uma dimensão mais abrangente, em que as opções do individuo podem ser facilitadas ou dificultadas pela ação coletiva derivada das opções prosseguidas de política pública.

Desde 2004, tanto a OMS como a UE têm emitido recomendações dirigidas aos estados e aos decisores políticos, no sentido da adoção de medidas de política que facilitem e proponham meios às populações para se tornarem fisicamente mais ativos. Essas recomendações constam de documentos emitidos por aquelas entidades internacionais e divulgados à comunidade internacional.

Desses documentos foram selecionados de acordo com a sua importância e impacto a nível do número de destinatários, e são os seguintes:

- [1] *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, de 2004 (WHO, 2004b);
- [2] *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, de 2010 (WHO, 2010);
- [3] *Recomendação do Conselho da UE de 26 de novembro de 2013 relativa à promoção transectorial das aticidades físicas benéficas para a saúde*, de 2013 (ver fontes);
- [4] *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025*, de 2016 (WHO, 2016b);
- [5] *The Bangkok Declaration On Physical Activity for Global Health and Sustainable Development*, de 2016 (ISPAH, 2016);
- [6] *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*, de 2018 (WHO, 2018a).

De acordo com o respetivo conteúdo, é possível distinguir 16 áreas de atuação específica vertidas em recomendações aos governos e estados, sintetizadas no quadro seguinte:

<b>Políticas \ Documentos</b>	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
Responsabilidade dos governos	√	√	√	√	√	√
Adoção de recomendações de acordo com as especificidades de cada estado	√	√				
Políticas multisectoriais	√	√	√	√	√	√
Literacia	√					
Planeamento urbano e espaços públicos		√				√
Instalações		√		√		√
Desporto escolar		√		√		√
Transportes		√		√		√
Segurança						√
Locais de trabalho				√		√
Cuidados primários de saúde		√		√		√
População sénior				√		√

Grupos desfavorecidos / vulneráveis		√		√		√
Estratégias de comunicação		√				√
Financiamento	√					√
Monitorização e avaliação	√	√	√	√	√	√

Quadro III. 7 - Especificação das recomendações por área de atuação dos seis documentos selecionado.

As linhas gerais dos principais documentos revelam recomendações chave de política pública, de onde se extraem as principais orientações para atingir os objetivos de redução da inatividade física por meio da atuação da governação. De notar que foram assinaladas as recomendações expressas por área, sendo perceptível da leitura dos documentos que algumas áreas de atuação se encontram subjacentes naquelas que os documentos referem.

A primeira delas é a responsabilização de governos e decisores políticos na promoção e implementação de políticas dirigidas aos determinantes da atividade física. Estas passam por ações como o planeamento urbano, intervenção ao nível das estruturas comerciais e de consumo, a construção ou melhoria de infraestruturas adequadas, estabelecimento de programas dirigidos às populações, financiamento, avaliação e monitorização.

Um aspeto central neste quadro é a adoção de orientações nacionais para a atividade física individual, as quais deverão seguir os padrões internacionais, mas levando em consideração as especificidades quer relativas ao próprio estado (por ex. o nível de rendimento), quer relativas a diferentes grupos populacionais (por ex. normas sociais, valores religiosos questões de género). Ainda constante de quase todos os documentos é a importância da governação infra estadual, ou mais propriamente ao nível local, pelo papel que a liderança destes governos pode desempenhar.

Uma segunda recomendação que se repete ao longo de vários documentos é a adoção de estratégias e de colaborações intersectoriais: todos os documentos analisados referem esta necessidade. Alguns documentos chegam mesmo a indicar o sector da Saúde como sendo aquele que deveria liderar o trabalho entre os diferentes setores da governação (WHO, 2004). São nomeadamente recomendadas políticas de coordenação que integrem o planeamento urbano, os transportes, as infraestruturas e os espaços de recreação, lazer e para prática desportiva, e educação e o apoio social. Regras de coerência entre as diversas políticas sectoriais e diretrizes e recomendações para as mesmas são condição para a eficácia de uma intervenção multisectorial.

Uma terceira área igualmente referida de forma expressa nos documentos é a necessidade de monitorização e avaliação das políticas públicas de combate ao sedentarismo. São recomendados mecanismos de monitorização da saúde das populações para ajustamento das políticas, e de monitorização dos determinantes da atividade física. Algumas das recomendações incluem ainda o apoio à investigação nesta área, destinada a apoiar as estratégias de saúde e o respetivo desenvolvimento.

A necessidade de avaliação das políticas públicas é, de resto, uma recomendação presente na grande maioria dos estudos elaborados sobre políticas de promoção da atividade física. A fase de avaliação de programas e estratégias é sempre considerada essencial, tanto para os fins inerentes à avaliação de qualquer política pública, mas igualmente para o aspeto essencial da avaliação do impacto em termos de saúde pública, assim como a responsabilização dos decisores intervenientes.

Como preocupação expressa em pelo menos três dos documentos analisados, surgem as áreas de atuação relativas, aos cuidados primários de saúde, dos transportes, o desporto em meio escolar, o acesso a instalações adequadas à prática de atividade física e ainda a preocupação com os grupos vulneráveis e mais desfavorecidos.

A associação da atividade física aos cuidados primários de saúde, sobretudo ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação, tem sido referida já há longo tempo, de acordo com a literatura especializada, aconselhando-se que a promoção de estilos de vida ativa seja uma prescrição em contexto médico, demonstrados pela evidência científica os benefícios para a saúde das populações.

Quanto ao transporte, as recomendações de política vão no sentido de promover o transporte ativo, a construção de ciclovias a fim de encorajar o uso de bicicletas como modo de transporte próprio, e a redução do tráfego automóvel. A estratégia passa por intervir no espaço urbano, de molde a facilitar o uso de bicicletas, trotinetes, patins e outros meios de autolocomoção ao longo das cidades e áreas periurbanas, bem como incentivar o uso dos transportes coletivos.

O contexto escolar é também uma das áreas objeto de recomendações, reconhecendo-se que a criação de hábitos de exercício físico e modos de vida ativos devem ser incentivados logo em idade precoce. O desporto escolar, em particular, assume um papel relevante para essa finalidade, sobretudo nos adolescentes e adultos jovens. Todavia, em todas as fases do ensino devem ser proporcionadas condições de acesso e prática do exercício físico de acordo com a apetência e capacidade físicas dos alunos. Uma das recomendações estende-se mesmo ao ensino universitário.

Uma das recomendações frequentemente referidas é a construção de instalações adequadas à prática da atividade física, quer sejam espaços fechados ou espaços abertos. Essas recomendações focam-se não apenas na construção ou adaptação de instalações, mas igualmente no seu acesso pelas populações em geral. Em muitos casos, as instalações existem, mas não são acessíveis ao público em geral, ou porque pertencem a instituições privadas, ou porque se encontram entregues a estas. Esta realidade impede, na prática, o usufruto de instalações pelas pessoas para a atividade física de modo informal. Por outro lado, a construção e o acesso, a espaços públicos, áreas verdes, trilhos para caminhadas e áreas de recreação, são exemplos da promoção de sociedades ativas.

Por fim, a preocupação com os grupos sociais desfavorecidos, vulneráveis e menos ativos é também uma preocupação expressa nas recomendações de política de promoção da atividade física. Estes grupos requerem uma especial atenção e o estabelecimento de programas e serviços adequados ao envolvimento dos mesmos em atividades que conduzam a estilos de vida saudável e à redução do sedentarismo.

Tal como foi referido, as recomendações feitas de forma expressa não excluem as restantes. Aliás, trata-se de uma rede em que umas se encontram implícitas noutras. Por exemplo, a necessidade de financiamento, referida expressamente em dois documentos, está obviamente implícita nas restantes, quer sob a forma de financiamento aos próprios programas de promoção, quer sob a forma de financiamento para realização das condições que alteram os fatores determinantes. O mesmo se passa com a promoção da literacia física, a necessidade de segurança ou as preocupações com os locais de trabalho.

## **CAPÍTULO IV - AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA EM PORTUGAL**

### **7 – Caracterização e contexto**

#### **7.1. Estatuto das políticas para a atividade física**

O conceito de atividade física, e consequentemente as políticas de promoção específicas, assume autonomia, do ponto de vista institucional, apenas em 2007, com a publicação da Lei de Bases da Atividade Física e do Desporto (aprovada pela Lei nº 5/2007 de 16 de Janeiro). Até aí as principais referências enquadravam a atividade física sobretudo no âmbito do desporto, até com uma certa inversão de conceitos. Não que não existissem já trabalhos anteriores no sentido da autonomização da atividade física enquanto indicador específico e destacado, mas com ligações evidentes tanto ao desporto como à saúde (veja-se por exemplo Barata, 1997: 133 e 134).

Ainda sob este prisma institucional, a Constituição da República Portuguesa acolhe a ligação entre desporto e saúde, constando dos artigos 64º e 79º do texto fundamental, com o inciso específico respetivamente quanto à saúde e quanto à cultura física e desporto. Estas disposições inserem-se em capítulos diferentes do texto: enquanto que o artigo 64º consta do capítulo referente aos direitos e deveres sociais, já o artigo 79º integra o capítulo dos direitos e deveres culturais do texto fundamental.

Uma primeira questão de ordem formal que poderia ser colocada seria questionar se os respetivos regimes de proteção constitucional seriam os mesmos. Trata-se dos chamados direitos fundamentais, havendo quem entenda que se colocam em círculos diferentes, uma vez que o direito à saúde diz respeito ao indivíduo, ao passo que os direitos à cultura física e ao desporto respeitam ao círculo social. Todavia, esta discussão é ultrapassada pelo que vem disposto na parte final da alínea b) do nº 2 do citado artigo 64º: aí se diz que o direito à proteção da saúde é realizado “pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável”. Esta disposição estabelece inquestionavelmente uma ligação forte entre os dois normativos

constitucionais, contendo expressa referência à promoção da saúde, conseguida pela cultura física e pelo desporto (Estorninho e Macieirinha, 2014: 32).

Para além destes artigos 64º e 79º da CRP, outras disposições constitucionais têm reflexo na campo da promoção da atividade física: por exemplo, a incumbência do Estado no promoção do bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais (artigo 9º, alínea d), a prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde (artigo 59º, nº 1 alínea c), bem como um ambiente de vida humano, sadio e ecologicamente equilibrado, promovendo o Estado a integração de objetivos ambientais nas várias políticas de âmbito sectorial (artigo 66º nº 1 e nº 2 alínea f).

Outras diretrizes no normativo constitucional poderiam aqui ser apontados, mas interessa sobretudo dar conta de que todas elas são suscetíveis de moldar aquilo que se designam como determinantes de saúde, cujo conceito já se fez referência. As incumbências do Estado incluem, portanto, as de promoção da saúde, quer pela criação de condições que melhorem os fatores determinantes da saúde, quer pela articulação intersectorial e pelo desenvolvimento da cultura física e do desporto.

Como se desenvolvem as políticas gerais contidas nos comandos constitucionais? No sistema político português, as orientações políticas de fundo vertem-se em instrumentos legais e em estruturas político-administrativas, tipicamente. No primeiro caso, são promulgadas leis com carácter geral e por vezes com valor jurídico reforçado, como é o caso das designadas Leis de Bases, contendo de forma mais concreta e detalhada aquelas orientações. No segundo caso, são incumbidas determinadas instituições de promoverem o desenvolvimento das mesmas orientações, constituindo-se a sua institucionalização, quer por via das atribuições e competências entregues a uma ou várias entidades políticas e administrativas, quer por via constituição de entidades específicas para o efeito.

### *Contexto legislativo*

Para além da CRP, pode traçar-se o panorama das disposições legais que enformam as políticas públicas referentes aos determinantes de saúde, recorrendo às referidas Leis de Bases, procurando pontos de intersecção da atividade física com os grandes temas que a podem albergar, ou sejam – na perspetiva dos elementos tomados como dimensões de análise – a saúde, o desporto, o meio escolar e o urbanismo e ambiente.

De um ponto de vista institucional, seria de esperar que as bases programáticas destas áreas



contivessem as orientações que, direta ou indiretamente dispusessem sobre a promoção da atividade física. Inquirindo com base neste pressuposto, foram analisadas as leis de bases e respetivos apêndices (concretamente o regime jurídico da educação física e do desporto escolar, para a área da educação, e o Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território para o vetor do urbanismo).

### 1) AS LEIS DE BASES DA SAÚDE:

A primeira Lei de Bases da Saúde foi aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, mais tarde alterada pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro. Este diploma legal consagra um conjunto de orientações para a saúde enquanto incumbência do Estado. Logo a sua Base I proclama que “a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado” de acordo com a Constituição e com a lei.

Já a sua Base II tem como diretrizes a promoção da saúde e a prevenção da doença, as quais fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado (nº 1, alínea a), e a igualdade de acesso aos cuidados de saúde e a orientação para medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique [alíneas b) e c)].

A elaboração desta lei reflete já, aparentemente, a doutrina da Carta de Ottawa de 1986, saída da Primeira Conferência Internacional em Saúde Pública, uma vez que vai ao encontro das preocupações que se expressavam nesse documento. Atente-se no nº 3 da Base IV da Lei de Bases:

Os cidadãos e as entidades públicas e privadas devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à protecção da saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis.

Este inciso contém a referência fundamental à adopção de estilos de vida saudáveis que, como já se viu, se inclui nos determinantes da saúde. Não é certo que daqui decorra uma orientação direta para a promoção da atividade física, mas representa no mínimo a preocupação mais alargada sobre a saúde, que não o combate nuclear à doença.

Por outro lado, a Base VI representa a responsabilização do Governo pela promoção da saúde, já que, de acordo com o seu nº 1, cabe a este definir a política de saúde, cabendo ao

Ministério da Saúde fazer propostas sobre as políticas públicas de saúde e sendo-lhe cometida a competência para promover a sua execução (nº 2). Resulta também desta Base uma importante diretriz quanto à coordenação intersectorial das políticas, designadas aqui como *áreas conexas*, sob coordenação do referido ministério. Ainda neste sentido, o nº 3 estabelece que todos os departamentos do Governo se devem envolver na promoção da saúde, em especial os que atuam nas áreas específicas da segurança e bem-estar social, da educação, do emprego, do desporto, do ambiente, da economia, do sistema fiscal, da habitação e do urbanismo.

Por fim, a Base IX desta Lei de Bases aponta para uma ação de governação vertical, ao estabelecer a participação das autarquias locais na promoção da saúde, dentro das atribuições que lhes estão cometidas.

A Lei de Bases de 1990 durou 29 anos, sendo substituída em 2019, pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro. Cobriu, portanto, toda a dimensão temporal deste estudo, embora com escassa referência à promoção da atividade física, a qual só indiretamente pode ser incluída nestas diretivas e porque a evolução dos conceitos e da evidência permitem tal inclusão. A referência mais próxima é a promoção de estilos de vida saudáveis que, como se referiu, é também uma referência indireta.

A nova Lei de Bases da Saúde de 2019, a título ilustrativo, representa um avanço, quer na consideração global da saúde – estendendo a compreensão aos fatores determinantes da saúde – quer na preocupação da promoção da saúde ao longo da vida. Sumariamente extraem-se dessa Lei de Bases os seguintes elementos temáticos:

- a procura do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer, bem como o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos e o dever da sociedade contribuir para a proteção da saúde em todas as políticas e setores de atividade (Base 1);
- a promoção do bem-estar e qualidade de vida durante o envelhecimento, numa perspetiva inclusiva e ativa, sendo determinantes os fatores socioeconómicos, ambientais, da resposta social e dos cuidados de saúde (Base 2);
- o âmbito nacional e transversal da política de saúde dinâmica e evolutiva, nos contextos e recursos da realidade nacional, regional e local, sendo a promoção da educação para a saúde e da literacia para a saúde, a base de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudável (Base 4);

- o dever do Estado promover a participação das pessoas na definição, acompanhamento e avaliação da política de saúde, promovendo a literacia para a saúde (Base 5);
  - o dever do membro do Governo responsável pela área da saúde de identificar áreas específicas de intervenção, programas e ações de promoção da saúde e da prevenção da doença ao longo da vida, tendo presentes os problemas de saúde com maior impacto na morbidade e na mortalidade, os desafios sociodemográficos e a existência de determinantes não modificáveis, bem como sociais, económicos, comerciais, ambientais, de estilo de vida e de acesso aos serviços (base 10);
  - a promoção pelo Estado da literacia para a saúde, permitindo às pessoas compreender, aceder e utilizar melhor a informação sobre saúde, de modo a decidirem de forma consciente e informada, sendo a que a literacia para a saúde deve estar sempre presente nas decisões e intervenções em saúde pública, impondo a articulação com outras áreas governamentais, em particular a da educação, do trabalho, da solidariedade social e do ambiente, com as autarquias e com os organismos e entidades do setor público, privado e social (Base 12);
- e,
- os programas, planos ou projetos, públicos ou privados, que possam afetar a saúde pública devem estar sujeitos a avaliação, com vista a assegurar que contribuem para o aumento do nível de saúde da população. A avaliação visa assegurar que o processo de tomada de decisão integra a ponderação dos impactos relevantes em termos de saúde (Base 37).

Encontram-se aqui, portanto já um leque mais alargado de preocupações relativas à saúde e à saúde pública; no entanto, mesmo nesta lei de bases, e apesar de ser posterior ao período em análise e beneficiando da expansão do tema da importância da atividade física com impacto na saúde, as referências a este tema continuam a ser indiretas.

## 2) AS LEIS DE BASES DO DESPORTO:

Para justificar a afirmação / conclusão no início deste capítulo há que ter uma perspetiva sobre a evolução das leis de bases do desporto, também por aí se compreendendo a tendência para remeter a atividade física para o âmbito do desporto.

A primeira lei de bases do desporto, designada então “Lei de Bases do Sistema Desportivo”,

foi publicada em 1990: trata-se da Lei nº 1/90, de 13 de janeiro, posteriormente alterada pela Lei nº 19/96, de 25 de Junho.

Este normativo nasce no âmbito das políticas públicas do XI Governo Constitucional (1987-1991) e tem como orientação de fundo a consideração do fenómeno desportivo como parte da cultura e da educação. É o que se proclama logo no seu artigo 1º, onde a generalização da atividade desportiva é tida como fator cultural indispensável na formação plena da pessoa humana e no desenvolvimento da sociedade. O artigo 2º estabelece a colaboração prioritária com a escola “atendendo ao seu elevado conteúdo formativo” e aponta para a colaboração com as autarquias locais, a par das coletividades desportivas, como forma de promoção da atividade desportiva.

De forma pioneira, a alínea a) do nº 2 desse mesmo artigo da lei faz a ligação entre as vertentes educativa e cultural com as políticas de saúde e juventude. Curiosamente a alínea g) deste preceito legal contém uma referência explícita ao ordenamento do território enquanto princípio para o desenvolvimento da atividade desportiva.

Outros preceitos desta lei de bases que revelam alguma preocupação com os determinantes de saúde são os artigos 6º e 8º, relativos ao desporto escolar e ao desporto nos locais de trabalho. Também o artigo 3º estabelece uma orientação no sentido da coordenação intersectorial, na modalidade horizontal, ao prever a coordenação permanentes e efetiva dos departamentos e sectores da administração central com intervenção da área do desporto.

Não há ainda aqui nenhuma consideração quanto à natureza da atividade física *de per se*, sendo esta assimilada ao fenómeno desportivo e, de modo enfático, remetido para a juventude. Mesmo a breve referência à saúde reforça apenas o papel do desporto e não a atividade física como determinante autónomo.

Em 2004, na transição entre o XV e o XVI Governos Constitucionais, é publicada uma nova lei de bases, designada agora Lei de Bases do Desporto (Lei nº 30/2004, de 21 de Julho), a qual mantém a definição do desporto então corrente, sendo este:

Qualquer forma de actividade física que, através de uma participação livre e voluntária, organizada ou não, tenha como objectivos a expressão ou a melhoria da condição física e psíquica, o desenvolvimento das relações sociais ou a obtenção de resultados em competições de todos os níveis (artigo 2º).

No artigo 7º é aflorado o princípio da equidade, traduzido no tratamento diferenciado em razão das diferentes condições sociais dos cidadãos, que garantam no sistema desportivo uma justiça participativa e distributiva entre os mais e os menos favorecidos socialmente. A ligação

à saúde é estabelecida apenas no artigo 41º desta lei de bases, curiosamente alertando para a sobrecarga intensiva de treino físico de crianças, adolescentes e jovens, e privilegiando prática do desporto para efeitos de lazer e de benefícios para a saúde.

O artigo 75º, inserido no capítulo do texto legal relativo à articulação entre diferentes sectores governamentais, afirma que o desporto contribui para a melhoria da saúde pública ao fomentar o desenvolvimento das capacidades físico-motoras do indivíduo e ao combater o sedentarismo, diminuindo o risco de contração de doenças. Também contém uma orientação no sentido de ser estabelecida uma parceria estratégica entre os ministros responsáveis pelo desporto e pela saúde com vista a uma atuação conjunta técnica e financeira.

Esta lei de 2004 expressa já uma certa preocupação com a saúde pública, mas ainda no domínio do desporto. A atividade física desportiva é tida como determinante de saúde, mas como aspeto isolado no contexto. Nada no documento aponta para a promoção da atividade física para além desta realidade.

Só em 2007 o quadro legislativo vem assumir uma certa autonomia da atividade física enquanto expressão paralela à atividade desportiva. A “Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto” (LBAFD), aprovada pela Lei nº 5/2007, de 16 de janeiro, dá início a uma definição autónoma da atividade física, colocando esta realidade em paralelo com o desporto, fazendo jus aos diversos papéis desta área e realçando a importância da condição física e manutenção da saúde (Carvalho, 2018: 60).

Logo no seu artigo 1º a Lei define as bases das políticas de desenvolvimento da atividade física e do desporto. As políticas públicas são então tratadas no Capítulo II do documento, sendo sobretudo no artigo 6º - precisamente titulado “promoção da atividade física”, distinto do artigo 7º, dedicado ao desenvolvimento do desporto – que contém algumas orientações políticas neste quadro legislativo.

Essas orientações constam de atribuição da missão ao Estado, às regiões autónomas e às autarquias locais, que consiste na promoção e generalização da atividade física, reconhecendo-se que esta é essencial para a melhoria da condição física, da qualidade de vida e da saúde dos cidadãos, através de programas para a criação de espaços públicos aptos para a AF, para incentivar a integração da atividade física nos hábitos de vida quotidianos, bem como a adoção de estilos de vida ativa, e também promover a conciliação da atividade física com a vida pessoal, familiar e profissional.

Faz ainda parte desta das políticas desta lei de bases a elaboração de uma carta desportiva nacional contendo o cadastro e o registo de dados e de indicadores do desenvolvimento desportivo, na qual deve constar, entre outras coisas: os espaços naturais de recreio e desporto;

e a condição física das pessoas.

Integram também a política de promoção da atividade físico e do desporto, constantes do artigo 28º, o exercício físico nas escolas e o desporto escolar visando especificamente a promoção da saúde e condição física, a aquisição de hábitos e condutas motoras e o entendimento do desporto como fator de cultura. Por seu turno, o artigo 31º contempla a atividade física e o desporto nos espaços naturais, em equilíbrio com a proteção dos ecossistemas e a gestão dos recursos, dos resíduos e da preservação do património natural e cultural.

Em resumo, no âmbito das sucessivas leis de bases do desporto, apenas a lei promulgada em 2007 e ainda vigente, confere uma autonomia à atividade física, enquanto entidade autónoma, mas mantendo a dependência do enquadramento jurídico desportivo, nomeadamente quanto aos modos da sua promoção.

### 3) AS LEIS DE BASES DO SISTEMA EDUCATIVO

Para o enquadramento da atividade física no meio escolar, foram considerados dois diplomas fundamentais que cobrem o período entre 1998 e 2015: a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86, de 14 de outubro, sucessivamente alterada pelas Leis nº 115/97, de 19 de setembro, 49/2005, de 30 de agosto e 85/2009, de 27 de Agosto), e o Regime Jurídico da Educação Física e do Desporto Escolar, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 95/91 de 26 de fevereiro.

Para além dos aspetos organizacionais, a Lei de Bases do Sistema Educativo é escassa em referências à atividade física no sentido geral. Apenas no seu artigo 51º, relativamente às atividades de complemento curricular, se declara que estas visam “o enriquecimento cultural e cívico, a educação física e desportiva, a educação artística e a inserção dos educandos na comunidade”. Já quanto ao desporto escolar, o mesmo artigo afirma que este “visa especificamente a promoção da saúde e condição física, a aquisição de hábitos e condutas motoras e o entendimento do desporto como factor de cultura”.

Depois, a propósito do desenvolvimento do quadro jurídico desta lei de bases, o artigo 62º prevê a existência de um regime próprio para a educação físico e desporto escolar. Este inciso veio a ser concretizado pelo Decreto-Lei n.º 95/91 de 26 de fevereiro, o qual estrutura a disciplina de Educação Física e o Desporto Escolar nos ensinos básico e secundário.

No seu preâmbulo declara-se que é um direito de todos, com especial incidência nos jovens em idade escolar, o acesso à educação, ao bem-estar físico e à saúde, através de uma prática desportiva orientada, e que o desporto escolar deve promover a saúde e a condição física. O

artigo 3º deste diploma estabelece ainda como objetivos da educação física, entre outros:

Contribuir para a formação integral dos alunos na diversidade dos seus componentes biofisiológicos, psicológicos, sociais e axiológicos, através do aperfeiçoamento das suas aptidões sensório-motoras, da aquisição de uma saudável condição física e do desenvolvimento correlativo da personalidade nos planos emocional, cognitivo, estético, social e moral”, e “incentivar o gosto pelo exercício físico e pelas práticas desportivas, como meio privilegiado de desenvolvimento pessoal, interpessoal e comunitário.

Para a disciplina de Educação Física era prevista uma duração letiva de três horas semanais, padrão que constava no artigo 4º da Lei. Posteriormente, outros diplomas alteraram esta carga, nomeadamente o Decreto-lei nº 55/2018, de 6 de julho, o qual estabelece a estrutura curricular do ensino básico e secundário, prevendo em geral uma carga de 150 minutos semanais para a educação física nas escolas, o que significa um decréscimo, sobretudo se for tido em conta o tempo efetivo útil para o exercício físico.

Este enquadramento, embora respeitando diretamente à atividade física em meio escolar, carece de uma verdadeira orientação promotora, uma vez que se limita a prever uma marca abstrata para a atividade física. Susana Garradas (2019: 75), citando um Relatório da UNESCO de 2014 (UNESCO, 2014), refere que se tem observado uma tendência para a redução da carga horária alocada à disciplina de educação física, substituindo-a por outras disciplinas de cariz mais teórico na tentativa de aumentar o rendimento académico, apesar dos benefícios da prática regular de atividade física. A mesma autora alerta ainda para a elevada percentagem de crianças e jovens que não praticam qualquer tipo de atividade física fora do contexto escolar, como conclusão de vários indicadores estabelecidos para Portugal, e rematando pela necessidade de continuar a incutir a formação da atividade física nas escolas.

#### 4) AS LEIS DE BASES DO URBANISMO E DO ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO

O quarto vetor de análise refere-se ao urbanismo e ordenamento do território e ao ambiente por extensão – cuja importância já referida é inegável para a utilização racional do espaço público, na qual a mobilidade ativa e a utilização de áreas para recreação e lazer em que a prática de atividades desportivas, exercício físico ou simplesmente atividade motora (como caminhar de forma segura e sem constrangimentos) possa ser uma realidade.

A primeira Lei de Bases do Ordenamento do Território e do Urbanismo foi publicada em

1998 (Lei 48/98, de 11 de agosto, alterada posteriormente pela Lei nº 54/2007, de 31 de agosto), no culminar de um processo de maturação do direito do urbanismo e do ordenamento do território ocorrido no final da última década do século XX.

Apesar do significado em termos estruturais da planificação urbana e do território, com o casamento em simultâneo com o regime jurídico do ambiente, as referências quer à saúde, quer ao desporto ou à atividade física, são muito escassas na primeira lei de bases. Apenas o artigo 3º contém uma referência à promoção da qualidade de vida e às condições favoráveis ao desenvolvimento das atividades económicas, sociais e culturais, sem que se possa depreender daí uma relação direta com os determinantes de saúde.

Em 2014 foi promulgada uma nova lei de bases, a Lei nº 31/2014, de 30 de Maio, denominada “Lei de Bases Gerais da Política Pública de Solos, de Ordenamento do Território e de Urbanismo”. À semelhança da lei anterior, também neste documento não se encontram referências explícitas à promoção de políticas relacionadas com os determinantes de saúde: apenas se surpreendem referências como a racionalização, reabilitação e modernização dos centros urbanos, dos aglomerados rurais e da coerência dos sistemas em que se inserem (artigo 2º), ou a melhoria das condições de vida e de trabalho das populações (artigo 37º). Mais nada do que isto.

No enquadramento legislativo do urbanismo apenas o Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território (PNPOT), aprovado pela Lei nº 58/2007, de 4 de setembro, contém referências explícitas à atividade física. De facto, a *Objetivo Específico 4.4* (sob a designação “*Dinamizar redes de equipamentos coletivos e programas para responder com eficácia às necessidades dos diferentes grupos sociais e das famílias, promovendo a integração dos grupos mais vulneráveis face à pobreza e à exclusão social e garantindo a segurança a todos os cidadãos*”) contém uma medida que propõe:

Reforçar a oferta de equipamentos desportivos de base, de forma a promover a função do desporto e da atividade física, quer na melhoria do estado geral de saúde das populações mais vulneráveis, quer na promoção da sua inclusão social, incluindo as pessoas com deficiência ou incapacidade (2007-2013).

Também o *Objetivo Específico 4.5* (designado “Desenvolver uma rede supra-municipal articulada de equipamentos desportivos e de lazer activo que valorize a motricidade, aprofunde a equidade de acesso e qualifique a evolução do sistema urbano”) contém as seguintes orientações:

Deve promover-se o reforço do papel da actividade física e desportiva como contributo



para melhorar a qualidade de vida e a inserção social das populações.

E como medida prioritária propõe:

Implementar orientações de ordenamento do território e desenvolver a oferta de equipamentos destinados às actividades de lazer activo e de desporto, no quadro da execução do Plano Nacional de Ordenamento da Rede de Equipamentos Desportivos Estruturantes e da promoção de novas parcerias, com vista a aumentar os índices de actividade física e de prática desportiva da população, incluindo as pessoas com deficiência, e a aumentar o nível e a eficiência de utilização desses equipamentos (2007-2013).

É possível que estas propostas contidas no PNPOOT estejam em consonância com a Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto, publicada também em 2007. Aliás, a revisão do PNPOOT de 2019, fora já do período de observação, contém a previsão de articulação com o Programa Nacional para a Promoção da Actividade Física (PNPAF), de 2016. De qualquer forma, representa um certo avanço no âmbito das políticas públicas, na sua fase de previsão.

### ***Enquadramento institucional***

Como segundo elemento de caracterização do estatuto das políticas públicas de promoção da actividade física foram escolhidos dois aspectos complementares entre si: os enunciados políticos constantes dos programas de governo e a filiação das atribuições na matéria constantes dos regimes orgânicos das instituições governamentais escolhidas em função dos vetores da inquirição e da delimitação temporal efetuada.

Nessa delimitação temporal couberam oito governos constitucionais – do XIII ao XX – com outros tantos Programas de Governo. O Programa do Governo é um documento político do qual “constarão as principais orientações políticas e medidas a adoptar ou a propor nos diversos domínios da actividade governamental” (artigo 188º da CRP): é o principal documento que contém as políticas públicas da competência do Governo ou da competência de outros órgãos – cabendo ao Governo propor-lhes tais políticas – através do qual se inscrevem as medidas de política a adotar ou a executar durante o mandato daquele órgão. Por isso o seu papel de referência no quadro das intenções, e a sua relevância para a investigação acerca da promoção da actividade física.

<b>Governo</b>	<b>Período</b>	
XIII	1998	10/1995 a 10/1999
XIV	1999	10/1999 a 04/2002
XV	2002	04/2002 a 07/2004
XVI	2004	07/2004 a 03/2005
XVII	2005	03/2005 a 10/2009
XVIII	2009	10/2009 a 06/2011
XIX	2011	06/2011 a 11/2015
XX	2015	10/2015 a 11/2015

Quadro IV. 1 – Governos constitucionais e respectivos mandatos na dimensão temporal.

### **XIII Governo**

O XIII Governo esteve em funções entre outubro de 1995 e outubro de 1999; do respetivo Programa constam poucas referências a medidas de política a implementar com referência direta ao tema: o capítulo referente à saúde – mais amplamente às políticas sociais – prevê como medida o alargamento da cooperação intersectorial nas áreas da segurança social, educação e desportos, nas modalidades de programas escolares de educação para a saúde e promoção da educação física e do desporto.

Já quanto ao desporto em si considerado, no seu capítulo I o ponto 8.2 dedicado ao desporto assume a importância desta área nas sociedades modernas, como fator de saúde, bem-estar, sociabilidade e participação cívica e a prossecução de campanhas de sensibilização para os benefícios da prática desportiva como fator propiciador de saúde e de bem-estar das populações. Existe ainda uma referência ao desporto com base nos locais de trabalho, sem mais desenvolvimento.

O desporto em meio escolar é também reconhecido como sector essencial para toda a atividade desportiva, para a melhoria do ambiente escolar e para a formação da juventude, pretendendo prosseguir-se “uma política de criação de espaços e de condições para a prática desportiva da população escolar, a começar do 1º ciclo, ao mesmo tempo que serão incentivados os clubes escolares onde se deverão desenvolver as actividades desportivas como actividades de complemento curricular“ (ponto 1.3.1. do capítulo V).

No que se refere ao planeamento urbano, não se verifica qualquer referência direta neste programa de governo.

#### **XIV Governo**

O Programa do XIV Governo, em execução no período entre outubro de 1999 e abril de 2002, proclama a saúde como uma nova prioridade da política social em que o sistema de saúde deve ser mais eficiente e de qualidade reconhecida, e a política de saúde é parte de uma política social que beneficia e contribui para uma sociedade livre, inclusiva e solidária. É proposto um novo "contrato para a saúde", com seis elementos fundamentais: o acesso aos cuidados de saúde; a qualidade; a proteção e segurança; a promoção da saúde; a gestão e as profissões.

Todavia, apesar de ser proposto um novo modelo de gestão da saúde, com uma extensa lista de medidas preconizadas neste âmbito, não existe qualquer referência direta ou indireta à atividade física com fator de saúde.

Relativamente às intenções na área do desporto, propõe-se fomentar a prática desportiva, reconhecendo que a “atividade desportiva assume progressivamente uma maior presença e protagonismo nas sociedades modernas”, e que “cada vez mais os cidadãos procuram na prática desportiva o bem-estar físico, a saúde e a ocupação dos tempos livres”.

Quanto ao meio escolar, as ligações à atividade física são mais concretas, preconizando-se o apetrechamento de raiz nas novas escolas de instalações cobertas para a prática da educação física e do desporto. O desporto escolar é articulado com as autarquias locais, visando favorecer as condições para que todos os alunos do 1º ciclo do ensino básico desenvolvam atividades físicas e desportivas de forma regular.

Explicita é a política de promoção na escola conjugada com as intenções relativas à prática desportiva. Na alínea C) do terceiro capítulo do documento, postula-se:

[o] Favorecimento, junto dos alunos do ensino básico e secundário, das condições propiciadoras da aquisição de um estilo de vida activo e saudável, estimulando-se o seu progresso em níveis superiores de prática nas modalidades desportivas da sua preferência, consagrando-se a articulação e a complementaridade entre o Desporto Escolar e o trabalho desenvolvido na disciplina de Educação Física.

No que se refere ao planeamento urbanístico, apenas se refere a consolidação do tecido urbano construído e a construir, valorizando espaços públicos e de lazer. Sem um reflexo concreto, também neste Programa, a nível de medidas políticas a implementar com a questão de fundo.

#### **XV Governo**

O início de funções do XV Governo constitucional, em abril de 2002 – tendo durado até

julho de 2004 - marca uma alteração a nível das forças partidárias no poder. Se os dois governos anteriores pertenciam ao Partido Socialista, este XV Governo, como aliás o seguinte, saiu da esfera do Partido Social Democrata. Talvez por isso, ou pela viragem na perspetiva de condução da política geral, o Programa do Governo é escasso, senão omissivo, em referências a medidas de política a implementar no que concerne à promoção da atividade física. Encontram-se, é certo, muitas medidas referentes ao setor da saúde, mas todas de natureza organizativa.

No vetor do desporto, é afirmado o objetivo estratégico da ação do Governo o incremento de hábitos de participação continuada da população na prática desportiva, num ambiente seguro e saudável, que contribua para o bem-estar social e a melhoria da qualidade de vida, e no vetor da educação a valorização do Parque Desportivo Escolar, apoiando os projetos apresentados pelas autarquias e pelo associativismo desportivo.

Mais uma vez, quanto à planificação urbanística, não se verifica qualquer referência cruzada com a nossa área de trabalho.

## **XVI Governo**

Quanto ao XVI, formado no quadro parlamentar, na sequência da demissão do anterior primeiro-ministro e em funções no período compreendido entre julho de 2004 e março de 2005, o respetivo programa contém mais algumas referências, comparativamente com o anterior, nos vetores do desporto e da planificação urbana.

Efetivamente, no vetor saúde, as preocupações continuam a ser sobretudo organizativas, se bem que se proponha a elaboração de um Programa Nacional de intervenção integrada sobre Determinantes da Saúde e dos Estilos de Vida e de um Programa de Informação e Educação sobre Estilos de Vida Saudáveis, ambos integrados no Plano Nacional de Saúde a implementar (ponto 1 do capítulo III).

Já no âmbito do desporto, há mais uma medida concreta preconizada: a implementação do Programa Nacional de Promoção da Atividade Física como meio de promoção da saúde pública. Isto representa, sem dúvida, uma política pública integrante do nosso objeto de estudo, se bem que afeto mais uma vez à área do desporto.

Também neste vetor, salientam-se outras medidas complementares:

- o incremento dos hábitos de participação da população na prática desportiva num ambiente seguro e saudável, por forma a contribuir para a promoção do seu bem-estar social e para a melhoria da sua qualidade de vida;
- a promoção e o desenvolvimento do desporto e da actividade física junto das pessoas com deficiência;

- o aprofundamento das relações entre o desporto e o ambiente com vista a um maior aproveitamento das condições naturais para a prática desportiva;
- a valorização do parque desportivo escolar, uma vez que as instalações escolares constituem um dos elementos básicos da rede de infraestruturas de uma comunidade;
- a reforma dos conceitos de espaço para o desporto, tornando-os mais diversificados e ajustados a todos os grupos da população.

Nos restantes vetores de análise, para além da valorização do parque escolar, não se encontram medidas relativas à promoção da atividade física nas escolas, e quanto ao planeamento urbano previam-se programas de requalificação e reordenamento urbanos, de sistemas articulados de mobilidade (transportes e acessibilidades), e a orientação de privilegiar a escala humana através de circuitos pedonais e de ciclovias, bem como da utilização do transporte público.

## **XVII Governo**

Com o XVII Governo constitucional regressou-se ao domínio do Partido Socialista, entre março de 2005 e outubro de 2009. O seu programa de governo reflete antes de mais uma alteração ideológica, assente numa estratégia mobilizadora, de acordo com a sua nota introdutória.

No que respeita aos vetores de análise, na área da saúde o documento proclama que a promoção da saúde pública tem de regressar à agenda política da saúde, em que o “... menor consumo de sal, açúcar e gorduras, abstenção de fumo, uso moderado de bebidas alcoólicas e exercício físico regular reduzir-se-á do uma parte importante dos problemas de saúde individuais e coletivos...”. Para tal, a agenda deve ser orientada para “ganhos em saúde”, anos de vida saudável, livres de doença e incapacidade através do Plano Nacional de Saúde.

No que concerne ao desporto, havia uma animosidade expressa contra a Lei de Bases do Desporto aprovada em 2004 (Lei nº 30/2004), argumentando-se que ignorou a realidade, marginalizou o movimento associativo e esqueceu a crescente importância das autarquias locais no desenvolvimento desportivo nacional. Isto explica porque é que em 2007 veio a ser promulgada nova lei de bases, apenas três anos depois da anterior.

Depois, não há propriamente medidas para estímulo da atividade física, mas apenas se prevê, no âmbito de sistema educativo, reavaliar o domínio das atividades físicas e desportivas escolares, o papel da disciplina de educação física e do desporto escolar, e as condições objetivas do seu exercício nos planos curricular e opcional, colocando o desporto no centro do

sistema educativo, numa adequada articulação e complementaridade com o sistema desportivo.

Quanto ao vetor do planeamento urbanístico, não existem referências que apontem diretamente para a facilitação da atividade física.

### **XVIII Governo**

O Programa de Governo com ação entre outubro de 2009 e junho de 2011 é marcado pela crise económica internacional instalada a partir de 2008. Isto poderia eventualmente justificar a escassez de medidas relativas às dimensões da análise, embora esta característica seja apenas uma continuidade do programa de governo anterior.

Na área da saúde, o mais próximo do tema sob investigação é a afirmação de que a promoção de estilos de vida indutores de saúde e a informação aos cidadãos, com estímulo para a adoção de comportamentos saudáveis, constituem elementos centrais da política de saúde. Mas nas medidas de política previstas no documento não há referência concreta à AF.

No campo do desporto, o programa traz a indicação para a generalização da prática desportiva, apostando na oferta desportiva em proximidade e numa acessibilidade real dos cidadãos à prática do desporto e da AF, através de infraestruturas e equipamentos adequados, bem como a consolidação do aumento da prática desportiva na escola, em articulação com o sistema educativo, contribuindo para estender o desporto a toda a escolaridade obrigatória. A escola é, no texto, a grande promotora de saúde, desempenhando um papel primordial no processo de aquisição de hábitos de vida saudáveis, facilitando a participação ativa na promoção da sua saúde; o desporto escolar deve ser desenvolvido e promovida a sua generalização e valorização.

Mais uma vez também não há registo quanto ao urbanismo, na perspetiva da AF.

### **XIX Governo**

O Programa do XIX Governo constitucional marca o regresso do Partido Social Democrata ao poder, e corresponde ao período entre junho de 2011 e novembro de 2015. A crise económica e a emergência financeira do país marcam este período e, de certa forma, o limite da inquirição, embora ainda se tenha de contar com o Programa do XX Governo, que se seguirá.

Apesar de provir de um governo de matriz diferente, este documento não difere, em termos do número de unidades de registos, do programa do Governo anterior. De facto, para a saúde, propõe a conclusão de um Plano Nacional de Saúde 2011-2016, como pilar fundamental da reforma do sistema de saúde, orientado para a qualidade clínica, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em perspetiva os objetivos de ganhos de saúde da população e

programas nacionais e integrados.

Quanto ao desporto, o Programa prevê incrementar a prática desportiva contribuindo para uma população portuguesa mais saudável, melhorar a acessibilidade e aumentar a participação desportiva por parte de cidadãos mais vulneráveis, instituir um programa que fomente a prática desportiva contínua ao longo da vida, e modernizar e desenvolver o parque desportivo nacional, viabilizando a gestão e utilização das instalações, equipamentos e infraestruturas existentes com vista ao seu integral aproveitamento.

Nas outras duas dimensões, a escola e a planificação urbana, o documento é omissivo.

## **XX Governo**

O XX Governo esteve em funções apenas cerca de um mês – entre outubro e novembro de 2015. Embora sem aplicação, o seu Programa de Governo continha, em linha com o anterior, registos com orientações genéricas como a aposta na promoção da saúde e na prevenção das doenças, dimensões fundamentais para o bem-estar individual e social, nomeadamente pelo desenho de políticas que contribuam para a contínua redução da carga da doença, pelo desenvolvimento da literacia em saúde como meio de capacitar os cidadãos para escolhas informadas e responsáveis e pela introdução da avaliação de impactos na saúde para as políticas e investimentos relevantes.

Relativamente ao desporto, dizia-se ser importante manter o modelo colaborativo, tendo em atenção o carácter transversal das políticas de juventude e o impacto do desporto no desenvolvimento social, e eram objetivos, entre outros:

- reforçar as condições para o incremento da prática desportiva, combatendo os fatores que estão na base do abandono da atividade e promovendo medidas que estimulem as carreiras duais e a articulação entre o desporto federado e o desporto escolar;
- aprofundar o Programa Nacional de Desporto para Todos, a fim de aumentar o acesso à prática desportiva nos segmentos populacionais mais desfavorecidos;
- apoiar e divulgar projetos e iniciativas que visem criar hábitos ao longo da vida que se repercutam em benefícios diretos para a saúde.

À semelhança de programa do Governo anterior, também as restantes duas dimensões não têm qualquer unidade de registo.

## **Fora do período delimitado**

Tendo sido demarcado o período entre 1998 e 2015 como dimensão temporal da inquirição,

não deixa de ser útil, em termos comparativos, aplicar a mesma metodologia de análise aos dois Programas de Governo seguintes. Esta comparação serve para verificar a existência ou não de alguma alteração nas intenções e nas medidas preconizadas pelos Governos entre 2015 e a atualidade.

## **XXI Governo**

Entre novembro de 2015 e outubro de 2019 a responsabilidade pela condução política regressa de novo à esfera do Partido Socialista, cujo Programa de Governo logrou aprovação parlamentar, na sequência da rejeição do programa proposto pelo Governo anterior.

O Programa do XXI Governo apresenta alguns registos nos quatro vetores de análise. Assim, a promoção da saúde pretende obter ganhos em saúde pela intervenção nos vários determinantes de saúde, de forma sistémica, sistemática e integrada, e a articulação da saúde com a ação social e a educação, em que “a saúde em todas as políticas” deverá ser uma estratégia de referência. Como medida elegível é prevista a criação de um Programa Nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados.

O desporto surge enquadrado no capítulo relativo à qualidade de vida e a sua promoção é vista como uma forma de realização pessoal e para o usufruto de uma vida saudável, e ainda como instrumento crucial da qualidade de vida de cada um. Afirma-se também que a iniciativa e o apoio público podem facilitar e potenciar a responsabilidade pessoal com a saúde e a prevenção da doença e seu tratamento. Outras medidas neste campo são:

- uma estratégia que invista na oferta desportiva de proximidade e garanta uma acessibilidade real dos cidadãos à prática do desporto e da atividade física, através de uma utilização mais eficiente das infraestruturas e equipamentos existentes;
- um modelo de desenvolvimento do desporto com o objetivo de promover mais e melhor desporto para mais cidadãos, começando a formação na escola, prosseguindo o desenvolvimento do desporto através do movimento associativo com base nos clubes e federações e generalizando a prática desportiva em parceria ativa com as autarquias, as políticas da saúde, da educação, do ambiente, do turismo e do desenvolvimento e ordenamento do território;
- apoio e divulgação de projetos e iniciativas que promovam a generalização da atividade física e desporto, abrangendo a diversidade da população portuguesa, visando criar hábitos ao longo da vida que se repercutam em benefícios diretos para a qualidade de vida e a saúde.



No ensino, em conjunto com outras medidas como a criação de programas de desenvolvimento do ensino experimental de educação física, a política desportiva é articulada com a escola, reforçando a educação física e a atividade desportiva nas escolas e estabelecimentos de ensino superior, compatibilizando a atividade desportiva com o percurso escolar e académico e valorizando e apoiando o ressurgimento de um quadro de competições desportivas nas escolas.

Por fim, quanto ao planeamento urbano, várias referências se enquadram na temática da AF:

- implementação de novos conceitos de mobilidade;
- estimular os modos de transporte suaves, como a bicicleta e o pedonal;
- desenvolver e aplicar um Plano de Promoção da Bicicleta e outros modos de mobilidade suave;
- fomentar a construção de infraestruturas cicláveis, tendo em conta 3 perfis de utilizadores e 3 diferentes funções: a prática desportiva, a prática de turismo e lazer e a mobilidade urbana;
- reduzir a área ocupada pelo transporte individual, nas vias e no estacionamento, favorecendo o uso do transporte público e a mobilidade suave, em especial a mobilidade pedonal e ciclável, como forma de promoção da mobilidade jovem e da acessibilidade por cidadãos seniores.

## **XXII Governo**

O Programa do atual Governo, iniciado em outubro de 2019 e que se estenderia supostamente até 2023, contém igualmente registos de relação direta com a promoção da AF. Comparando com o programa anterior, estes são em menor número: na saúde surge a previsão de mecanismos transversais de governação integrada, que envolvam as diferentes áreas (educação, saúde, proteção social, etc.), por forma a assegurar um funcionamento ágil e eficiente das respostas de proximidade. Uma medida inovadora é intenção de responsabilizar os agrupamentos de centros de saúde pela articulação com as escolas na promoção da alimentação saudável e da atividade física, na prevenção do consumo de substâncias e de comportamentos de risco, na educação para a saúde e o bem-estar mental, capacitando as crianças e jovens para fazerem escolhas informadas e gerirem a sua saúde, com qualidade. Esta é também o único propósito em matéria de promoção da AF para o meio escolar.

No referente ao desporto, é objetivo estimular a atividade física e desportiva, potenciar o contributo do desporto, bem como elevar os níveis de atividade física e desportiva da

população, promovendo os índices de bem-estar e saúde de todos os estratos etários. As duas medidas mais relevantes no contexto, relativas ao urbanismo são, no seguimento do documento anterior:

- apoiar o desenvolvimento de redes cicláveis e áreas livres de automóveis, através da requalificação do espaço público e outras formas de mobilidade ativa, em harmonia com o meio urbano envolvente;
- desenvolver a rede nacional de infraestruturas cicláveis, no âmbito da Estratégia Nacional de Mobilidade Ativa, incluindo a definição de uma rede de infraestruturas de âmbito internacional, nacional, regional / intermunicipal e local, promotora da mobilidade suave contínua, conexa, segura e inclusiva.

### ***Dependências institucionais e atribuições***

O segundo plano de caracterização institucional das políticas de promoção da AF é relativo às dependências em termos das entidades da Administração com atribuições nessas políticas – pelo menos do ponto de vista originário, isto é, da sua responsabilidade primária.

Como seria natural, a pesquisa orientou-se nesta matéria para a legislação que enquadra os principais departamentos do governo ao longo do tempo: o Ministério da Saúde e a entidade que teve sucessivamente a seu cargo a área do desporto. Interessa localizar regras que possam albergar a promoção da AF, ainda que de uma forma genérica. Uma síntese dessas dependências consta do Anexo C.

As sucessivas leis orgânicas dos governos contêm normas muito fugazes sobre a competência das entidades geradas por essas leis. O Ministério da Saúde consta em todos aqueles normativos; a respetiva orgânica constava inicialmente do Dec.lei nº 10/93, de 15 de janeiro, e tinha como principal missão a definição da política nacional de saúde, bem como as correspondentes funções normativas, e também promover e avaliar a respetiva execução (artigo 1º). Esta formulação mantém-se, aliás, nas sucessivas leis orgânicas deste ministério, com pequenas alterações, quer em 2006, quer na atual lei orgânica do Ministério, constante do Dec.lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, com as alterações posteriores.

Em termos operacionais, cabe à Direção Geral de Saúde, instituída pelo Dec.lei nº 345/93, de 1 de outubro (posteriormente substituído pelo Dec.lei nº 122/97, de 20 de maio), as atribuições na área da saúde pública e na prossecução de políticas e programas visando a saúde em geral. O decreto regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, que orienta atualmente a respetiva orgânica, elenca essas atribuições, de onde se destaca:

- desenvolver e promover a execução de programas em matéria de saúde pública e para melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde;
- coordenar e assegurar a vigilância epidemiológica de determinantes da saúde e de doenças transmissíveis e não transmissíveis;
- assegurar a elaboração e a execução do Plano Nacional de Saúde, coordenando, a nível nacional, a definição e o desenvolvimento de programas de saúde, com base num sistema integrado de informação, articulando com os demais serviços e organismos do sistema de saúde;
- apoiar a definição das políticas, prioridades e objetivos do Ministério da Saúde e promover a procura de ganhos em saúde, assegurando a melhor articulação entre os diversos serviços e organismos;
- propor, anualmente, ao membro do Governo responsável pela área da saúde, a fixação do montante disponível para cada programa de apoio.

Estas missões constituem um desenvolvimento daquelas que foram sendo consignadas nos diplomas da DGS: no Dec.lei n.º 122/97 constata-se a realização e apoio técnico a estudos sobre serviços de saúde e de consultoria em política e administração de saúde, a preparação de planos sectoriais de desenvolvimento e sua articulação com os planos regionais e nacionais, assim como a preparação e avaliação de programas e medidas de política sectorial e de programação do sector. A reforma de 2007 da DGS, através do decreto regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, estabelece como missão desta entidade regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde, e emitir orientações e desenvolver programas específicos em matéria de promoção e proteção da saúde e prevenção e controlo da doença.

Em 1998 estava em funções o XIII Governo, cuja lei orgânica, o Dec.lei n.º 296-A/95, de 17 de novembro (alterado várias vezes ao longo da legislatura), contemplava um ministério da saúde e uma Secretaria de Estado do desporto dependente do Ministro Adjunto do Primeiro-Ministro. De acordo com o artigo 6.º, n.º 3, a Presidência do Conselho de Ministros passa a ser responsável pelo Instituto do Desporto, entidade abaixo analisada. Com exceção do período entre 2001 e 2002, a área do desporto foi sempre tutelada pela Presidência do Conselho de Ministros, através da figura do Secretário de Estado do Desporto, afeto umas vezes a essa presidência e outras a um Ministro Adjunto.

No período compreendido entre agosto de 2001 e abril de 2002, o desporto chegou a ter um Ministério próprio, o Ministério da Juventude e Desporto, instituído pelo Dec.lei n.º 217/2001,

de 3 de agosto. Com a entrada em funções do XV Governo, o desporto regressou à tutela da Presidência do Conselho de Ministros, nos termos da respetiva lei orgânica (Dec.lei nº 120/2002, de 3 de maio). A grande alteração tutelar dá-se com o XXI Governo, em 2015, passando a Secretaria de Estado do Desporto e Juventude para a alçada do Ministério da Educação, onde se mantém até hoje.

A entidade operativa para o desporto foi e é o Instituto que, sob a responsabilidade da Secretaria de Estado respetiva, reúne as atribuições mais significativas em matéria de AF. O Dec.lei nº 62/97, de 26 de março – alterado por vários diplomas - procedeu à criação do Instituto Nacional do Desporto, em substituição do INDESP (Dec.lei nº 143/93, de 26 de abril); todavia, aquelas atribuições centravam-se no desporto enquanto fenómeno e, embora prevendo a generalização da prática desportiva, não regista uma competência alargada.

O já referido Dec.lei nº 217/2001 procedeu à substituição do IND pelo IDP – Instituto do Desporto de Portugal, mas tanto este diploma como o que se lhe seguiu – o Dec.lei nº 96/2003, de 7 de maio - não diferem quanto ao âmbito da sua intervenção. Mas a alteração substancial deu-se com a publicação do Decreto-Lei nº 169/2007 de 3 de Maio. Este diploma, para além de proceder à transformação do IDP em instituto público, dotado de autonomia administrativa e financeira e com património próprio, vem incorporar regras explícitas quanto à promoção da AF, no seguimento das prescrições da Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto desse mesmo ano.

É agora também missão do IDP, I.P., promover a generalização da atividade física, sendo atribuições, entre outras para a atividade desportiva, propor a adoção de programas que visem a integração da atividade física nos hábitos de vida quotidianos dos cidadãos.

Em 2011, com o XIX Governo da responsabilidade do Partido Social Democrata e seguindo a orientação política de emagrecimento das estruturas do Estado, o IDP é substituído pelo Instituto Português do Desporto e da Juventude (IPDJ), por efeito do Dec.lei nº 98/2011, de 21 de setembro, posteriormente alterado e republicado pelo Dec.lei nº 132/2014, de 3 de setembro. E aqui verifica-se nova reviravolta: a AF deixa de fazer parte da missão do IPDJ, e nas respetivas atribuições apenas se descortina ainda a referência à adoção de programas para a integração da atividade física e do desporto nos estilos de vida saudável quotidiana dos cidadãos, mas apenas no domínio do desporto, conforme o nº 3 do artigo 4º (nº 2 na versão originária da lei).

Já fora do período em investigação, os XXI e XXII Governos constitucionais, transferiram a responsabilidade da promoção da AF para a DGS, como já foi mencionado. Todavia, entre 2011 e 2015 não há um organismo concreto responsável por aquela matéria.

No que respeita à AF em meio escolar, sempre esteve a cargo do Ministério da Educação, não se revelando necessário uma investigação alargada. Já quanto ao urbanismo, a escassez de registos a nível da legislação de enquadramento dispensa também um aprofundamento do tema.

## 7.2. Síntese analítica

Ao longo do período que decorreu entre 1998 e 2015 – e, mais uma vez, a título comparativo com referência ainda ao período correspondente ao início de funções do XXI Governo até à atualidade – nos vetores correspondentes às orientações legislativas de fundo e às atribuições das principais instituições políticas, é possível avançar algumas conclusões relativamente às políticas de promoção da AF enquanto determinante de saúde. Os quadros seguintes ajudam na síntese possível.

Um primeiro quadro, que compara a frequência de registos em cada uma das dimensões analítica escolhidas no desenho da inquirição (saúde, desporto, meio escolar e planificação urbanística), permite perceber o conjunto de orientações contidas nas diferentes leis de bases de cada uma dessas dimensões, quanto ao tema em investigação. Para isso foi usada uma escala que classifica as unidades de registo em *forte/médio/fraco*, de acordo com o seu grau de generalidade.

Assim, um grau forte (+++) representa uma referência direta à atividade física enquanto determinante de saúde; um grau médio (++) representa uma referência direta, mas sem autonomia; e um grau fraco (+) representa uma referência genérica, potencialmente dinamizadora, mas de forma indireta, à política promotora da AF. Excluíram-se referências vagas ou de tal modo genéricas que existiriam ainda que o tema fosse diferente: por exemplo, a referência à qualidade de vida dos cidadãos é tão genérica que pode enquadrar-se em qualquer tema objeto das políticas públicas.

Cada documento legislativo foi cruzado com três indicadores concretos: a integração em saúde, ou seja, assinalaram-se os registos que mencionavam a AF enquanto determinante de saúde; a previsão de políticas especificamente dirigidas à promoção da AF; e a indicação legal para uma coordenação intersectorial, seja ela horizontal ou vertical.

Quadro legal	Integração em saúde	Políticas específicas	Coordenação intersectorial	Legenda
<i>Saúde</i>				+ - fraco ++ - médio +++ - forte
Lei 48/90		+	+	
Lei 95/2019*		++	++	
<i>Desporto</i>				
Lei 1/90	+	+	+	

Lei 30/2004	+	+	+
Lei 5/2007	++	++	+++
<i>Meio escolar</i>			
Lei 46/86	+	+	
Decreto-lei 95/91	+	+	
<i>Urbanismo</i>			
Lei 48/98			
Lei 31/2014			
PNPOT	++	+++	++

\*A título comparativo

Quadro IV. 2 - Frequência de registo das leis de bases segundo os indicadores escolhidos.

A análise deste quadro revela que apenas dois documentos, a Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto de 2007 e o Programa Nacional da Política de Ordenamento de Território, também de 2007, contêm orientações concretas quanto coordenação entre sectores, no primeiro caso, e da prossecução de políticas específicas no segundo. Em todos os outros documentos as referências são de grau fraco ou mesmo demasiado genéricas para serem consideradas. Conforme já foi deixado atrás, embora a LBAFD represente um passo à frente na consideração da AF enquanto aspeto diferenciado do desporto, a sua promoção continua a depender do quadro jurídico deste último.

Em matéria de meio escolar, embora seja este um meio privilegiado para criar hábitos de vida mais ativa, a realidade tem empurrado a disciplina de Educação física para níveis muito baixos de tempo curricular e, quanto ao desporto escolar, é uma realidade pouco palpável. Quanto à planificação urbanística, apenas o PNPOT contém registos expressos que ligam a promoção da AF à saúde e condiciona a utilização do território à criação de condições para o aumento dos índices da prática de atividades físicas e de atividades desportivas.

Num segundo passo, foram verificados alguns mecanismos institucionais, a fim de se apurar da responsabilidade primária pelas políticas de promoção da AF. Utilizaram-se primeiramente os programas dos sucessivos governos, a partir de XIII Governo que se encontrava em funções em 1998, até ao XX, em 2015 e comparativamente com o XXI e XXII Governos, ambos posteriores àquela data.

O segundo quadro desta síntese utiliza igualmente a graduação forte/médio/fraco já explicitada, para enquadrar a análise do respetivo conteúdo quanto ao registo das políticas de promoção da AF nos quatro vetores considerados no modelo.

Deste quadro resulta que os sucessivos programas de governo continham pouca ou nenhuma orientação política referente ao tema em análise. Acresce que os escassos registos só com um critério flexível são suscetíveis de serem enquadrados no levantamento das orientações

políticas. Acontece até que no programa do XV Governo não existe qualquer registo a assinalar; curiosamente no XVI propõe no seu programa o Programa Nacional de Promoção da Actividade Física, que efetivamente só veio a ser concretizado em 2016, se bem que tenha existido um Plano Nacional da Actividade Física, de 2011, mas sem o âmbito abrangente daquele Programa.

Governo	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX	XXI*	XXII*
Saúde	+			++	+	+	+	+	+	+
Desporto	+	+		+++		+	+	+	++	+
Meio Escolar	++	++			+	+			+	+
Urbanismo				+					+	+

\* A título comparativo

Quadro IV. 3 - Frequência e registo dos Programas de Governo aos vetores de análise.

Comparativamente com os governos inserido na dimensão temporal da inquirição, os dois governos posteriores conseguem preencher os quatro vetores analíticos, ainda que com registos de grau fraco, o que não aconteceu com nenhum daqueles. Isto pode significar uma mudança significativa na agenda política relativamente à promoção da AF.

Um terceiro eixo de análise, ainda centrado nas estruturas político-administrativas, procurou localizar-se as regras primárias das atribuições das políticas públicas relativas à AF. Para o efeito foram analisadas as leis orgânicas dos sucessivos governos, bem como do Ministério da Saúde e das entidades com competência em matéria de desporto. A análise foi ainda levada aos normativos das principais entidades operativas nestes dois domínios: a DGS e o IPDJ.

Todas as leis orgânicas analisadas têm potencial para incluir políticas públicas de promoção da AF; todavia poucos registos se assinalam quanto a essas políticas. Como se viu, curiosamente e por efeito da promulgação da LBAFD em 2007, o Dec.lei nº 169/2007 veio cometer ao IDP a missão promover a generalização da AF e propor a adoção de programas que visem a integração da atividade física nos hábitos de vida quotidianos dos cidadãos. Esta orientação durou pouco tempo, já que em 2011 a promoção da AF deixa de estar incluída nas atribuições do IPDJ (instituto sucessor do anterior), contendo-se aí apenas uma referência genérica e sempre dependente da promoção desportiva.

Em termos comparativos, os governos que se seguiram ao XX Governo transferem a tutela

do desporto para o Ministério da Educação e a política de promoção da AF é cometida à DGS, de forma explícita e concreta. Isto significa a inclusão explícita da atividade física na agenda política e a sua autonomização relativamente à atividade desportiva. A mesma conclusão se tira de outros aspetos como a ligação entre a AF e a planificação urbanística, presente igualmente nos programas dos dois últimos governos.

### **7.3. Uma visão particular das políticas de saúde: OPSS**

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde nasceu em 2001 de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, o Instituto para o Desenvolvimento de Gestão Empresarial pertencente ao ISCTE-Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, a Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e Instituto Superior de Serviço Social do Porto, amplamente reclamado (Sakellarides, 2000: 33), tendo como finalidade proporcionar a todos aqueles, que de maneira ou outra, podem influenciar a saúde em Portugal, uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos fatores que a determinam (OPSS, 2002: 1).

O seu principal produto é o designado “Relatório de Primavera”, publicado a partir de 2001, cujos objetivos são “proporcionar uma análise contínua da evolução do sistema de saúde português, incorporando anualmente os factos mais recentes; contrastar anualmente estes factos com as expectativas que resultam deste enquadramento; formular hipóteses explicativas para a maior ou menor realização dessas expectativas; e aprofundar essas hipóteses explicativas sempre que a evidência disponível o permita” (OPSS, 2001: 4).

O Observatório agregou uma rede de investigadores e instituições dedicadas ao estudo e avaliação dos sistemas de saúde, selecionados pela suas competências académicas em políticas de saúde, pela sua multidisciplinaridade e disponibilidade para declarar conflitos de interesses em relação aos temas que são chamados a analisar, conseguindo com isso, nas palavras expressas nos seus Relatórios, uma pluralidade de pontos de vista, bem como uma complementaridade de competências e uma gestão flexível das capacidades disponíveis.

Em 2014, o OPSS anunciou a alteração a este processo, passando a incluir vários núcleos de investigação orientados para o desenvolvimento de temáticas específicas, os quais, sendo uns mais ligados à investigação académica e outros mais próximos do terreno, trabalhando em articulação, propondo-se alcançar a máxima evidência possível para elaboração dos seus Relatórios.

Por variadas vezes os responsáveis do OPSS declararam que o Observatório na tomava



posição sobre as agendas políticas da saúde, mas procura antes analisar objetivamente a evolução no sistema de saúde, desde os processos de governação em saúde até às ações dos principais atores, reunindo evidência que suporta esses processos, ações e os seus resultados. Em 2009, o OPSS alertava, no entanto, que os seus exercícios de análise e comunicação mantinham importantes limitações, decorrentes essencialmente “da não realização das expectativas do OPSS quanto aos desenvolvimentos metodológicos e comunicacionais, considerados necessários para uma evolução satisfatória deste projeto”. Tal devia-se essencialmente ao conservadorismo do “sistema de ciência” português que continuava a não financiar investigação em políticas e serviços de saúde. O alerta estendia-se ao risco do desaparecimento do OPSS a muito curto prazo (OPSS, 2009: 14).

A leitura atenta dos Relatórios mostra que a posição acrítica relativamente à agenda política nem sempre foi bem assim.

Embora com alterações nos seus protagonistas e nos seus processos, as evidências recolhidas pelos sucessivos Relatórios do OPSS constituem uma visão crítica importante no que se refere às políticas públicas e à governação em saúde. O Observatório foi um importante *stakeholder* na evolução das políticas de saúde no período considerado. Por isso, justifica-se um resumo do que mais relevante foi escrito naqueles documentos.

#### *De 2001 a 2004*

Em 2001, o OPSS constatava que as causas mais relevantes da mortalidade em Portugal tinham como principais determinantes o consumo de tabaco, o abuso do álcool, dietas pouco saudáveis, a condução rodoviária de risco, toxicod dependência e inatividade física. Muitas vezes estes comportamentos eram fruto de más condições ambientais, baixo nível socioeconómico e serviços de saúde inadequados. Apontam por isso a importância de valorizar estratégias ativas de promoção da saúde.

Por outro lado, no ciclo político correspondente ao XIII Governo Constitucional a saúde continuou a não ser uma prioridade de política social, tendo como consequências a falta de prioridade distribuição dos recursos financeiros do Orçamento Geral do Estado, procurando-se “direcionar investimento político no sentido de mobilizar uma base social e política de apoio à reforma da saúde, indisponibilidade para correr riscos políticos com o aumento de tensões e confrontações que inevitavelmente estão associadas a reformas desta natureza”.

Iniciado novo ciclo em 1999 com o XIV Governo Constitucional, dá-se conta de uma alteração às condições da agenda política: é constituída uma nova equipa ministerial, há um

vasto conjunto de medidas de reforma recentemente estudadas, negociadas, legisladas e algumas em início de implementação, e existem condições políticas para mobilizar uma base de apoio. Todavia, a expectativa não se confirma, uma vez que se estabeleceram metas excessivas em aspetos de grande visibilidade, como o financiamento da saúde e as “listas de espera”. Tomam-se medidas de intervenção, sem qualquer quadro de referência explícito, acentua-se o clima de centralização e de diminuição da transparência informativa e consuma-se a quase completa descontinuidade nas principais medidas da reforma antes preparadas.

Estas conclusões são retomadas no Relatório de **2002**, dando conta então que, e cita-se, apesar das muitas iniciativas de mérito que tiveram lugar neste ciclo de cerca de 6 anos, pode dizer-se que ele constituiu uma oportunidade perdida para a reforma da saúde em Portugal. E ainda, tendo em conta as diferentes agendas políticas observadas até aí e do mérito de sucessivas medidas de política pública, a fragilidade da governação da saúde e dos seus instrumentos era comum aos ciclos observados. Por isso, nas conclusões gerais deste Relatório apontava-se a necessidade de reformar o modelo de governação da saúde antes de reformar os serviços de saúde.

A análise da governação no Relatório de **2003** era resumida, entre outros, nos seguintes aspetos:

- As numerosas medidas tomadas pelo Ministério da Saúde durante o primeiro ano de governo refletem o teor do programa de governo legitimado politicamente;
- O sistema político português prepara propostas eleitorais e de governo, com uma limitada base técnica – ou seja, os ideários políticos não são acompanhados por estudos detalhados sobre soluções técnicas concretas que deles decorrem;
- O estudo dos processos de governação da saúde nos últimos anos mostra importantes descontinuidades de orientação, mesmo entre governos que tem origem nas mesmas forças políticas.
- Neste contexto o Ministério da Saúde optou por iniciar uma “reforma da saúde” imediatamente após o início da sua atividade, o que deu origem a uma considerável intensidade governativa durante o primeiro ano do mandato do novo Governo.

Quanto ao tema da promoção da saúde, o Relatório apontava, na expectativa do “Plano de Saúde” em preparação, três aspetos fundamentais: a importância de uma governação e responsabilização horizontal no sector da saúde; a necessidade de melhorar substancialmente a utilização do conhecimento nas decisões da saúde; e a contribuição que uma abordagem

estratégica consistente pode ter para melhorar ambos os aspetos anteriores.

Nas suas conclusões são de sublinhar críticas às limitações do sistema político, já que os partidos políticos aparentavam “uma capacidade limitada em prepararem, antes de acederem à governação, políticas públicas e dispositivos de governação suficientemente detalhados, realistas e com uma clara base técnica e social de apoio”. E quanto à governação em saúde evidenciava as dificuldades no desenvolvimento das instituições (particularmente da administração pública), na utilização da informação e do conhecimento, na difusão e apoio à inovação.

Estas dificuldades repercutem-se em domínios como a realização de políticas intersectoriais; a falta de credibilidade da informação sobre financiamento da saúde e sobre o acesso aos cuidados de saúde, na promoção de um acesso efetivo e equitativo à informação de saúde. Existindo um amplo consenso sobre que são boas práticas da governação (independentemente das agendas políticas em causa e dos valores que lhe estão subjacentes), recomendava-se investir nos instrumentos e na “boa governação da saúde”.

No Relatório de **2004**, o OPSS dá conta da intensa produção legislativa entre 2003 e 2004, com a prolação de 28 documentos até à saída do relatório. Apesar disso, apontava-se que a combinação de uma crença nas virtudes da agenda política com um forte pendor voluntarista nas soluções concretas adotadas justificava uma análise detalhada sobre a gestão da mudança que se encontrava em curso na saúde.

No seguimento da emissão do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, sustentava-se que este plano deveria ser visto e valorizado como um instrumento com potencial para vir a garantir coerência estratégica à governação da saúde em Portugal. Entre as várias condições para essa função, destacavam-se o desenvolvimento de programas e projetos específicos no âmbito do PNS, com liderança própria, e a intersectoralidade, com o envolvimento explícito e estruturado dos diversos sectores cuja atividade tem impactos na saúde.

A promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis constituiu uma área expressamente contemplada no PNS, contemplando e intervenção de forma integrada e intersectorial nos fatores determinantes das patologias crónicas mais prevalentes na população. Privilegiava-se a intervenção no trabalho de nível local, através da criação de grupos operativos e de espaços de promoção da saúde de cariz multidisciplinar e intersectorial.

O relatório chama a atenção ainda para as fragilidades do debate político sobre a saúde, considerando que o sistema político deveria assumir claramente as suas agendas políticas no domínio da saúde. As questões sobre valores e as suas implicações devem ser formuladas de forma a serem facilmente compreendidas pelos cidadãos.

### *De 2005 a 2009*

Em **2005**, com a alteração do Governo e da matriz política, o Relatório procura extrair ensinamentos do ciclo que terminava nessa altura. Dá conta de uma indiscutível liderança política, caracterizada por determinação pessoal do responsável pela saúde, grande disponibilidade para participar em sessões públicas onde se discutiam aspetos relevantes para a reforma da saúde, preocupação com a pedagogia do discurso, coragem no enfrentar audiências previsivelmente difíceis. Também se sublinha o discurso sobre a importância do acesso aos cuidados de saúde por parte dos cidadãos, e o apoio político a uma estratégia de saúde foi crítico para a elaboração do PNS.

Na perspetiva oposta, apontavam-se aspetos menos positivos da ação governativa: a fundamentação técnica de algumas das medidas de política adotadas afastou-se do que seria expectável; outras medidas foram tomadas e implementadas sem uma intervenção clara dos atores sociais, e o aumento da intensidade do marketing político, centrado em interpretações de conveniência de dados incompletamente disponibilizados, em substituição de um processo analítico com contraditório.

Quanto ao novo ciclo político iniciado nesse ano, o Relatório assinala que o novo programa de governo para a saúde era muito consistente com o programa eleitoral do partido vencedor das eleições legislativas e refletia uma agenda política centrada na necessidade e importância de uma reforma profunda dos serviços públicos de saúde, dando prioridade aos cuidados de saúde primários e na importância da promoção da saúde e da gestão da doença. Para este efeito, dava continuidade ao Plano Nacional de Saúde, dando um sinal invulgar, de apreço por algumas das medidas da governação anterior. Nesta sequência, a Parte II do documento centra-se na análise das propostas dos vários quadrantes políticos para a saúde, apresentados ao eleitorado.

No documento de **2006** procura fazer-se um balanço de um ano da governação em saúde pelo Governo que iniciara funções no ano anterior. Este balanço começa pelo Orçamento de Estado para o mesmo ano, no qual as despesas com a saúde representavam cerca de 16% dos encargos da administração pública, o que equivalia a cerca de 9,3% do PIB.

Aliás, a preocupação deste Relatório centrou-se nas questões da governação financeira da saúde, nomeadamente nos modelos de contratualização e de mudança nos serviços de saúde. O balanço que era proposto no seu início conclui que parecia estarem “reunidas, à partida, as condições para se iniciarem e implementarem reformas no Sistema de Saúde que permitam uma melhor organização e estrutura internas, mas principalmente, uma melhor prestação de

cuidados, quer sob uma perspectiva da qualidade dos cuidados, quer sob a perspectiva da eficiência do sistema”.

O Relatório de **2007** enfatizava, novamente, o problema da reforma da saúde, desta feita a partir de considerações sobre as tendências europeia e mundial na governação em saúde, apontando alguns aspetos essenciais à eficiência e à efetividade, destacando-se destes:

- Maior investimento e mais rápida operacionalização, no âmbito do PNS, da promoção da saúde e da gestão das doenças crónicas;
- Um maior esforço na literacia em saúde dos portugueses, sem a qual dificilmente os cidadãos podem fazer “escolhas informadas por resultados”, nem será possível assegurar o desenvolvimento satisfatório dos programas de promoção de saúde e de gestão da doença crónica.

Neste último aspeto, o documento afirma que existia a necessidade de promover agressivamente a literacia da população não só naquilo que diz respeito aos determinantes da saúde, como também à “capacidade de navegação” num sistema de saúde cada vez mais complexo.

No resumo da avaliação sobre a governação, o Relatório aspetos e decisões positivas e até consonantes com um “novo serviço público de saúde”, anunciado quando este Governo em funções tomara posse, mas igualmente aspetos negativos, destacando-se a ausência de um debate sobre as políticas de saúde, o qual quase não existia, nas palavras do documento, sendo urgente assumi-lo com discussões públicas e propostas assumidas pelos partidos políticos e inseridas nos seus programas eleitorais.

Na avaliação de **2008** sobre a governação, e nas reflexões finais, o Relatório do OPSS dava conta de uma herança pesada deixada ao Ministério da Saúde na troca de titulares do cargo em Janeiro de 2008 assinalando, no entanto, importantes progressos da governação em 2007 e alguns acontecimentos importantes para a saúde pública, nomeadamente uma nova lei sobre o tabaco, uma nova situação relativa à interrupção voluntária da gravidez e a criação da “plataforma contra a obesidade”. Apesar da análise de algum detalhe em aspetos específicos da governação em saúde, o documento não contém grandes conclusões sobre a mesma.

Já em **2009**, aponta-se que as tomadas de decisões isoladas, não enquadradas em quaisquer planos locais de infraestruturas da saúde, a ausência de discussão de prioridades com os atores locais e alguma descoordenação na implementação de medidas de política criaram um ambiente de enorme contestação social justificaram a troca do responsável pelo Ministério da Saúde.

Como resultado, o Relatório parece traçar um quadro de maior eficiência e resposta às

situações críticas. Nas conclusões, todavia, não deixa de apontar falhas sistémicas na governação em saúde, destacando-se a ausência de um “centro” inteligente de análise e direção estratégica na governação da saúde, bem como a falta de planeamento estratégico de longo prazo (indicando especificamente os recursos humanos). Estas falhas, contudo, não seriam atribuídas exclusivamente ao sector da saúde, mas refletem o grau de desenvolvimento do país, a cultura do sistema político, a qualidade das instituições do Estado, as contribuições da ciência, da tecnologia e dos sistemas de aprendizagem, e os comportamentos da sociedade civil.

#### ***De 2010 a 2014***

O Relatório de **2010** alerta para o facto de que um dos principais problemas que se colocava no contexto da informação de saúde se prendia com a circunstância da evidência científica ser pouco utilizada nas tomadas de decisão, quer sejam de nível individual ou coletivo, o que *“parece dever-se, essencialmente, a dois fatores: por um lado, o manancial de informação existente com níveis de qualidade e validade muito variável e, por outro lado, a dificuldade em identificar e utilizar a melhor informação/evidência de suporte a determinado tipo de decisão”*. Outra conclusão é a ausência de uma informação interoperável entre os sistemas de informação utilizados por decisores políticos, administradores e prestadores de cuidados, que muitas vezes determinam a duplicação da informação, atrasos na prestação de contas e falhas nos registos.

Neste sentido, o documento conclui pela necessidade de o sistema de saúde ser gerido de forma integrada e pró-ativa, acompanhada por uma cultura de melhoria contínua de desempenho, devidamente apoiada por ferramentas para a sua gestão e mudança comportamental. Para o efeito, deveria exigir-se melhorias na capacidade de gestão do desempenho através do uso de dados relevantes e regimes de responsabilização simplificados.

Ainda refletindo sobre a crise financeira instalada, e no seguimento da situação do SNS, é sublinhado que a situação económica resultava da crise do sistema financeiro de 2007 e das “soluções” que foram, entretanto, adotadas para lhe dar resposta, assim como das omissões nessa resposta; e que apesar dos países mais periféricos da zona Euro pouco terem contribuído para aquela crise financeira, as debilidades estruturais das suas economias tornaram-nos particularmente vulneráveis aos seus efeitos.

Em **2011**, o OPSS começa por referir a crise política, decorrentes da intervenção da “Troika” e as medidas acordadas com os partidos do “arco da governação”, as quais foram negociadas em plena crise política, com um governo demissionário e o país em clima de campanha eleitoral. As referidas medidas caracterizaram-se, genericamente pela imposição de

um calendário muito apertado de reformas que atingem todos os sectores de atividade incluindo a saúde.

No balanço anual da governação, o Relatório conclui que o Ministério da Saúde esteve mais focado na implementação de medidas de rápida redução da despesa, para atingir as metas previstas no Orçamento de Estado, do que a tomar novas iniciativas de promoção do valor em saúde, a equidade e a própria sustentabilidade, a médio ou longo prazo, do SNS. Nas conclusões é reforçada esta afirmação, com os antecedentes imediatos da governação altamente condicionada pelo agravamento da situação financeira do país, que se manifestou por uma diminuição de cerca de 13% no orçamento da saúde para 2011.

Ainda na reflexão sobre as medidas tomadas na sequência da crise financeira, o documento questiona a razão pela qual não foram tomadas antes. E aponta essencialmente, três razões para que os vários governos, nos vários anos que antecederam a crise, não tenham tomado muitas destas medidas, ainda que as tenham reconhecido como importantes e necessárias:

- Baixa qualidade dos dispositivos e instrumentos da governação da saúde;
- Densa estruturação dos interesses particulares – económicos e profissionais – que se sobrepõem muito frequentemente ao interesse geral;
- Ausência de uma cidadania ativa – pessoas informadas e capacitadas, disponíveis para um envolvimento argumentativo nas questões que lhes dizem respeito.

No balanço de **2012** e relativamente o ano transato, o OPSS dá conta do profundo impacto negativo das medidas do designado “Memorando de Entendimento” que guiou a intervenção financeira externa, sobre a saúde. Para o Observatório, o programa acordado com a Troika não implicava uma reforma do sistema de saúde, mas apontava para um vasto conjunto de medidas de racionalização e melhoria da eficiência, nos vários níveis do sistema.

Quanto ao impacto nas políticas públicas de saúde, aquele memorando de entendimento afetou o sistema de saúde e a própria saúde de múltiplas formas:

- Empobrecimento, desemprego e endividamento sobre a saúde das pessoas;
- Pressão da diminuição do gasto público com a saúde sobre o funcionamento dos serviços de saúde;
- Diminuição das disponibilidades financeiras das famílias (menos rendimentos, maior custo de vida) e dos copagamentos nos serviços públicos de saúde (falsas taxas moderadoras);
- Na elaboração e adoção das medidas que constam do memorando não foi tido em conta

o seu impacto na saúde e o bem-estar dos portugueses.

O Relatório aponta aspetos críticos das políticas de saúde, para além dos que decorreram do memorando da “Troika”: falta de uma verdadeira política de saúde que enquadrasse as medidas de racionalização e de contenção de gastos e que minimize os seus efeitos negativos, implicando falta de estratégia, com ausência de um novo Plano Nacional de Saúde (o anterior terminara em 2010); a transformação do sistema de saúde (processo de cuidados, cidadania e literacia) – não estava na agenda do Ministério da Saúde; necessidade de um grande investimento em novos instrumentos da governação da saúde com vista à sua qualidade.

Concretizando alguns dos problemas da saúde, o Relatório aponta o exemplo do aumento da prevalência das doenças crónicas, relacionado com mudanças culturais e sociais, traduzidas em novos padrões comportamentais (alterações alimentares, redução da atividade física e estilos de vida não saudável), no envelhecimento da população e na crescente urbanização. Estas são doenças que acompanham a pessoa ao longo de muitos anos; são usualmente associadas a várias co-morbilidades que afetam a qualidade de vida da pessoa e representam vários desafios ao nível da promoção de comportamentos saudáveis, vigilância, organização e gestão de cuidados, e gestão da informação e do conhecimento.

O panorama em **2013**, relativo ao ano anterior, revela um certo balanço da aplicação das medidas de contenção económica, mais uma vez sublinhando a redução da capacidade dos cidadãos, com a redução do seu poder de compra e os efeitos adversos na saúde geral.

O documento critica a demora na implementação do novo PNS 2012-2016, mas elogia o seu processo de elaboração e desenvolvimento, o qual representou um avanço significativo ao nível da participação e discussão, transparência e fundamentação teórica. No entanto, o documento continha omissões em termos de orientações e ações concretas com vista à sua operacionalização aos diferentes níveis.

Por outro lado, o PNS enquanto pilar fundamental da reforma do sistema de saúde, orientado para a qualidade clínica, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis enquadra um conjunto de programas nacionais como medida estratégica do programa do XIX Governo para a legislatura (2011 a 2015). Aliás, como referia o mesmo documento logo no seu início, uma das medidas do OE para 2012 era relativa à prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente com a promoção da cooperação interserviços, na medida em que a mesma é fundamental na definição de políticas públicas de promoção da saúde e prevenção das doenças e a sua implementação necessita do envolvimento de vários setores governamentais e não-governamentais.



O Relatório de **2014** evoca o fim da intervenção formal da “Troika” em Portugal e dá conta dos efeitos negativos da crise internacional, apontando nas suas conclusões:

- Silêncio prevalecente e/ou a tentativa de demonstração de que não há impacto negativo da crise de forma significativa para a saúde das pessoas;
- Verificação de um conjunto de ações e medidas de política que evidenciam uma interrupção, se não uma regressão, no processo de descentralização no sistema de saúde público;
- Existência de diversos programas de intervenção ao nível dos estilos de vida, concetualmente alinhados com as recomendações internacionais, mas sem evidência explícita de vontade política de uma efetiva implementação e consequentemente dotados de escassos recursos humanos e materiais. Na promoção da atividade física, a ausência de intervenção é total e os recursos criados em anos anteriores, para atuarem neste domínio, nomeadamente ao nível da monitorização, têm-se regido pela inatividade durante todo aquele ciclo político.

Para o OPSS, os dados demonstram, à semelhança dos documentos anteriores, um impacto negativo da crise económica e financeira do país e da Europa na saúde e na vida das pessoas.

#### *Anos 2015 e 2016*

Já em **2015** a análise do OPSS é muito compartimentada e estruturada em seis áreas específicas do sistema de saúde, o que se reflete nas suas conclusões. A análise efetuada pelo Relatório é, do ponto de vista das políticas públicas, muito acrítica e estritamente técnica. Ainda assim subsiste ao longo do texto uma crítica implícita às escolhas políticas afirmando, a propósito do medicamento, que “o ano de 2015 será o primeiro ano sem a presença direta da Troika, e como tal, encontramos-nos num período de transição em que a ausência de intervenção externa já não impõe ao país medidas drásticas de contenção de custos, nem condiciona a definição de opções políticas para a saúde”.

Por fim, o Relatório de **2016** fecha o ciclo temporal da investigação, debruçando-se sobre o balanço de 2015 e dos anos imediatamente antecedentes. Mantém, todavia, o sentido apolítico do relatório anterior, se bem que contenha um extenso capítulo sobre as desigualdades em saúde, refletido nas conclusões. Nestas, propõe que as políticas de saúde pública devem focar os comportamentos de risco – álcool, tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada – através de instrumentos económicos (impostos) e da regulação (por exemplo das gorduras, do sal ou do

açúcar). Além disso, salientam-se ainda as seguintes recomendações do documento:

- As políticas de saúde pública devem ter em conta o impacto não apenas na saúde, mas também na distribuição da saúde pela sociedade;
- As políticas mais efetivas de redução das desigualdades sociais em saúde devem ser aquelas que alteram as condições de vida e de trabalho, e que transformam as escolhas saudáveis em norma. Exemplo disso são as taxas sobre tabaco ou refrigerantes açucarados, a proibição de fumar nos locais públicos ou a disponibilização de espaços verdes para realização de exercício físico.

### *Síntese possível*

Em resumo, a evolução do trabalho exposto nos Relatórios de Primavera do OPSS permite obter um certo retrato da evolução das políticas de saúde pública entre o ano 2000 e o ano 2015, extraindo da análise dos respetivos conteúdos, em alguns momentos, posições de verdadeira intervenção na agenda política, aliás reconhecida aqui ou ali nos resumos que alguns desses documentos contêm. Pode dizer-se até que esse efeito ultrapassou a mera posição expectante característica da análise do *multiple streams framework* para uma verdadeira intervenção no ciclo político.

É verdade que nem sempre assim aconteceu, em especial nos relatórios de 2015 e 2016, bastante neutros politicamente, muito focados nos dados técnicos. Mas noutro, estes documentos assumiram-se como documentos orientadores, contendo quer modelos prospetivos para as políticas de saúde, quer verdadeiras propostas de intervenção.

No primeiro período os relatórios fazem apanhados da história do SNS, a caracterização económica do país e promovem uma expectativa de mudança política. Num segundo período, o tom dos documentos parece acompanhar as políticas de saúde dos governos, muito embora em 2008 e 2009, se verifique uma inversão da tendência, assente nos riscos e nas incertezas.

Entre 2010 e 2014, os relatórios apresentam-se bastante críticos, sobretudo no que diz respeito à intervenção da “Troika” e às medidas de política financeira impostas, que afetaram igualmente a saúde. Neste período infere-se, por várias passagens insertas, que o trabalho do OPSS se terá tornado hostil ao governo e aos partidos do designado “arco da governação”, aproximando-se muito de posições políticas de oposição. Nos dois últimos relatórios aqui analisados o tom torna-se neutral, como já foi referido.

A valia desta análise efetuada aos relatórios de OPSS é também uma via de caracterização e contextualização das políticas públicas de saúde, que pode servir como pano de fundo à

caraterização política e legislativa, mais concreta relativamente ao objeto de estudo, atrás elaborada. Ela pode explicar, até certo ponto, as derivas da política de promoção da atividade física, não sendo irrelevante, aliás, as conclusões expressas no Relatório de 2016.

## **8 – Análise de dados**

### **8.1. Estatísticas**

Existe escassa informação estatística publicada e que possa cumprir os critérios propostos de seleção de documentos, acerca das políticas de promoção da atividade física, referida aos primeiros anos do período definido. Ao longo do tempo foram sendo elaborados vários documentos oficiais acerca do estado de saúde dos portugueses; contudo, a recolha de dados diretamente respeitante à AF não vem incluída no elenco dos determinantes de saúde.

Por exemplo, nos elementos estatísticos da DGS – considerados a partir de 1998 – apenas em 2014 a AF surge com indicador no relatório de monitorização do Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Os primeiros *Elementos Estatísticos* publicados anualmente por aquela Direção-Geral são sobretudo focados na doença e nos meios de resposta às situações críticas. As recolhas de dados relativamente aos estilos de vida incluem apenas os comportamentos nocivos para a saúde, mormente os consumos de álcool, tabaco e drogas ilícitas.

Em 2005 surge a primeira referência ao excesso de peso e obesidade em paralelo com os determinantes da saúde, que desaparece no relatório de 2009/2010. Já no relatório de 2015, a atividade física surge como indicador a desenvolver e apenas no relatório “A Saúde dos Portugueses” de 2016, surgem dados mais concretos relativamente aos hábitos de exercício físico e AF. Todavia, apenas no relatório de 2017 o indicador ganha lugar pleno, devido à institucionalização do Programa Nacional de Promoção da Atividade Física (PNPAF) de 2016.

#### ***Primeiros valores a considerar***

Dentro do período de tempo considerado, o relatório “A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body Weight and Health”, publicado em 1999 pela Comissão Europeia, com dados referentes a 1998, constitui uma das primeiras fontes de informação acerca da atitude e dos comportamentos dos cidadãos europeus dos 15 Estados que constituíam então a União, e particularmente dos portugueses, face à AF.

De acordo com este estudo, as principais atividades potenciadoras de uma vida ativa eram,

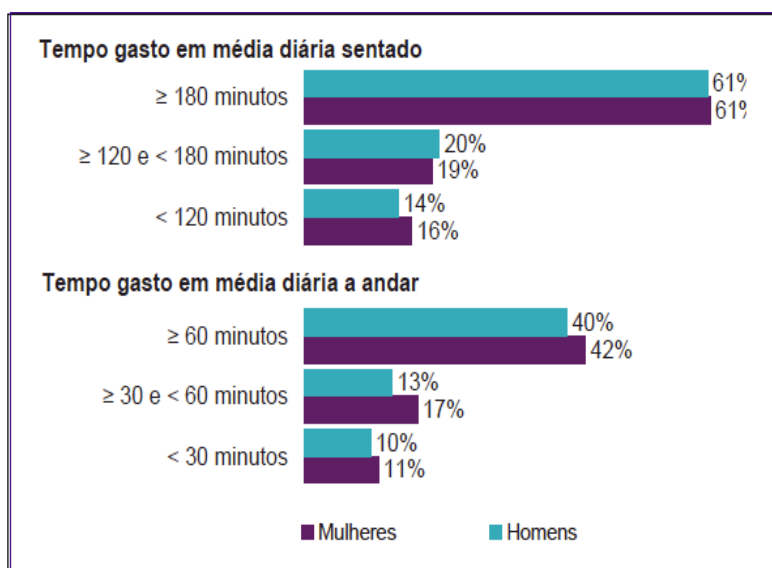
à data, a caminhada contínua por mais de 30 minutos (para 31% de média na UE), jardinagem (18%), andar de bicicleta (17%), nadar (10%) e manter a forma (10%). Neste tipo de AF, a média europeia dos que não participavam em nenhum tipo de atividade física era de 31%, variando entre 8% na Finlândia e 40% em Portugal.

Portugal era também o único país entre os 15 estados-membros em que as percentagens de inatividade em todos os níveis de ensino superaram os demais países por um fator de dois a três. Tanto como 61% dos portugueses com o ensino primário não participava em qualquer forma de exercício ou atividade física. Este valor caiu para 29% entre os que possuíam o ensino secundário e para 23% entre os que possuíam o nível superior de ensino.

Aliás, o estudo revelou que igual percentagem dos inquiridos com mais de 15 anos (61%) também afirma que não gastam qualquer hora de uma semana típica em qualquer atividade física. Não era, pois, surpreendente, como se conclui no relatório “Ganhos de Saúde em Portugal” (DGS, 2002: 66) que 33% da população inquirida, com mais de 15 anos, apresentasse excesso de peso e 9% obesidade.

Este último relatório de 2002 dá conta que 73% da população com 15 anos ou mais, inquiridos no âmbito da 3ª Inquirição Nacional de Saúde 1998-1999, descreve a sua principal atividade de tempos livres como ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias.

O 4º Inquirição Nacional de Saúde 2005-2006 (publicado em 2009) incorporou já uma secção relativa aos determinantes de saúde relacionados com estilos de vida, pondo a AF a par de outros determinantes de saúde, como os consumos de tabaco e bebidas alcoólicas e hábitos alimentares. Ainda assim, o estudo abordou aspetos limitados, relativos à marcha e ao repouso sentado ou deitado.



Quadro IV. 4 - Fonte: 4º Inquirição Nacional de Saúde, 2009: 66.

Assim, 41% da população residente com idade entre os 15 e os 69 anos referiu que andava, pelo menos, uma hora por dia, sendo a proporção de 39,6% para homens que indicou esta característica, sendo esta mesma característica indicada por 42,4% das mulheres. A proporção de residentes que andava em média menos de meia hora por dia era de 10,6%.

A maioria da população residente (60,9%) referiu também que o tempo em que estava sentado ou deitado acordado correspondia, pelo menos a três horas por dia.

### ***Dados posteriores***

Em 2010 são publicados os dados do Eurobarómetro 334, série especial, referente ao desporto e atividade física. Na sequência da ratificação do Tratado de Lisboa em 2009, observou-se uma expansão da promoção de políticas dirigidas ao incremento do desporto e da atividade física em todos os estados-membro da UE, sendo necessário um instrumento que proporcionasse um conhecimento mais aprofundado da realidade em cada um dos estados. Daí a edição especial do Eurobarómetro, o qual inquiriu 26.788 cidadãos europeus entre 2 e 19 de outubro de 2009. As principais conclusões foram as seguintes:

- 40% dos cidadãos da UE afirmavam praticar desporto pelo menos uma vez por semana;
- Uma clara maioria dos cidadãos da UE (65%), fazia alguma forma de exercício físico pelo menos uma vez por semana. No entanto, 34% dos entrevistados disseram que raramente ou nunca fazer exercício físico;
- Os homens na UE praticavam mais desporto do que as mulheres em geral. No entanto, a disparidade era particularmente marcada na faixa etária de 15 a 24 anos, com homens jovens tendendo a praticar exercício consideravelmente mais do que mulheres jovens;
- A quantidade de desporto que as pessoas praticavam tendia a diminuir uniformemente com a idade. No entanto, 22% dos entrevistados na faixa etária acima de 70 ainda praticava desporto;
- Os cidadãos dos países nórdicos e da Holanda, em geral, eram os mais fisicamente ativos da UE. Pelo contrário, os cidadãos dos países mediterrânicos e dos 12 novos estados-membros tendiam a fazer menos exercício do que a média.
- Enquanto a atividade física ocorre em uma ampla gama de ambientes formais em toda a UE, dois terços dos inquiridos não pertenciam a nenhum clube ou associação desportiva;
- O motivo mais comum que os entrevistados citaram para se exercitar referia-se à

melhoria da sua saúde. Outros motivos populares incluem melhorar o condicionamento físico, relaxamento e diversão;

- A falta de tempo era, de longe, o motivo mais comum para o qual as pessoas não praticavam exercício;
- Três quartos dos entrevistados concordavam ter oportunidades de ser fisicamente ativos em sua área de residência. No entanto, esse valor cai para 56% entre os entrevistados dos 12 novos estados-membros;
- Uma proporção significativa de europeus (7%) afirmava ainda que se oferecia para ajudar em projetos desportivos locais.

Relativamente a Portugal, destacam-se aqui dois itens de análise: a frequência do exercício e AF, e as motivações / barreiras à prática da atividade física. No primeiro item, o inquérito distinguiu entre a prática de exercício físico organizado e outros tipos de AF. No conjunto dos 27 países que compunham a união, Portugal era o terceiro pior no que respeita à prática de exercício físico organizado, sendo que, para uma média de 39% na UE, o país apresentava 55% de respondentes que afirmaram nunca praticarem qualquer tipo de desporto.

Já no tocante a outro tipo de atividade física relacionada com a saúde, Portugal teve mesmo o pior resultado, revelando que 36% dos cidadãos afirma nunca fazer qualquer tipo de AF, contrastando com os 14% de média europeia.

Frequência	Desporto	Outra AF
Regularmente	9	17
Com alguma regularidade	24	31
Raramente	11	15
Nunca	55	36
n.s. / n.r.	1	1

Quadro IV. 5 - Dados do Eurobarómetro de 2010

Estes dados contrastavam com a Suécia (2%), Bulgária (3%), Dinamarca (4%), Finlândia (4%), Eslovênia (5%) e Holanda (5%), onde se verificavam os menores números de inativos. Somados os valores dos que nunca ou raramente praticam exercício, obtém um valor de 66% de indivíduos desligados do exercício físico e 51% que declara não fazer também qualquer outra atividade física.

Por outro lado, quanto às motivações individuais para a prática de exercício / AF, destaca-

se a motivação para melhorar a saúde, em que os 65% de respostas ultrapassaram a média europeia (61%).

Razões	PT	UE (27)
Melhorar a saúde	<b>65</b>	<b>61</b>
Melhorar a condição física	16	41
Para relaxar	35	39
Por diversão	22	31
Para melhorar a aparência física	17	24
Para melhorar o desempenho físico	17	24
Para controlar o peso	9	24
Para estar com amigos	20	22
Para contrariar o envelhecimento	<b>7</b>	15
Para melhorar a autoestima	6	10
Para desenvolver novas capacidades	4	6
Pelo espírito de competição	4	6
Para conhecer pessoas	3	5
Melhor integração social	<b>2</b>	3
Para conhecer pessoas de outras culturas	2	2
Outros	4	8
Ns / nr	3	3

Quadro IV. 6 - Comparação entre as motivações dos portugueses para a prática de exercício / AF, em comparação com as médias europeias. Fonte: Eurobarómetro de 2010.

Contrariar os efeitos do envelhecimento (7%) e melhor integração social (2%) foram as razões menos preocupantes para os portugueses que praticavam atividade física regularmente. Já no que respeita às barreiras para a prática de exercício e de AF, a falta de tempo foi referida por 37% dos portugueses, (45% de média europeia), enquanto que o custo elevado (13%) foi a resposta elevada comparativamente com os restantes estados-membros.

Razões	PT	UE (27)
Falta de tempo	<b>37</b>	<b>45</b>
Devido a incapacidade ou doença	10	13
Não gostar de atividades competitivas	11	7
Custo elevado	<b>13</b>	5
Falta de infraestruturas desportivas perto da residência	4	3

Falta de parceiros para praticar desporto	3	3
Outra razão	5	14
Ns / nr	17	10

Quadro IV. 7 - Barreiras à prática de exercício / AF. Fonte: Eurobarómetro de 2010.

Em 2011 foi publicado o “Livro Verde da Actividade Física” pelo Instituto do Desporto de Portugal, o qual “... inclui o trabalho desenvolvido no âmbito do Observatório Nacional da Actividade Física, nomeadamente o enquadramento, a metodologia e a descrição dos resultados da avaliação da actividade física de crianças e adolescentes (10-17 anos), adultos (18-64 anos) e pessoas idosas ( $\geq 65$  anos), utilizando dados objectivos obtidos por acelerometria numa amostra representativa da população portuguesa ...”. A publicação divide-se em duas partes, sendo a primeira, de facto, relativa a dados quantitativos tratados pelo referido observatório. O inquérito, baseado na utilização de acelerómetros por quatro dias consecutivos, incluindo fim de semana, adotou os critérios relativos à AF da HEPA e validou 5231 participações. Como resultados gerais, destacam-se os seguintes resultados:

- Nos jovens, os rapazes de 10-11 anos de todas as regiões de Portugal Continental apresentam valores médios indicativos de serem suficientemente ativos (prática de pelo menos 60 minutos de atividade física de intensidade moderada e vigorosa). Após esta idade, somente os rapazes de 12-13 anos da região Norte revelam uma prática suficiente de atividade física;
- As raparigas ficam aquém da prática de 60 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada e vigorosa;
- Grande parte das pessoas adultas é suficientemente ativa. Nos homens verifica-se uma prevalência de 76,7 % e nas mulheres uma prevalência de 63,7%;
- Na população idosa observa-se uma menor prevalência de pessoas suficientemente ativas. Nos homens verifica-se uma prevalência de 44,6% e uma prevalência de 27,8% nas mulheres;
- De acordo com a idade e o sexo, os resultados revelam:
  - Uma diminuição da AF do sexo masculino entre os 10 e os 29 anos, seguida de uma manutenção da prática até por volta dos 50 anos com nova redução após esta idade;
  - Uma diminuição da atividade física do sexo feminino entre os 10 e os 17 anos com um aumento da prática até aos 50 anos, onde, tal como nos homens, se volta a evidenciar uma diminuição, todavia com maior acentuação. Este facto conduz a um



aumento das diferenças da atividade física entre os sexos com o envelhecimento;

- Valores mais reduzidos de atividade física nas mulheres comparativamente aos homens, particularmente entre os 10 e os 30 anos, e depois dos 60 anos.

Como resultados específicos mais significativos relativos ao sedentarismo, o inquérito declara que, de forma geral, os homens adultos e idosos apresentavam em média mais tempo de atividade sedentária do que os rapazes, enquanto nas mulheres são as idosas as que revelam maior atividade sedentária quando comparadas com as adultas e as jovens (figura seguinte).

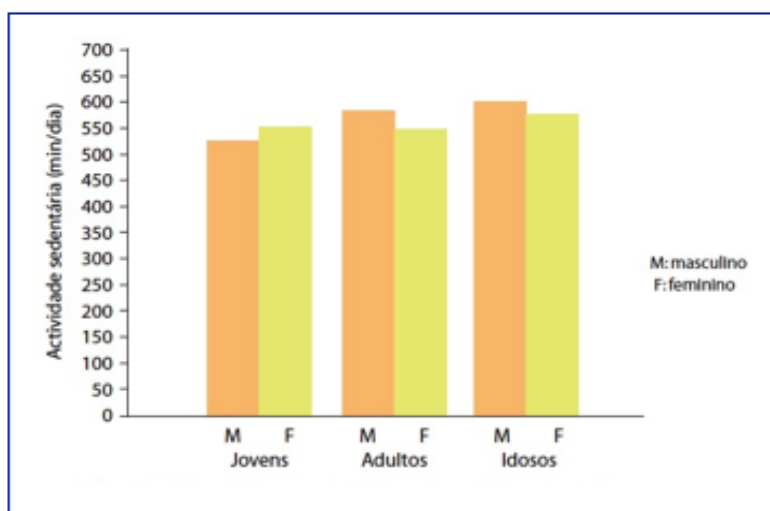


Figura IV. 1 – Valores relativos à atividade sedentária. Fonte: LVAf, 2011: 36.

O estudo comparou igualmente a percentagem da atividade considerada sedentária com a AF de diferentes intensidades: leve, moderada e vigorosa de acordo com o tempo total de registo diário da população masculina e feminina de jovens, adultos e idosos.

Observou-se então que nos jovens, nos adultos e nos idosos de ambos os sexos, o contributo da atividade sedentária é o mais representativo:

- Jovens: 65% (66,7% em raparigas e 63,4% em rapazes);
- Adultos: 66,6% (64,6% em mulheres e 68,7% em homens);
- Idosos: 72,6% (71,6% em mulheres e 73,6% em homens).

Os dados revelam ainda uma porção muito reduzida do tempo de registo para a atividade física vigorosa (jovens: 0,55 – com 0,4% para as raparigas e 0,7% para os rapazes; adultos: 0,3 – 0,2% em mulheres e 0,4% homens; idosos: 0,05 – sendo 0 em mulheres e 0,1% em homens).

Para as atividades de intensidade leve e moderada, resultaram os seguintes valores:

AF leve:

- Jovens: 30% (29,3% em raparigas e 30,7% rapazes);
- Adultos: 28% (30,3% em mulheres e 25,7% em homens);
- Idosos: 24,2% (25,7% em mulheres e 22,7% em homens),

AF moderada:

- Jovens: 4,5 (3,7% em raparigas e 5,3% em rapazes);
- Adultos: 5,1 (4,9% em mulheres e 5,3% em homens);
- Idosos: 3,1 (2,7% em mulheres e 3,5% em homens),

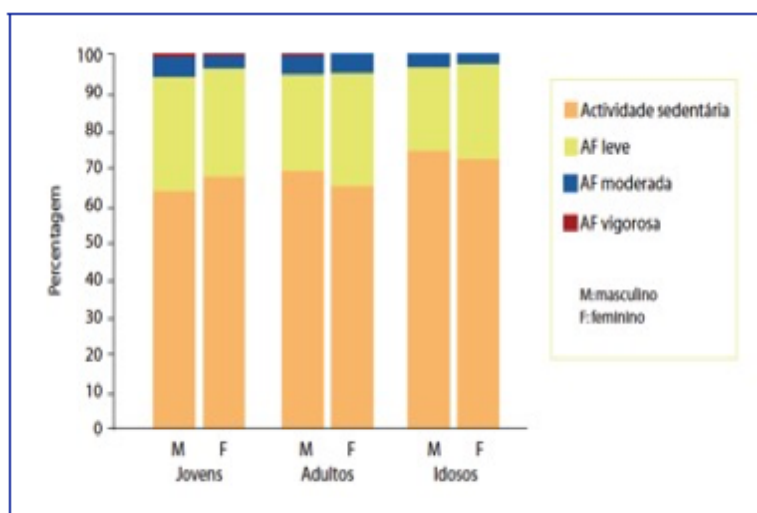


Figura IV. 2 - Comparação de valores relativos à atividade sedentária, leve, moderada e vigorosa.

Fonte: LVAF, 2011: 42.

Ainda para este estudo o facto de a atividade física de intensidades moderada e vigorosa representar, na população adulta e nos homens idosos, aproximadamente 4,8% do tempo total de registo (que variou entre os 810 e os 854 minutos, ou seja, entre as 13,5 e as 14,2 horas) não contraria os resultados observados nestes grupos no que respeita ao cumprimento da recomendação da atividade física para a saúde (30 minutos por dia de intensidade pelo menos moderada).

Em 2016 foi publicado o “Inquérito Nacional de Saúde 2014” pelo INE, cujo inquérito decorreu entre setembro e dezembro de 2014, o qual versa já sobre um leque alargado dos determinantes de saúde – considerando como tal oito fatores – onde se incluía de mote próprio a atividade física. O INS (2014: 8) apontava para que cerca de 4,2 milhões de pessoas com 15 ou mais anos (47,0%) desempenhavam atividades que envolviam um esforço físico ligeiro e 923 mil (10,4%) exerciam trabalhos fisicamente exigentes. Mais de 1/4 da população com 15 ou mais anos (2,5 milhões) deslocava-se então a pé diariamente e cerca de 75 mil pessoas utilizavam a bicicleta nas suas deslocações diárias.

No detalhe dos metadados verificou-se que mais de metade da população com 18 ou mais anos (4,5 milhões) apresentava excesso de peso ou obesidade, isto é, um índice de massa corporal de 25 ou mais kg/m<sup>2</sup>, sendo que 1,4 milhões estavam em situação de obesidade (30 ou mais kg/m<sup>2</sup>). A maioria da população com 15 ou mais anos não praticava qualquer atividade desportiva ou de lazer de forma regular (65,2%), e 1,4 milhões de pessoas (15,8%) praticavam exercício físico apenas um ou dois dias por semana. O exercício físico constituía uma prática diária para cerca de 4,7% dos inquiridos.

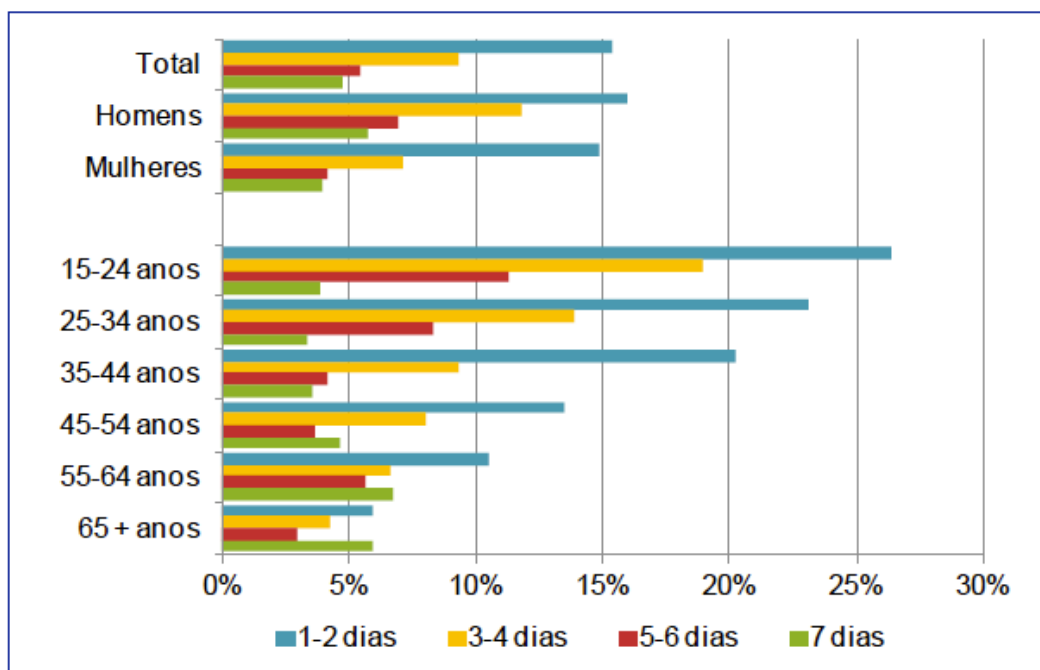


Figura IV. 3 - População com 15 ou mais anos que pratica exercício físico por tempo médio por semana, sexo e grupo etário, Portugal 2014. Fonte: INS 2014, p. 174.

Por outro lado, cerca de 47% dos inquiridos desempenhava sentados ou em pé as suas tarefas diárias, em atividades que envolviam um esforço físico ligeiro, ao passo que cerca de 10,4% exercia trabalhos fisicamente exigentes. Nas deslocações, cerca de 28% das pessoas com 15 ou mais anos andava a pé todos os dias da semana. Essa situação era mais frequente para os jovens (15 a 24 anos) e para a população a partir dos 55 anos.

Para a maioria da população, o tempo médio das deslocações diárias efetuadas a pé era inferior a 30 minutos. As pessoas que se deslocavam de bicicleta representavam 5,8% da população residente, ou seja, cerca de meio milhão de residentes com 15 ou mais anos. As pessoas que o faziam diariamente representavam menos de 1% da população em análise.

Como remate deste apanhado de dados relevantes acerca da AF, refere-se ainda o “Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016”, documento publicado em

2017, da responsabilidade de um consórcio liderado pela Universidade do Porto, o qual pode proporcionar uma visão final da evolução estatística, já que os respetivos dados se reportam a 2015 / 2016, numa amostragem de 5811 indivíduos. O inquérito propunha-se avaliar os níveis de atividade física, incluindo comportamentos sedentários, atividades desportivas / de lazer e escolhas ativas na rotina diária.

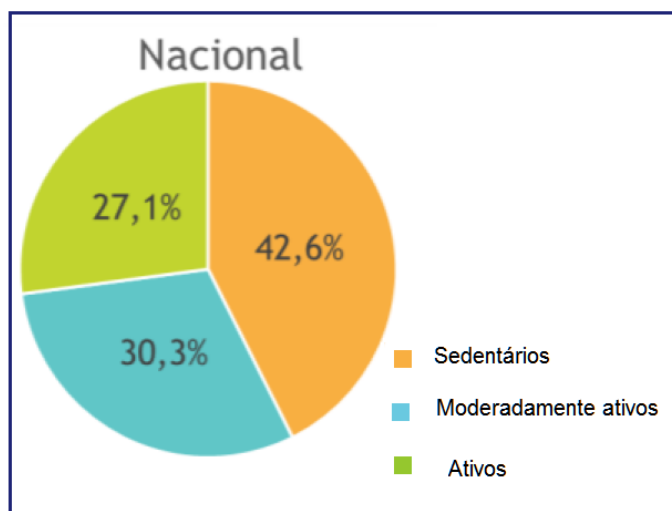


Figura IV. 4 - Prevalência da AF em indivíduos com mais de 14 anos, de ambos os sexos. Fonte: IAN-AF 2015-2016: 97.

Entre os jovens dos 15 aos 21 anos, 35,6% são considerados fisicamente ativos. Em adultos, apenas 27,3% estão nesta categoria, valor que diminui para 21,8% nos idosos.

Já quanto à prática de atividade física desportiva e/ou de lazer programada, com caráter “regular”, a prevalência nacional deste tipo de atividade (incluindo o caminhar por lazer), é de 41,8%. Verifica-se também um claro aumento na prática regular de atividade física desportiva e/ou de lazer em função do nível de escolaridade. A prevalência nos indivíduos mais escolarizados é quase o dobro da que se verifica nos indivíduos menos escolarizados. Esta diferença é ainda mais notória no sexo masculino.

Quanto ao sedentarismo, cerca de 35% dos portugueses com mais de 14 anos nunca ou raramente fazem pausas ativas (e.g. caminhar, estar de pé, ou movimentar-se) durante o tempo que estão sentados. Este valor é inferior nos adultos (23%) e superior nos jovens e idosos.

Em resumo, o IAN-AF aponta em matéria de atividade física:

- Apenas 36% dos jovens (entre os 15 e os 21 anos), 27% dos adultos e 22% dos idosos (65 a 84 anos) são considerados fisicamente ativos, cumprindo com as recomendações atuais para a prática de “atividade física promotora de saúde”;

- Considerando a atividade física em todos os domínios, 43% da população portuguesa com mais de 14 anos não cumpre qualquer critério internacional para a atividade física, podendo ser classificada no nível “sedentário”. As regiões de Lisboa, Alentejo e Algarve são as mais sedentárias;
- Em adultos, cerca de um terço nunca ou raramente usa as escadas em vez de elevador ou escadas rolantes. Nos idosos, este valor aumenta para metade;
- Nos dias de semana, a prevalência de crianças e adolescentes que vê televisão por períodos de tempo iguais ou superiores a 2 horas é significativamente inferior (37%) àquela encontrada nos dias de fim de semana (71%).

### *Primeira análise*

A primeira constatação dos dados apurados da análise ao conteúdo dos documentos estatísticos selecionados, é uma escassez de informação no que se relaciona com a atividade física. Embora alguns indicadores respeitantes a aspetos essenciais da saúde estivessem em 1998 devidamente desenvolvidos e monitorizados, como sejam os relativos às doenças transmissíveis, morbidade, cuidados primários de saúde, entre outros, refletindo-se por exemplo nas estatísticas anuais de saúde da DGS e sobretudo nos vários Inquéritos Nacionais de 1987, 1995/1996, 1998/1999 e 2005/2006, indicadores respeitantes à AF não se desenvolveram senão em 2011 (2010, com dados relativos a 2009, no Eurobarómetro daquele ano) e, no que se refere às estatísticas de saúde, com detalhe no INS de 2014, publicado em 2016.

Considerando as diversas proveniências dos documentos publicados, diversidade de contextos e objetivos, não será de estranhar que os indicadores utilizados naqueles documentos sejam também díspares, abordando aspetos diferentes da AF. Há, contudo, um denominador comum: uma progressiva atenção aos problemas da inatividade física enquanto problema de saúde pública.

Não que essa preocupação não fosse já conhecida das instituições de saúde em Portugal, pelo menos desde a Carta de Ottawa de 1986 e da Declaração de Jakarta de 1997, relativamente aos determinantes da saúde; simplesmente a mesma preocupação não foi acolhida na agenda política e não teve reflexo na monitorização dos indicadores de saúde da população, de forma cabal.

Um segundo aspeto a considerar é a concordância dos dados constantes dos vários documentos selecionados, já que a diversidade de critérios utilizados nos mesmos documentos para definição de sedentarismo e de vida ativa nem sempre são concordantes, o que prejudica

a harmonização dos dados respetivos, ainda que estes se desenvolvam em anos diferentes, impedindo por exemplo uma linha de evolução perceptível da AF no período considerado.

O quadro seguinte recolhe os níveis de sedentarismo inscritos nos documentos atrás analisados, com os dados extrapolados para a o total da população e para a população com mais de 15 anos, compatíveis com as bases dos vários inquéritos:

Documento	Ano de publicação	Nível de Sedentarismo	
		Total	>15 anos
Pesquisa Pan-UE sobre Atitudes do Consumidor em relação à Atividade Física, Peso Corporal e Saúde	1999	-	61
3º Inquérito Nacional de Saúde 1998-1999	2000	-	73
4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006	2009	60,9	59
Eurobarómetro 334	2010	36 (51)	-
Livro Verde da Actividade Física	2011	68,1	69,6
Inquérito Nacional de Saúde 2014	2016	-	65,2
Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016	2017	56,1	69,7

Quadro IV. 8 - Variação da população sedentária nos documentos estatísticos selecionados.

Tomando a pesquisa pan-europeia de 1999 como ponto de partida, é possível perceber que o mais importante indicador se referiu foi a participação dos inquiridos em várias atividades características de um estilo de vida saudável. Como o próprio documento refere (p. 20), um dos objetivos do inquérito era medir os níveis predominantes de AF, de acordo com uma lista de 17 atividades correntes, inquirindo-se quais as que os inquiridos haviam participado no espaço de uma semana. A questão permitiu conhecer tanto a atitude individual face à atividade física e a participação nesta, como os níveis de participação nas diferentes atividades.

O valor da inatividade física encontrado (61% - p. 56 do documento), embora enquadrada na amostra – 1.000 adultos com 15 ou mais anos, em cada estado-membro da UE – é estatisticamente significativo para aferir o grau de sedentarismo da população portuguesa em 1999, embora o documento não contenha qualquer referência a essa extrapolação.

O 3º INS 1998-1999 foi utilizado nesta avaliação, embora o documento não esteja disponível nos modos de recolha estabelecidos na metodologia: o respetivo valor relativo ao nível de sedentarismo foi recolhido apenas indiretamente, por via da sua citação no documento relatório “Ganhos de Saúde em Portugal” de 2002: todavia, o indicador medido foi a ocupação de tempos livres, verificando-se que 73% dos inquiridos no citado INS dedicava esse período

a ocupações sedentárias, como ler e ver televisão. Camões e Lopes (2008: 209), referem, com base em dados de 1997, um nível de sedentarismo prevalente em Portugal na ordem dos 87,8%.

Quanto ao 4º Inquérito Nacional de Saúde, publicado em 2009, mas cujos dados foram recolhidos entre fevereiro de 2005 e fevereiro de 2006, com uma abrangência efetiva de todo o território nacional. Mesmo assim, e embora se incluísse a AF entre os determinantes de saúde inquiridos, apenas se apresentam dados relativos às deslocações a pé e ao tempo que os indivíduos passavam sentados. Portanto, a inclusão dos valores apurados no quadro supra com a finalidade de perceber o estado de sedentarismo da população nacional obedece a um processo indutivo, o qual equipara as atividades “andar” e “sentado” a atividade ou inatividade. O propósito é ilustrar a situação sedentária, ainda que de modo indireto e de alguma forma grosseira.

Já no que respeita ao Eurobarómetro de 2010, os dados representativos da inatividade física são os mais baixos do quadro, mas também estes não podem ser tomados de forma simples. Este inquérito debruçou-se especificamente sobre o desporto e a atividade física organizada relativos a 2009, nos 27 estados-membros que compunham a UE. Oferece por isso uma análise mais precisa e detalhada sobre este tipo de indicadores.

Os valores referentes à AF informal, recolhidos do documento (36% - 51%) dizem respeito à percentagem de cidadão que declara nunca faz este tipo de atividades (como andar de bicicleta, caminhar, dançar ou jardinar): 36%. Se a este valor for somado os 15% que declara “raramente”, obtém-se um valor equivalente a 51% da população em clara situação de inatividade física. Isto porque o inquérito tomou como padrão o exercício pelo menos uma vez por semana, tanto para a prática de desporto organizado, como para a AF informal. Todavia, este critério não cumpre as recomendações da OMS para atividade física. Assim, o valor de 51% de cidadãos em Portugal fisicamente inativos pode até estar estimado por baixo.

O “Livro Verde da Actividade Física” de 2011, com dados reportados a 2009, proporciona uma abordagem mais precisa à atividade e sedentarismo, sobretudo pela metodologia, assente no uso de acelerómetros e nas escalas internacionais para caracterização da AF. Os valores apresentados, tendo em conta esta realidade, são alarmantes do ponto de vista da saúde pública, estimando-se em 68,1% para o total da população e em 69,6% para a população com 15 ou mais anos.

O documento analisado a seguir, o INS 2014, publicado em 2016, contém maior detalhe quanto às atividades que envolvem algum esforço físico (desempenho das tarefas diárias, deslocação para o trabalho, exercício físico), sem, contudo, apresentar uma base estatística comum à AF informal, o que não permite uma conclusão direta sobre a mesma. Ainda assim,

com base na média dos dados apresentados para os três escalões etários no inquérito, extrai-se o valor de 65,2% de indivíduos acima dos 15 anos que é fisicamente inativo, de acordo com as recomendações internacionais.

Por fim, o Inquérito Alimentar Nacional e da Atividade Física de 2017, com dados de 2015-2016, que fecha este ciclo de informação estatística de base. Este inquérito considerou que apenas pessoas no grupo “ativo” cumprem, com elevada probabilidade, as atuais recomendações para a atividade física da OMS, corrigindo a sobrestimação do “International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)” que lhe serviu de base. De acordo com os dados encontrados pelo IAN-AF, 69,7% dos inquiridos com 15 ou mais anos são considerados na classe dos sedentários. O valor desce para 56,1% se for considerada a média do primeiro valor com o facto de 57,5% das crianças entre os 6 e os 14 anos cumprir genericamente o critério de 1 hora de AF diária.

Tendo em conta esta harmonização de valores e partindo da primazia da faixa etária com 15 ou mais anos, sendo que o impacto do sedentarismo é mais relevante e estável nessa faixa, facilmente se percebe que não existe uma diferença de valores muito pronunciada, sendo a inatividade física, de acordo com os critérios internacionais, um problema de mais de 60% dos portugueses nessa faixa.

Também as conclusões do Eurobarómetro de 2010 apontam no mesmo sentido: os resultados da pesquisa sugerem que os decisores políticos a todos os níveis devem levar em conta o impacto que diferentes políticas têm nas oportunidades dos cidadãos para a prática desportiva ou para ser fisicamente ativos, e direccionar essas políticas para uma abordagem favorável à atividade física e ao desporto (Eurobarómetro 334, 2010: 63). Também o IAN-AF rematava, a propósito da necessidade de um sistema de vigilância da saúde, que a articulação do setor da saúde com outros setores estreitamente relacionados com as áreas da alimentação e da atividade física, será da maior relevância para o país.

Uma terceira constatação é a de que faltaram políticas públicas concretas de promoção da AF. Do que se retira da análise do conteúdo documental, a atenção dirigida à inatividade física, que se infere da sucessão documental em sentido crescente, decorre do problema concreto que esta constitui e não de uma orientação política de fundo. Já em 1999 a Pesquisa Pan-Europeia alertava para que a atividade física não era percebida como uma prioridade de entre aquelas que influenciam a saúde geral da UE, sendo necessário, em termos de estratégia, aumentar os níveis de alerta da sua importância para a saúde individual (Pesquisa Pan-EU, 1999: 11-12).



## 8.2. Políticas e programas

A parte substancial do que se segue (sobretudo nos dois pontos seguintes deste capítulo) assume uma forma claramente descritiva. A metodologia da apresentação dos documentos selecionados pretende sublinhar, no respetivo conteúdo, as preposições que revelam intenções de política pública e orientações, tanto institucionais como substantivas, reportadas às dimensões analíticas propostas, no âmbito da promoção da atividade física. Não será de estranhar, portanto, que se encontrem transcrições dos documentos analisados.

Os documentos selecionados de acordo com os critérios propostos para a inquirição em curso e que comportam medidas de política pública, foram analisados quanto ao respetivo conteúdo, sendo que, no total de 10 documentos publicados no horizonte temporal definido, oito são documentos emitidos no âmbito da função política – direta ou em execução de incumbências institucionais – e dois constituem documentos operativos, almejando constituir instrumentos programáticos, emitidos de acordo com uma dependência política de 2º grau..

Extraíram-se dos documentos as medidas e propostas de enquadramento de políticas de promoção da AF, e a metodologia foi expô-las de forma descritiva e agregada ao seu objetivo comum, percebendo-se uma atenção crescente para com o tema.

### *Documentos políticos*

*A) Saúde: Um Compromisso. A Estratégia da Saúde para o Virar do Século (1998-2002):*

O documento proposto pelo Ministério da Saúde em 1998, *Saúde: Um Compromisso. A Estratégia da Saúde para o Virar do Século (1998-2002)* marca não apenas o primeiro documento a desenvolver um pensamento estratégico para a saúde (OPSS, 2012: 63), como foi precursor da quantificação e mensurabilidade de objetivos, alargada a 27 áreas diversas.

Precedido de um conjunto de iniciativas iniciadas em 1996, versões de trabalho em 1997 e 1999, bem como ampla divulgação e participação, o documento afirma um conjunto de valores e princípios, entre os quais os princípios éticos nas decisões individuais e coletivas sobre a saúde, a equidade e a sustentabilidade das soluções organizativas. A estratégia de saúde veiculada neste documento, afirma por outro lado o contributo para a evolução dos registos culturais sobre a saúde, condições para aprofundar as grandes opções nacionais e regionais nesta matéria, bem como os mecanismos locais que permitem escolhas tangíveis face às questões concretas que se põem ao cidadão.

Esta estratégia é também afirmada como a atualidade (à data) do pensamento europeu sobre

a saúde, traduzindo o espírito do artigo 152º do Tratado da Amesterdão, e ainda a sua inserção na renovação da política da OMS, em particular para a zona europeia. Neste seguimento, são previstas “mudanças estruturais”, das quais se destaca a proposta de evolução das atitudes e dos comportamentos em relação à saúde. Nesta evolução propõe-se nomeadamente projetos com objetivos mais amplos, a longo prazo e de natureza essencialmente horizontal e intersectorial, como a promoção da saúde nos locais de trabalho, as cidades saudáveis e os sistemas locais de saúde.

O documento apresentava já, de acordo com Beja, Ferrinho e Craveiro (2014: 13), uma preocupação com a atividade física, a par de uma mudança preconizada para os padrões nutricionais da população, permitindo identificar em 11 áreas, horizontes, metas, objetivos e orientações relativas à alimentação e atividade física, capazes contribuir para combater problemas de saúde como a obesidade.

O mesmo documento define, neste seguimento, instrumentos para a gestão da mudança, dos quais se destacam:

- Informação e comunicação, sobretudo na gestão das organizações e na participação dos cidadãos;
- O investimento na prevenção da doença e na promoção e proteção da saúde, declarada como prioridade estratégica, centrada na promoção de uma vida ativa saudável com alimentação saudável e livre de dependências nocivas.

No âmbito do que o documento designa por “principais áreas de atuação”, com formulação de objetivos, podem extrair-se os seguintes com interesse para a temática da promoção da AF:

a) Em relação às autarquias locais, a participação do governo em programas e projetos de proteção e promoção da saúde;

b) Autonomia e bem-estar das pessoas idosas, integrando as metas relativas à vida ativa no envelhecimento nas metas para a vida ativa da população em geral. Aqui um dos objetivos era aumentar a proporção de pessoas idosas que considerassem o seu estado de saúde bom ou muito bom (embora sem quantificação). Como orientação de atuação a salientar neste objetivo, previa-se apoiar o desenvolvimento de iniciativas locais, em conjunto com as autarquias, de criação de espaços e vias onde seja possível andar a pé com segurança ou praticar outras atividades de promoção da saúde.

Mas o capítulo mais significativo deste documento é designado como “Qualidade de vida e determinantes da saúde”, no qual se encontram inseridas as referências mais diretas à promoção da AF. O ponto 9 deste capítulo, designado “Vida ativa, alimentação saudável e

gestão do stress”, estabelecia como meta para 2002 aumentar em 20% a prevalência dos adultos (maiores de 40 anos de idade) referindo realizar 30 minutos de atividade física moderada diariamente.

Como orientações de atuação, destacam-se:

- Incentivar os órgãos de comunicação social a colaborarem na motivação para o aumento da atividade física da população, em especial dos meios urbanos;
- Advogar o aumento de práticas escolares atrativas de educação física e desporto nos diversos níveis de escolaridade;
- Cooperar com as autarquias associações desportivas e outras organizações para proporcionar condições favoráveis para o aumento da atividade física regular em todas as idades e grupos sociais;
- Intensificar a divulgação dos conhecimentos sobre os ganhos de saúde proporcionados por uma vida ativa saudável;
- Introduzir um sistema regular de recolha de dados de saúde informação sobre a prática da atividade física, alimentação saudável e gestão do stress;
- Fixar como um dos objetivos fundamentais dos espaços de promoção da saúde dos SLS a promoção da vida ativa.

Outra das principais áreas de atuação refere-se aos ambientes saudáveis, postulando-se como meta a dez anos a existência em todos os SLS de programas de saúde ambiental, intersectoriais, integrados e regularmente avaliados. Definiam-se nomeadamente como metas para 2002: ampliar a rede das Cidades Saudáveis em 50% e definir e implementar um Plano Nacional de Saúde Ambiental.

Para estas metas, o principal objetivo consistia em desenvolver metodologias de avaliação e gestão dos efeitos para a saúde decorrentes de fatores ambientais. Das orientações de atuação para as metas e objetivos neste campo, destacam-se:

- Articular com a Rede de Cidades Saudáveis promovendo e apoiando as atividades em curso, bem como o alargamento da Rede;
- Articular com a Associação Nacional de Municípios no sentido de se reforçar o papel das Autarquias na promoção da saúde e segurança ambientais;
- Promover a criação de espaços verdes, de vias e áreas pedonais e de equipamentos diversificados para a prática de atividade física e para a realização de atividades de lazer;
- Estabelecer mecanismos de articulação com o Ministério do Ambiente para dar

cumprimento aos objetivos de saúde ambiental.

Ainda quanto ao ambiente enquanto área de atuação, destacam-se também os pontos 25 e 26. O primeiro refere-se à saúde na escola, elegendo como meta para 2002 a formação pré e pós-graduada de 50% dos educadores e professores na área da promoção e educação para a saúde, com especial destaque para temas específicos, como alimentação equilibrada e atividade física. Para os objetivos elencados nestas metas, propunham-se como orientações de atuação:

- Realizar ações de formação dos profissionais de saúde visando a melhoria de competência para a prática de promoções da saúde;
- Promover a articulação intersectorial entre os serviços de saúde e outras estruturas aos diferentes níveis – autarquias, ONG, IPSS, etc., no sentido de se criarem condições facilitadoras do desenvolvimento da Promoção da Saúde na Escola.

Quanto ao ponto 26 do documento – Saúde no local de trabalho – uma das metas pretendidas para 2002 era o aumento em 20% do número de empresas que desenvolvessem projetos de promoção da atividade física dos seus trabalhadores. Correspondentemente, um dos objetivos gerais nesta matéria era incentivar e apoiar as empresas para que o desenvolvimento daqueles projetos.

#### *B) O Plano Nacional de Saúde 2004-2010:*

O documento seguinte, politicamente relevante, é o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o qual configurou a reforma do planeamento em saúde e enquadrou a evolução de várias reformas no sistema de saúde, assim como uma reforma do pensamento da saúde em geral (Biscaia, 2006: 63-64).

O documento é composto por dois volumes – o primeiro designado “Prioridades” e o segundo designado “Orientações Estratégicas” – assumindo-se como um “guia para a ação e da mudança”.

O volume 1 estabelece a estratégia relativa às prioridades de atuação da política de saúde, sendo a promoção de estilos de vida saudáveis um dos seus principais eixos. Neste, vem declarado como prioridade para a ação o combate às causas subjacentes “às principais doenças relacionadas com os estilos de vida, em particular a fatores como o consumo de álcool e de tabaco, a alimentação, o excesso de peso e a obesidade, a insuficiente atividade física, a má gestão do stress, o abuso das drogas, bem como a fatores de natureza socioeconómica geradores

de fenómenos de violência e exclusão social” (PNS 2004-2010: 4).

No que diz respeito concretamente à promoção da atividade física, sob o ponto de vista de metas globais a atingir em 2010, ela vem inserida numa abordagem por ciclos de vida, explicitada a partir do ciclo 10-24 anos, repetindo-se depois pelos ciclos seguintes até aos 74 anos, de acordo com a síntese elaborada no quadro seguinte:

<b>Actividade física por ciclo de idades</b>	<b>Situação actual em Portugal</b>	<b>Previsão 2010</b>	<b>Meta para 2010</b>
Actividade Física - Taxa % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (15-24 anos)	H=45,52 M=64,20	N.D.	Reduzir em 75%
Actividade Física - Taxa % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (35-44 anos)	H=67,53 M=77,34	N.D.	Reduzir em 50%
Actividade Física - Taxa % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (55-64 anos)	H=70,06 M=83,29	N.D.	Reduzir em 25%
Actividade Física - Taxa % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (65-74 anos)	H=75,55 M=87,85	N.D.	Reduzir em 50%

Quadro IV. 9 - Síntese das metas prioritárias previstas (quadros do PNS 2004-2010, vol. 1: 19 a 22).

Como curiosidade, o PNS 2004-2010 reconhece aos Municípios uma posição privilegiada para mobilizar as energias e as vontades locais na construção de um ambiente urbano saudável e solidário, já que “conhecem com maior profundidade as questões que afectam as comunidades dos respectivos territórios, bem como as inter-relações entre os representantes de outros sectores da administração (como a educação e o desporto com profundas ligações à saúde), ou do sector privado” (PNS 2004-2010: 4).

O segundo volume do PNS 2004-2010 é relativo às “Orientações Estratégicas” e contém também referências explícitas à promoção da AF, nomeadamente no que diz respeito ao

envelhecimento ativo, fatores de risco associada à doença cardíaca, bem como o seu tratamento em sede do Programa Nacional de Intervenção sobre os Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.

As estratégias consignadas para temas como a família e o ciclo de vida, e a gestão integrada da doença contêm referências diretas, reconhecendo-se em ambas a insuficiência da AF e propondo-se medidas para combater o sedentarismo. Relativamente aos jovens, o documento dá nota de um aumento do sedentarismo, bem como de desequilíbrios nutricionais, particularmente entre as raparigas, mas não são previstas medidas concretas para esta faixa etária, a não ser incentivar a adoção de estilos de vida e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura. Quanto à idade adulta o PNS também não contém referência direta aos problemas do sedentarismo.

Já quanto aos idosos, reconhece-se que a “esperança de vida, sem incapacidade, acima dos 65 anos, é inferior à média estimada para os países da União Europeia, devendo-se, entre outros determinantes, à pouca prática de actividade física regular” (PNS 2004-2010: 33). A estratégia prevista para combater esta insuficiência apelava à generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo, por meio de informação e estímulo à prática da AF moderada e regular, além de outros aspetos (funções cognitivas e nutrição).

No eixo da gestão integrada da doença, no referencial das doenças circulatórias e dos estilos de vida, constata-se que “a população portuguesa apresenta algumas características de comportamento pouco saudáveis e que contribuem para o aumento do risco de doença cardíaca. O sedentarismo atinge níveis elevados, mesmo entre a população activa” (PNS 2004-2010: 64).

As medidas de política preconizadas eram intervenções visando a sensibilização e a informação objetivas, nomeadamente junto dos grupos populacionais com fatores de risco para a doença cardíaca (hipercolesterolemia tabagismo, hipertensão arterial, sedentarismo). Estabelecia também o PNS a necessidade de otimizar as intervenções por parte do sistema de saúde quanto aos pacientes portadores de doença do aparelho circulatório, tendo em conta a elevada prevalência dos fatores de risco associados, nomeadamente o tabagismo, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e o sedentarismo.

O documento apresenta também um conjunto de “estratégias para a gestão da mudança”, sendo um dos seus focos os comportamentos e estilos de vida saudáveis. Partindo do reconhecimento da insuficiente atividade física e que Portugal era na altura o país da UE com os níveis de sedentarismo mais elevados (referia-se que cerca de 3/4 da população com 15 anos ou mais descreve a sua principal atividade de tempos livres como ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias), propunham-se as seguintes medidas de incentivo à AF regular:

- Elaborar as recomendações sobre a atividade física regular ao longo da vida, adaptadas à população portuguesa.
- Reforço da articulação com a Rede de Cidades Saudáveis e a Associação Portuguesa de Municípios, no sentido de incentivar o desenvolvimento de projetos que estimulem a prática de exercício físico regular por parte da população.
- Aumentar a sensibilização da população para as vantagens da adoção de uma prática de atividade física regular, adequada a cada situação em particular e a cada fase do ciclo de vida em geral.
- Investir na melhoria do nível de informação existente sobre os hábitos de atividade física dos portugueses.

O PNS faz referência aos múltiplos Programas Nacionais a desenvolver (nos anexos ao documento), sublinhando-se aqui um Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (PNS 2004-2010: 191). Neste programa, sob responsabilidade da DGS, embora de forma indireta, eram contempladas intervenções nos determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida, um projeto informar e educar na mesma temática e um projeto de vida ativa nos locais de trabalho, inferindo-se a promoção da AF, no contexto da narrativa do documento.

### *C) Plano de Acção para a Saúde 2004 - Áreas prioritárias*

Em março de 2004, o Ministério da Saúde publica um documento designado “Plano de Acção para a Saúde 2004 – áreas Prioritárias”, o qual se destinava, de acordo com o seu frontispício, a dar cumprimento às Grandes Opções do Plano e ao Plano Nacional de Saúde e traduz o compromisso do Ministério da Saúde e de cada um dos seus braços operacionais para elevar a saúde dos portugueses (sic).

Neste documento foram inseridas referências diretas à promoção da AF, quer na parte relativa situação da saúde da população, quer na parte onde se propunha a operacionalização do plano.

O documento descreve um conjunto de condicionantes da saúde, elegendo em primeiro lugar os estilos de vida - formas de vida baseadas em padrões identificáveis de comportamento, determinados pela interação entre as características individuais e as condições sociais, económicas e ambientais, que contribuem para promover a saúde e evitar a doença. Aqui se

incluem, entre outros, os comportamentos relacionados com as doenças crónicas não transmissíveis - consumo de tabaco e de álcool, alimentação, atividade física e gestão do stress (PAS 2004: 28).

Especificamente quanto à atividade física, o documento começa por assinalar o problema do sedentarismo, em especial na população jovem, a partir dos dados do Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1998/1999 pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). Depois, no âmbito da operacionalização, estabelece como prioridade a promoção de estilos de vida saudáveis, com inclusão explícita da AF, sendo esta a estratégia mais custo-efetiva e sustentável para prevenir a maioria das doenças crónicas, primeira causa de peso da doença nas sociedades desenvolvidas.

As ações preconizadas para 2004 comprometiam-se com uma especial atenção a estes aspetos, remetendo para a sua abordagem integrada no enquadramento interdisciplinar e intersectorial prevista no Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Vida Saúde relacionados com os Estilos (PAS 2004-2010: 61).

Propunham-se atividades direcionadas especificamente para cada um dos fatores incluídos na promoção dos estilos de vida saudáveis, incluindo em organizações como a família, a escola, os locais de trabalho, as prisões ou as cidades, com o “envolvimento das estruturas dependentes do Ministério da Saúde, aos diferentes níveis, bem como de outras entidades, do sector público e do não-governamental, com particular destaque para os sectores não só da saúde, mas também da educação, da juventude, do trabalho, da solidariedade social, da economia, da agricultura, dos transportes, do ambiente, do sector autárquico, da indústria, do comércio, das ONG’s, dos meios de comunicação social e da sociedade em geral” (idem: 61).

Como intervenções necessárias elegiam-se (p. 64):

- A elaboração de recomendações sobre atividade física regular ao longo da vida, adaptadas à população portuguesa, envolvendo a DGS, Instituto de Desporto de Portugal e a Faculdade de Motricidade Humana;
- A articulação com a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis e a Associação Portuguesa de Municípios, no sentido de se incentivar o desenvolvimento de projetos que estimulem a prática de exercício físico regular por parte da população. Criação de áreas pedonais e espaços desportivos, da responsabilidade da DGS, RPCS, ANMP;
- A sensibilização da população para as vantagens da adoção de uma prática de atividade física regular, adequada a cada situação em particular e a cada fase do ciclo de vida em geral, através da DGS e das ARS;



- Celebração do Dia Mundial de Promoção da Atividade Física - Pela sua Saúde. Mexa-se! (10 de Maio), pela DGS, ARS, Instituto de Desporto de Portugal, FMH e autarquias).

Previa-se igualmente uma campanha de informação e sensibilização através do projeto "Informar e Educar para Estilos de Vida Saudáveis", centrado na realização de programas audiovisuais, sobre temáticas de saúde, para emissão em televisão, vídeo e DVD. Por outro lado, pretendia-se igualmente, no contexto do Campeonato Europeu de Futebol EURO 2004, uma campanha dirigida ao grande público, em torno deste acontecimento.

Por fim o documento propunha ainda a avaliação intercalares do plano, em junho e outubro de 2004 e Janeiro de 2005, sob responsabilidade dos serviços centrais do Ministério da Saúde e das ARS.

*D) Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida:*

Na sequência dos documentos dirigidos ao planeamento da saúde e dos seus determinantes e da extensa atividade do ano de 2004, foi promulgado através do Despacho do Ministro da Saúde n.º 1916/2004, publicado no DR (2ª série) n.º 23, de 28 de Janeiro, o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. Este programa pretende implementar diferentes abordagens, designadamente, medidas legislativas e técnico normativas, processos de informação e de capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis, envolvendo os domínios da saúde e da educação com outros setores, tendo em vista ambientes físicos, organizacionais e sociais mais saudáveis. Declara a sua inserção no PNS e possuía um horizonte temporal de dez anos.

O Programa estrutura a sua implementação, bem como a estruturação organizacional de suporte à sua execução, definindo responsabilidades, o sistema de informação e o apoio científico. Como principais determinantes, o Programa Integrado contempla a alimentação, o tabaco, o consumo de álcool, a atividade física e a gestão do stress, aliás na esteira do PNS 2004-2010 e do PAS 2004. Declarando como objetivo geral a redução dos fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis, relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial, o Programa integra um dos seus objetivos específicos aumentar a proporção de população fisicamente ativa (pelo menos 30 minutos diários de atividade física moderada. Como estratégias sublinham-se aqui:

- A abordagem integrada dos fatores de risco, entre os quais a (in)atividade física, e

- A cooperação intersectorial.

No âmbito das medidas transversais incluem-se o desenvolvimento de campanhas pela televisão e o envolvimento de redes e projetos que se encontravam em curso, como a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, Rede de Escolas Promotoras da Saúde; Projecto Vida Activa Saudável no Local de Trabalho e outros.

#### *E) Plano Nacional da Actividade Física:*

Curiosamente, em 2011 surge o primeiro plano específico para a AF, não de uma instituição incluída na estrutura da Saúde, mas do então Instituto Nacional do Desporto. O Plano Nacional de Atividade Física (PNAF) assume como missão a promoção da AF e do desporto de forma transversal a toda a sociedade e acessível a todos os cidadãos, a realizar através da:

“... formulação de recomendações e estratégias nacionais que permitam a implementação de políticas multissetoriais e multidisciplinares que contribuam para desenvolver um ambiente de suporte no sentido de promover e generalizar a atividade física enquanto instrumento essencial para a melhoria da aptidão física, da qualidade de vida e da saúde pública” (PNAF, 2011: 8).

O Plano propunha três grandes vetores estratégicos - aumento quantitativo e qualitativo das práticas e dos praticantes de AF e desporto; inovação e formação, e Informação e comunicação – com os seguintes objetivos estratégicos:

- Melhorar a igualdade e a equidade no acesso à prática da atividade física para todos os cidadãos;
- Melhorar o conjunto dos resultados da atividade física da população portuguesa.

A construção proposta divide-se depois em objetivos de âmbito geral e em objetivos específicos. Os primeiros eram:

- O combate ao sedentarismo, procurando-se combater os hábitos de sedentarismo, encorajando o desenvolvimento de políticas públicas que reduzam o número de pessoas fisicamente inativas;
- As oportunidades, em estratégias que aumentem as oportunidades de prática de atividade física, promovendo e incentivando a sua prática regular por toda a população;

- A informação ao cidadão, a fim de aumentar o conhecimento público acerca dos benefícios da atividade física em relação à saúde e qualidade de vida;
- E o diálogo intersectorial, consistindo em encorajar a cooperação e a colaboração entre agentes públicos e privados, e promover o diálogo intersectorial, de forma a contribuir para o aumento dos níveis de prática de atividade física da população portuguesa.

Os segundos constam daquilo que o documento designa como critérios de qualidade, destacando-se destes o desenvolvimento e comunicação de metas concretas (6.1); a definição clara de responsabilidades e obrigações no processo de implantação (6.3); a criação de um contexto de apoio à política (6.5); e a monitorização e avaliação do processo de implantação e dos seus resultados. Citando as propostas do documento, destacam-se assim:

*Critério 6.1:*

- Os grupos-alvo prioritários serão os Jovens e as mulheres Idosas;
- Como “Objetivos e Metas” pretende-se o aumento do número de praticantes regulares para atingir a média da Europa em 3 anos;
- Diminuir os índices de sedentarismo para 30% em 3 anos;
- Implementação até finais de 2011 de 50% das medidas estabelecidas pelas orientações europeias para a atividade física;
- Implementação até finais de 2013 de 100% das medidas estabelecidas pelas orientações europeias para a atividade física.

*Critério 6.3:*

- Liderança e acompanhamento do PNAF pelo IDP, I.P.;
- Cada organismo parceiro é responsável pela implementação dos seus projetos;
- Enquadramento legal através da criação de um “Grupo de Acompanhamento do PNAF” como suporte do Programa. Este grupo deverá ser composto por representantes das várias entidades e coordenado pelo IDP, I.P.;
- Monitorização por parte de cada organismo, com o acompanhamento do IDP, I.P. responsável pelo respetivo relatório final de avaliação do PNAF.

*Critério 6.5:*

- Promover programas, projetos e ações interministeriais;
- Promover acordos interpartidários criando a sustentabilidade do PNAF;

- Desenvolver alianças com instituições da sociedade civil (F.P. Cardiologia, Federações, COP, Confederação do Desporto de Portugal, Alto-Comissário para a Imigração e Diálogo Intercultural ...);
- Promover os programas, projetos e ações em todo o território incluindo as Regiões Autónomas, em parceria com as estruturas de proximidade ao cidadão como os Municípios;
- Criar uma rede HEPA.

*Critério 6.7:*

- Cada organismo parceiro do PNAF deve implementar estratégias de Monitorização e Avaliação dos respetivos Programas, Projetos e Ações, sendo o IDP, I.P. o responsável pela coordenação de todo o processo e pela Avaliação global do PNAF;
- Ao IDP, I.P. incumbe dar continuidade à monitorização dos indicadores do PNAF no âmbito do Observatório da Atividade Física e do Observatório da Aptidão Física.

O PNAF declara-se manter a mesma lógica da divisão das Recomendações por área de ação que fora adotada nas “Orientações da União Europeia para a Atividade Física” (analisada adiante) e, por isso, incorpora aquelas recomendações com remissão para Planos e projetos liderados pelo IDP e desenvolvidos no respetivo âmbito.

*F) Plano Nacional de Saúde 2012-2016:*

O segundo Plano Nacional de Saúde veio substituir o PNS anterior, cujo horizonte temporal era 2010, e procurou ser amplamente participado, como aliás consta do seu preambulo. Este plano declara pretender maximizar os ganhos em saúde, reconhecendo que são relativos, através de resultados de saúde adicionais para a população e reforçar o sistema de saúde como a opção estratégica com maior retorno de saúde, em linha com os documentos anteriores.

Como se afirma no documento, um dos seus pontos de partida foi a recolha, integração e discussão de planos e instrumentos institucionais e intersectoriais, e a adoção de um conjunto de valores e princípios semelhantes aos sistemas de saúde europeus.

Nas dimensões que importam para esta inquirição, o PNS 2012-2016 as políticas saudáveis constituem um dos seus principais eixos estratégicos, afirmando-se a envolvimento de todos os sectores da sociedade, os quais que devem contribuir para a criação de ambientes físicos e

sociais promotores do bem-estar e de saúde das populações. O conceito proposto de Políticas Saudáveis engloba a dupla perspectiva de Políticas de Saúde Pública e Saúde em Todas as Políticas, sendo que esta é uma estratégia explícita de abordagem intersectorial. As Políticas Saudáveis suportam-se em estratégias e recursos, como por exemplo: medidas reguladoras; instituições, agências e departamentos; plataformas e redes de parceria intersectorial.

Como orientação a nível político, o PNS 2012-2016 propõe, entre outras medidas:

- Promover e testar modelos de planeamento, financiamento, gestão conjunta e avaliação intersectorial de iniciativas e serviços com impacto na saúde, com vista a integrar multi-estratégias intersectoriais nas instituições;
- Promover o diálogo, redes e parcerias de intervenções intersectoriais e multidisciplinares intra e inter-instituições, em processos de planeamento, prestação de serviços e avaliação.

No capítulo dos indicadores e metas para 2016, o documento estabelece a atividade física como indicador do estado de saúde da população, expressa em minutos/dia. Esta é a única referência direta à AF contida no documento. No seu Anexo 8, o PNS 2012-2016 identifica um conjunto de oportunidades para as políticas saudáveis, de onde se destacam:

- A promoção da intersectorialidade da saúde por parte do Ministério da Saúde;
- A Presidência do Conselho de Ministros como recurso promotor da intersectorialidade;
- Iniciativas de outros ministérios e sectores com impacto positivo na saúde;
- Implementação de legislação conducente à saúde (por ex., Lei do Tabaco).

Mas aponta igualmente algumas ameaças, em especial a falta de investimento e valorização de modelos interdisciplinares e intersectoriais.

#### *G) Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 – Revisão e Extensão a 2020:*

Em maio de 2015, ainda dentro da dimensão temporal da análise, é publicada a revisão e extensão do PNS 2012-2016 até 2020, a qual se reclama alinhada com os princípios e orientações da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia (aprovada por todos os Estados membros em setembro de 2013).

Tal como o documento que lhe serve de base, a Extensão do PNS elege, dentro dos seus eixos estratégicos, as políticas saudáveis, aderindo à definição constante da Carta de Adelaide de 1988 da OMS. Aqui é proposta uma abordagem intersectorial por ciclo de vida, a qual

salienta a oportunidade de intervenção precoce nos fatores de risco (por exemplo, tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool) essencial para a prevenção da doença crónica e das suas complicações.

De entre as várias propostas na mesma abordagem conta-se:

- A promoção da abordagem intersectorial e de Saúde em Todas as Políticas nos diferentes níveis de atuação;
- O reforço de estratégias intersectoriais que promovam a saúde, através da minimização de fatores de risco (tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool);
- O reforço de estratégias de comunicação e de marketing social que promovam a opção pela implementação de políticas saudáveis.

Ao nível das orientações estratégicas para implementação do plano, destacam-se três, todas centradas no “empowerment” do Cidadão:

- Promoção e Proteção da Saúde, visando criar condições para que os cidadãos, individual ou coletivamente, possam agir sobre os principais determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social (WHO Carta de Ottawa, 1986; WHO Declaração de Jakarta, 1997);
- Colaboração intersectorial, sendo que o desenvolvimento de ações intersectoriais visa a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, através de intervenções que envolvam a educação, segurança social, administração interna, agricultura, ambiente, autarquias locais e terceiro setor, com maior proximidade à população;
- Capacitação dos cidadãos através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria Saúde. A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços.

Para a monitorização dos progressos em saúde, o PNS adoptou a atividade física como um dos indicadores no conjunto dos determinantes em saúde, de acordo com a ECHI – European Core Health Indicators, incluída no Observatório Global da Saúde da OMS.

#### *1) Programa Nacional de Saúde Escolar:*

O Programa Nacional de Saúde Escolar foi aprovado pelo Despacho nº 8815/2015, do Diretor

Geral da Saúde, publicado no DR, 2ª Série nº 154, de 10 de agosto de 2015. É o último documento de índole política levantado, específico para o meio escolar, e tem como o primeiro dos seus objetivos promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa.

O seu primeiro eixo estratégico refere-se à capacitação, cujas áreas de intervenção incluem a alimentação saudável e atividade física, a par de outras como higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas.

Neste contexto, é afirmado que a escola é um local privilegiado para promover a prática de atividade física na vertente da educação física de âmbito curricular e de desporto escolar, como uma componente essencial do desenvolvimento integral dos/as alunos/as, sendo recomendado pela OMS que as crianças e jovens, entre os 5 e os 17 anos, devem acumular, pelo menos, 60 minutos de atividade física, de intensidade moderada a vigorosa, diariamente.

O programa propõe-se incluir todos os programas da DGS em execução e refere também a necessidade de uma orientação para os transportes sustentáveis, reconhecendo-se que a massificação do uso do automóvel causou um aumento da poluição do ar e uma redução da atividade física, comprometendo a saúde humana e o ambiente. A promoção de modos de transporte suaves nas políticas de mobilidade escolar, em cooperação com outros Planos e Programas de outros setores, ajuda a garantir que as questões de saúde sejam neles considerados.

No âmbito dos objetivos operacionais do programa inclui-se o aumento da percentagem de crianças/alunos/as que referem adotar um estilo de vida mais saudável, tendo como indicador a percentagem de alunos/as dos estabelecimentos de educação e ensino abrangidos pelo programa que referem praticar atividade física, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do ensino básico e secundário; e como metas atingir os 15% em 2016 e os 25% em 2020.

O documento prevê ainda um sistema concreto para a sua monitorização e avaliação.

### ***Documentos operativos***

*A) Orientações da União Europeia para a Atividade Física - Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar (2009):*

Dando seguimento à sua missão de promoção da AF e do desporto, o IDP fez publicar em 2009 o documento que transcreve as orientações da UE para a atividade física. Estas orientações são

primariamente dirigidas aos Estados membros da UE e o seu conteúdo tem natureza genérica,

No âmbito da presidência finlandesa da UE foi mandatado um grupo de trabalho composto por 22 especialistas para a Saúde e Desporto na dos ministros do Desporto dos Estados-membros que teve lugar em Novembro de 2006, para preparar as Recomendações para a Atividade Física ao nível da UE, no seguimento de várias iniciativas das instituições da União.

As recomendações trabalhadas por este grupo e aprovadas em novembro de 2008, são em primeira linha dirigidas aos responsáveis pela elaboração de políticas públicas dos Estados membros, e insere-se numa lógica intercalada de adaptação das recomendações emitidas pela OMS, dando por sua vez origem às recomendações ao nível de cada um dos estados da UE.

Estas recomendações importam uma responsabilidade para o aumento da AF da população, em especial para o sector público, em seis áreas chave: desporto, saúde, educação, transportes, ambiente e urbanismo, ambiente nos locais de trabalho e serviços para séniores. Reconhecendo que o simples estabelecimento de metas e objetivos não é suficiente para assegurar uma implementação eficaz, as Recomendações apontam medidas de política pública a serem adotadas pelos Estados:

1. Desenvolvimento e comunicação de metas concretas;
2. Planeamento de passos concretos para o processo de implantação;
3. Definição clara de responsabilidades e obrigações no processo de implantação;
4. Alocação dos recursos adequados;
5. Criação de um contexto de apoio à política;
6. Aumento do apoio do público em geral;
7. Monitorização e avaliação do processo de implantação e dos seus resultados.

No contexto do Desporto, as Recomendações apontam como objetivo das políticas o aumento do número de cidadãos que participam em atividades físicas e desportiva, no desenvolvimento do movimento designado “desporto para todos”. O documento elege como atores o governo central, as autarquias, o desporto organizado e o desporto não organizado.

Para o governo central são recomendadas ações que visem sinergias interministeriais e intersectoriais, bem como o estímulo financeiro a iniciativas a autarquias e as organizações desportivas. Para a administração regional e autarquias locais, o desenvolvimento de iniciativas que envolvam toda a população, facilitar o acesso às infraestruturas desportiva e aos contextos favoráveis à prática de AF, e o apoio às organizações desportivas. Para o desporto organizado, o objetivo seria a oferta, no nível nacional, de programas de exercício físico de alta qualidade diretamente ligados à saúde. Já no tocante à prática desportiva informal, são elencadas



intervenções específicas para remoção de limitações geográficas, limitações socioeconómicas e limitações culturais, o que exige a intervenção do poder público.

No contexto da Saúde, o documento sustenta que, para que a promoção da AF se torne numa prioridade das políticas de saúde é necessário dedicar atenção à atividade física no sentido mais amplo, através de uma abordagem global e sustentável, em larga escala, baseada em toda a população. Para isso, os sistemas de saúde devem facilitar uma atuação coordenada multinível ao tornarem a atividade física uma parte integrante da prevenção primária.

O setor público da saúde deve ainda promover a avaliação dos efeitos dos programas de atividade física. Melhores instrumentos para medir a AF permitem a identificação dos grupos populacionais que têm maiores necessidades de combate ao sedentarismo. Recomenda-se também que o sector público da saúde trabalhe no sentido de alterar as normas sobre AF e desenvolver o apoio social para apoiar a AF como atividade de promoção da saúde na comunidade.

Quanto ao meio educativo, declara-se que a Educação Física baseada na escola é eficaz no aumento dos níveis de AF e na melhoria da condição física. No entanto, para alcançar mudanças significativas na saúde, era necessária uma hora diária de atividade física organizada, devendo o aumento do tempo ser alcançado aumentando o tempo curricular ou extracurricular na escola, não tendo de ser alcançado em detrimento das restantes disciplinas do curriculum escolar.

Por outro lado, devem ser incentivadas as escolas a proporcionarem atividades físicas diariamente em todos os graus de ensino, dentro ou fora dos programas escolares em cooperação com parceiros da comunidade local, e promover em todos os alunos o interesse para toda a vida pela AF. Fora do meio escolar, ela pode ser consideravelmente promovida disponibilizando as instalações desportivas escolares fora dos horários escolares e através da criação de parcerias.

No contexto do planeamento urbano, reconhece-se que um ambiente urbano que incentiva a utilização de veículos motorizados, e, portanto, desincentiva a atividade física, sendo que os fatores ambientais podem ter um papel importante na determinação e na definição de padrões AF para os cidadãos. Por outro lado, o incentivo à mobilidade ativa, por exemplo a preferência pela bicicleta e pela marcha como meios de transporte, é fundamental colocar o acento tónico sobre a segurança dos percursos: os espaços verdes atraentes ou espaços urbanos seguros partilhados são componentes importantes de uma comunidade local ativa.

Também a questão ambiental é relevante para a promoção da atividade física não apenas no contexto urbano, mas também no campo, nos vales e nas montanhas, bem como em rios, lagos e no mar. Muitos tipos de AF auto-organizada, como, por exemplo, a marcha, o ciclismo,

a vela ou o remo, tornam-se mais gratificantes quando são praticados num ambiente natural agradável.

Recomenda-se também a adoção de campanhas de informação pública, porque a implantação com êxito das políticas para a AF depende em grande medida das mudanças nas perceções do público e das alterações dos comportamentos individuais. As campanhas de consciencialização pública são, assim, uma importante ferramenta na implantação das recomendações para a atividade física.

#### *B) Livro Verde da Actividade Física:*

Em 2011 o IDP publica também o “Livro Verde da Actividade Física”, o qual pretende vir colmatar (à data) uma importante lacuna na área da atividade física e do desporto, por não existir até então uma recolha sistemática de dados consistente para a quantificação dos níveis da atividade física da população. A publicação propõe-se como um instrumento essencial para a avaliação da eficiência de programas de intervenção visando a progressiva redução do sedentarismo e o aumento dos inquestionáveis ganhos de saúde.

De facto, constata-se que o documento se divide em duas partes, sendo a primeira o relatório referente aos dados recolhidos no âmbito do projeto do Observatório Nacional da Actividade Física e do Desporto, com a avaliação de 6299 portugueses de 10 ou mais anos de idade com funcionamento físico independente, de ambos os sexos, em 18 distritos de 5 zonas de Portugal Continental entre 2006 e 2009, e uma segunda parte que procede à adaptação das recomendações da UE em matéria de promoção da AF, à realidade nacional.

O documento propõe nove itens de intervenção, englobando seis áreas de atuação (desporto, saúde, educação, transportes e urbanismo, ambiente nos locais de trabalho e serviços para séniores). Partindo da base das recomendações formuladas à data - um mínimo de 60 minutos diários de atividade física, de intensidade moderada, para crianças e jovens, e um mínimo de 30 minutos diários de atividade física moderada para adultos, incluindo idosos – referem-se ainda as recomendações relativas à abordagem transectorial da AF, à monitorização e avaliação, e divulgação pública.

De seguida transcreve-se o conteúdo mais relevante das recomendações expressas no Livro Verde, distribuídas segundo os itens de intervenção:

##### a) Abordagem transectorial:

- Cooperação intersectorial;

- Celebração de acordos entre as administrações central, regional e local de forma a promover o desporto e a AF. Se for o caso, tais acordos podem envolver mecanismos específicos de recompensa;
- Financiamento público.

b) Desporto:

- Acesso à atividade física ao maior número de pessoas, independentemente do seu nível de desempenho (“desporto para todos”, desporto recreativo), garantido pelas autoridades públicas;
- Devem ser criados mecanismos de avaliação e de gestão apropriados para garantir a realização de um seguimento concordante com o objetivo de promover “o desporto para todos”;
- Financiamento dirigido para atividades promotoras do “desporto para todos”. Os agentes públicos e privados devem ter a possibilidade de se candidatar a um financiamento de forma igualitária;
- A política desportiva deve basear-se em evidências, e o financiamento público para a ciência do desporto deve incentivar investigações que procurem desenvolver novo conhecimento acerca das estratégias que permitam que a população seja fisicamente ativa;
- As organizações desportivas devem proporcionar atividades e eventos atrativos para todos e estimular contactos entre pessoas de diferentes grupos sociais e com diferentes capacidades, independentemente da raça, da etnia, da religião, da idade, do sexo, da nacionalidade, e da saúde física e mental;
- Cooperação com as universidades e as escolas profissionais da especialidade para desenvolver programas de formação para treinadores e outros profissionais do desporto, cuja ação incida no aconselhamento e na prescrição de atividade física para pessoas sedentárias
- Devem ser uma parte integrante da oferta das organizações desportivas programas de grande acessibilidade a diferentes estratos sociais e grupos etários, e que incluam o maior número possível de disciplinas desportivas;
- As organizações desportivas ganham um significado especial para as políticas da saúde se conseguirem oferecer programas de prevenção e promoção da saúde de qualidade testada, rendíveis e eficientes.

c) Saúde:

- Nos sistemas nacionais de vigilância de saúde, deve ser incluída a recolha de dados acerca da atividade física da população;
- Identificar quais são as profissões que têm as competências necessárias para promoção da atividade física e ponderar como pode ser facilitada a aplicação das funções relevantes nesse âmbito;
- Os médicos e os demais profissionais de saúde devem ser agentes facilitadores entre os seus doentes, os prestadores de seguros de saúde e os fornecedores de programas de atividade física;
- As companhias de seguros devem ser incentivadas a reembolsar os médicos quando procedem ao aconselhamento dos seus doentes acerca da forma como podem e devem incluir a AF na sua vida diária;
- As autoridades públicas devem incentivar os sistemas de seguros de saúde para que sejam atores principais na promoção da AF;
- Os sistemas de saúde devem estimular as pessoas/utentes a ser fisicamente activos e devem oferecer incentivos financeiros.
- Quando o tratamento é disponibilizado gratuitamente, o sistema público de saúde deve incentivar a atividade física em todas as faixas etárias, inclusive introduzindo bónus para pessoas fisicamente ativas e incentivando os profissionais da saúde para a promoção da AF como parte de uma estratégia de prevenção.

d) Educação:

- Os Estados-membros da União Europeia devem reunir, sintetizar e avaliar as recomendações nacionais para a atividade física dirigidas a professores de Educação Física e aos outros intervenientes no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes;
- Numa segunda fase, os Estados-membros da União Europeia podem conceber e reforçar a formação dos professores de Educação Física através de conteúdos orientados para o desenvolvimento da saúde;
- Os cursos de formação dos professores de Educação Física, dos profissionais da saúde, dos gestores de desporto e lazer e dos meios de comunicação profissionais devem incluir informação relevante acerca dos benefícios da AF e das estratégias para a sua introdução no dia-a-dia;
- Os currículos das profissões de saúde na União Europeia devem integrar temas relacionados com a AF, com a promoção da saúde e com a medicina desportiva.

e) Transportes, Ambiente, Planeamento Urbano e Segurança Pública:

- Planear e criar infraestruturas adequadas à utilização da bicicleta como meio de transporte para a escola e para o trabalho;
- Outros tipos de locomoção ativa devem ser sistematicamente considerados;
- Os investimentos em infraestruturas para andar de bicicleta ou caminhar devem ser acompanhados por campanhas de informação;
- Os responsáveis pelo planeamento do território devem integrar nos seus projetos a necessidade de criar um ambiente seguro para a prática diária de AF da população local. Devem também ser consideradas as acessibilidades, a pé ou de bicicleta, de casa para as estações de comboio, de metro, para o autocarro, lojas e outros serviços e espaços de lazer;
- Devem ser projetadas, desenvolvidas e mantidas as ciclovias e os parques de estacionamento de bicicletas respeitando as exigências básicas de segurança;
- Os serviços da polícia de trânsito devem assegurar a segurança dos peões e dos ciclistas;
- Promoção da proteção do ambiente natural, mas também realçar o seu importante potencial como espaço atrativo para a prática de AF ao ar livre;
- Garantia da integração de espaços de jogo, recreio e lazer para as crianças e para os adolescentes.

f) Ambiente de Trabalho:

- Empregadores e os sindicatos devem, nos seus contratos, incluir requisitos para que os locais de trabalho facilitem um estilo de vida fisicamente ativo;
- Concessão de certificados nacionais de saúde para os locais de trabalho que invistam num estilo de vida fisicamente ativo dos seus trabalhadores.

g) Serviços dirigidos a Séniores:

- Mais recursos à investigação dedicada ao estudo da associação entre a atividade física desenvolvida pela pessoa idosa e a sua saúde psicológica e fisiológica, bem como a identificação de meios para aumentar a atenção e o conhecimento da importância de ser fisicamente ativo;
- As autoridades públicas devem disponibilizar instalações que tornem a AF mais acessível e atraente para a pessoa idosa, reconhecendo o princípio de que o investimento nestas infraestruturas tende a reduzir os custos com os cuidados de saúde;

- Enquadramento da pessoa idosa no domicílio e nas instituições para que seja garantido o acesso a uma atividade física apropriada às condições de saúde.

h) Indicadores, avaliação e monitorização:

- A implantação de ações políticas para a promoção da AF deve ser monitorizada regularmente, com base em indicadores objetivos predefinidos que permitam a avaliação e a revisão das políticas e dos programas.

i) Consciencialização e divulgação pública:

- A sensibilização deve ser combinada com outras formas de intervenção dentro de uma estratégia coerente de comunicação;
- Apoiadas através de uma rede União Europeia-HEPA, baseada na atual rede europeia para o aumento da AF e para a melhoria da saúde (HEPA Europa);
- A Comissão Europeia é convidada a estudar a melhor forma para apoiar financeiramente uma rede União Europeia-HEPA, e a envolver a rede na implantação, na avaliação e na divulgação dos resultados dos projetos relacionados com a HEPA.

No campo das estratégias propostas pelo documento são de referir, no contexto da inquirição, as seguintes:

- Salientar a AF como um elemento-chave da saúde da população: é necessária uma ação coordenada de diferentes sectores para melhorar a participação em níveis de atividade física benéficos para a saúde, salvaguardando o bem-estar das comunidades, a proteção do ambiente e o investimento nas futuras gerações;
- Englobar múltiplos sectores sociais e níveis de decisão governamental: a promoção da AF requer a cooperação de todos os níveis e sectores governamentais, nos níveis local e nacional, bem como o estabelecimento de funções e de comprometimento claro em cada um dos níveis e estruturas decisórias;
- Melhorar o ambiente físico para a AF: as oportunidades para o ser ativo necessitam de ser desenvolvidas perto dos locais onde as pessoas vivem, juntamente com a criação de ambientes mais limpos, mais seguros, mais verdes e facilitadores da vida ativa;
- Facilitar a mobilidade ativa e a utilização de transporte público: adoção de medidas de limitação de tráfego ou da sua velocidade, de conceção ou melhoria de infraestruturas seguras e de conveniência, como, por exemplo, de ciclovias e de zonas pedestres, assim

- como a alteração de políticas locais de apoio ao pedestrianismo e à utilização da bicicleta como meio de transporte, podem ser fatores fundamentais neste domínio;
- Basear os programas nas necessidades da população: neste domínio, os alvos prioritários devem ser as escolas e as infraestruturas de lazer e desporto. As escolas podem providenciar muitas oportunidades para a AF através da obrigatoriedade curricular da educação física, abrindo espaços para brincar e ginásios para uso de toda a comunidade, dando ênfase a iniciativas como os programas para as estradas seguras de acesso às escolas. Estas ações podem combinar mudanças nas infraestruturas (tal como a abertura de espaço e capacidade de estacionamento para bicicletas) com programas promocionais;
  - Favorecer a equidade na acessibilidade e prática: as ações de promoção devem ser tomadas com o intuito de reduzir estas diferenças de acesso, suportando atividades de baixo ou nenhum custo (por exemplo, o caminhar), bem como de melhorar os ambientes facilitadores de atitudes sociais e perceções positivas da AF;
  - Influenciar a comunidade através da comunicação social: é necessário desenvolver campanhas de comunicação com mensagens claras e consistentes dirigidas a segmentos específicos da população para informar (ou reforçar) sobre os benefícios da AF e incentivar as pessoas a serem mais ativas, de forma a criar um contexto em que a AF seja a norma.

### **8.3. Aferidores possíveis**

Se os documentos descritos e analisados no ponto anterior contemplam um conjunto de propostas de política pública, outros documentos publicados ao longo dos anos vêm revelar dados preocupantes e resultados negativos relativamente à evolução da promoção da AF.

A recolha de eventuais resultados e de indícios que ilustrem a evolução da inatividade física e da implementação das medidas de política assumem uma matriz dispersa, podendo ser encontrados quer em documentos nacionais, quer em documentos internacionais divulgados, os quais contêm dados e conclusões relativamente a Portugal.

Os dados aqui recolhidos e que integram o ponto 8.1 acima, podem considerar-se como um ponto de partida, no espaço temporal definido, e também como uma caracterização da primeira parte desse período; já o desenvolvimento e as consequências das intenções de política contidas nos programas, planos e projetos decorrentes da documentação analisada podem ser extraídos de documentos que versam sobre essas políticas, com as características de relatório, contendo

os resultados concretos que deveriam constituir ganhos efetivos decorrentes da mudança operada pelas políticas públicas.

Dentro do quadro metodológico definido, foi selecionado um conjunto de relatórios, provenientes de entidades nacionais e internacionais, cujo conteúdo – eminentemente estatístico – permite aferir, ainda que de formas variadas, tanto a evolução da AF no segundo período da dimensão temporal utilizada, como algum tempo após o seu término, mas admissível tendo em conta o prolongamento dos efeitos das políticas públicas consideradas.

A recolha desses dados foi organizada de acordo com o seguinte: um primeiro grupo de documentos, de natureza dispersa, de carácter geral, e um grupo de documentos respeitantes a cada uma das quatro dimensões analíticas definidas na metodologia adotada.

### *Indicadores dispersos*

A Plataforma Europeia para a Dieta, Atividade Física e Saúde tem emitido espaçadamente relatórios sobre a evolução daquelas temáticas no espaço europeu. Em 2013, a DG Sanco (Directorate-General for Health and Consumers da UE - designação usada até 2014) emitiu um relatório especial relativo ao período entre 2006 e 2012, o qual pretendia fazer um balanço dos compromissos assumidos pelos estados aderentes à Plataforma e efetivamente concluídos.

Por compromissos entendem-se promessas de ação para atingir um objetivo específico que avance os objetivos da Plataforma (Special Report, 2013: viii).

As conclusões relativamente à AF eram otimistas, para o espaço europeu: entre 2006 e 2010, os compromissos que continham a atividade física destacada dos compromissos relativos ao estilo de vida, foram mantidos.

De qualquer forma, uma estimativa dos utilizadores finais da plataforma em 2012 mostrava um número impressionante de indivíduos abrangidos por compromissos de promoção de atividade física - mais de 4 milhões de crianças e adolescentes eram então ativos devido a compromissos de promoção de atividade física.

Nos anos seguintes, esta Plataforma desagrega dados para os países aderentes relativamente aos compromissos assumidos, verificando-se no Relatório de 2015, que Portugal participava em 2014 com 71 compromissos relativos à alimentação e à atividade física. Todavia, as conclusões não se encontram desagregadas, mostrando apenas que, dos 12 compromissos referentes à promoção da AF comuns a 15 países europeus, apenas 2 haviam sido completamente alcançados e 5 alcançados quase na totalidade.

No relatório de 2016, os compromissos nesta área da promoção da AF desceram para 11



compromissos comuns aos membros, sendo que Portugal assumiu apenas 7, de acordo com o anexo 1 ao Relatório. No global, do total de compromissos 9 foram alcançados e 2 apenas parcialmente.

Esta evolução mostra um sinal positivo no espaço europeu quanto à promoção da AF e à participação de Portugal na Plataforma. Contudo, faltam dados mais precisos para avaliar a participação efetiva de cada estado.

Em 2018 a OMS publica o relatório “Physical Activity Factsheets For The 28 European Union Member States Of The Who European Region”, o qual estimou que a prevalência da inatividade física em Portugal de 62% para a faixa das crianças entre os 10 e os 12 anos, de 88% para os jovens na faixa dos 14-15 anos, e um valor global de 65% para os indivíduos com mais de 15 anos. O exercício, desporto ou outra atividade física é realizado quase diariamente por 9% e algumas vezes por semana por 26% da população.

Por seu turno, a Comissão Europeia, no seu Relatório de 2019 ao Parlamento Europeu sobre a aplicação da Recomendação do Conselho sobre a promoção trans-sectorial da atividade física benéfica para a saúde verificou uma melhoria global em 16 indicadores, 11 dos quais melhoraram em mais de 20%. Concluiu, apesar disso, que os dados recolhidos sobre a atividade física da população sugeriam que os níveis continuam a ser demasiado baixos nos Estados-Membros da UE.

Referem ainda essas conclusões que as recomendações políticas nacionais relativas a HEPA tinham sido aplicadas em 22 países. Em nove destes países, as recomendações basearam-se unicamente nas recomendações globais da OMS sobre a atividade física no domínio da saúde, tendo sido utilizadas outras recomendações em cinco países. Dez países seguiram outras recomendações internacionais ou uma combinação destas. Quanto à aplicação dos indicadores (total de 22), Portugal desceu de 11 em 2015 para 10 em 2018.

Ainda no que respeita a indicadores gerais, é também de referir um documento que, embora não tenha sido publicado por entidade oficial apresenta, no entanto, um retrato da situação da inatividade física em Portugal no decurso dos anos anteriores à respetiva publicação. Trata-se do inquérito realizado em 2017 pela Fundação Portuguesa de Cardiologia.

Esta Fundação pretendeu em 2017, no decurso de Maio, o mês do coração, alertar para as consequências da inatividade física na saúde cardiovascular – e também na saúde geral – produzindo um inquérito num universo de 1216 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Portugal Continental.

O estudo compara com outro idêntico realizado em 2015 e concluiu que 67% dos portugueses eram sedentários, isto é, praticavam menos de 1h30 de exercício por semana,

resultado agravado face aos 64% em 2015. Quanto aos portugueses ativos, aqueles que praticavam mais de 1h30 de exercício por semana, eram 33% em 2017, menos 3% do que em 2015.

A atitude perante o exercício físico, de acordo com o inquérito, resume-se no quadro seguinte:

Atitudes face ao exercício	2015	2017
Queria mesmo fazer mais exercício, mas realmente não consegue na sua situação atual	21	18
Já pensou em fazer exercício físico e até gostava, mas o dia-a-dia acaba por falar mais alto	36	33
Fazer exercício não é muito importante nem interessante	43	49

Quadro IV. 10 - Atitudes perante o exercício. Fonte: Inquérito da Fund. Port Cardiologia.

Relativamente ao tempo que os inquiridos passaram sentados, sendo esta a atividade mais representativa do sedentarismo, o inquérito revela a seguinte distribuição:

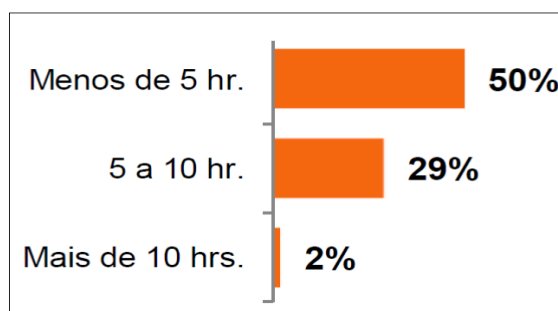


Figura IV. 5 - Tempo passado sentado. Fonte: Inquérito da Fund. Port Cardiologia.

As conclusões gerais do inquérito revelam, para a sua data de realização, dados inquietantes para a saúde individual, mas também para a saúde pública, considerando os impactos no sistema de saúde e nos custos económicos do sedentarismo:

- 2 em cada 3 portugueses são sedentários (praticam menos de 1h30 minutos de exercício físico por semana). Entre estes, quase metade admite que “fazer exercício não é muito importante nem interessante”. Assim, registou-se uma descida na percentagem de indivíduos ativos face à vaga anterior (33% em 2017 vs. 36% em 2015);
- A caminhada continua a ser a atividade física mais popular, preferida por quase metade da população não-sedentária;
- Apenas 1/4 dos portugueses fisicamente ativos praticam corrida. Embora esta

percentagem não tenha variado face a 2015, o tempo médio de corrida semanal baixou expressivamente: de 196 minutos na vaga anterior para 113 na atual.

### *Saúde e desporto*

No que se refere à **saúde e ao desporto / exercício físico**, os documentos analisados para estes indicadores gerais correspondem basicamente aos programas do Ministério da Saúde e da DGS. No seguimento do documento “Saúde um Compromisso: A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)” emitido em 1998, concebido para orientar as intervenções do Serviço Nacional de Saúde até 2002, o Relatório “Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de Situação – 2002” pretendeu dar conta da evolução da saúde dos portugueses entre aquelas datas, tendo em conta que, como refere este último, a nível político as Grandes Opções dos Plano se basearam nas orientações de 1998.

Neste relatório, os determinantes de saúde incluíram, a par dos consumos nocivos, um capítulo referente à vida ativa, alimentação saudável e gestão do stress. Neste reconhece-se que a manutenção regular de níveis de atividade física diária adequados é um importante fator de proteção, contribuindo de forma positiva para a redução da obesidade, da *diabetes mellitus*, da osteoporose, das doenças do aparelho circulatório, da depressão e ansiedade e concorrendo para a promoção de bem-estar e de um envelhecimento saudável, embora Portugal apresentasse elevados níveis de sedentarismo a nível do espaço da UE (p.64).

As conclusões deste relatório sobre os determinantes da saúde apontam que as principais causas de morbilidade crónico-degenerativa em Portugal partilham, como determinantes, o consumo de tabaco, o abuso do álcool, a alimentação inadequada, a toxicodependência, a inatividade física, as más condições ambientais e o baixo estatuto socioeconómico.

A agenda política para a saúde passava, afirmava-se, pelo combate ao tabagismo, ao alcoolismo e à toxicodependência, pela prevenção rodoviária e pela promoção de hábitos dietéticos saudáveis e de mais atividade física, não de uma forma descontextualizada, mas numa abordagem que levasse em conta os determinantes socioeconómicos.

Concluía também este documento ser necessário elaborar Recomendações sobre atividade física saudável ao longo da vida, adaptadas à população portuguesa. Propunha-se reforçar a articulação com a Rede de Cidades Saudáveis e a Associação Portuguesa de Municípios, no sentido de ser incentivado o desenvolvimento de projetos que estimulem a prática de exercício físico por parte da população.

A DGS também publicou periodicamente um conjunto de relatórios sobre a saúde da

população portuguesa, onde é possível apreender uma linha evolutiva, embora com variações de método e de fontes. Interessa considerar em especial os relatórios de 2015 e 2016, como corolário da dimensão temporal definida.

O relatório de 2015 afirmou que a promoção do exercício físico ao longo de todo o ciclo de vida é absolutamente prioritária e insubstituível como fator protetor da saúde, e que o sedentarismo e o excesso de ingestão de calorias explicam os índices altos de prevalência do excesso de peso, incluindo a obesidade.

Dava conta também que a inatividade física e baixo nível de atividade física, segundo as doenças associadas, representava em 2010, em ambos os sexos em Portugal, 7,3% dos fatores de risco ordenados por peso na carga de doença, em valor absoluto. Nas conclusões, o relatório considerava ainda dever serem estabelecidos compromissos nas políticas sociais e da saúde ao nível da prevenção, destacando como medidas essenciais a redução do sal na alimentação, a redução do tabagismo, a promoção do exercício físico e a promoção do envelhecimento saudável e, paralelamente o rastreio/monitorização/vigilância no que respeita aos tumores, hipertensão arterial, complicações da diabetes e, ainda, excesso de peso.

O documento “A Saúde dos Portugueses 2016” apresenta um trabalho mais detalhado, com dados mais extensos. Assim, começa por elencar os fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos (DALY) pela população portuguesa, nos quais o baixo nível de atividade física representava 3,8%. A inatividade física contribui diretamente para a carga global de doença neste valor, mas é igualmente um fator de risco para as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e diabetes, entre outros fatores de morbidade. E acrescenta que apenas cerca de 1 em cada 5 adultos portugueses atinge atualmente os valores recomendados de atividade física moderada ou vigorosa.

Dados anteriores são também referidos, lembrando o documento que a inatividade física foi responsável por 8,4% das mortes por doenças cardiovasculares, 10,5% por diabetes tipo II, 14,2% por cancro da mama, 15,1% por cancro do cólon e 13,6% por todas as causas, na população portuguesa, em 2008.

Quanto ao cumprimento das Recomendações internacionais sobre a AF, estimava-se que apenas 21% da amostra selecionada atingia os valores mínimos, face à totalidade de dados disponíveis, e considerando atividades realizadas nos tempos de lazer com duração igual ou superior a 10 minutos por sessão (como o ‘exercício físico’ e o desporto), e que 15 a 20% dos adultos portugueses realiza mais de 150 minutos de atividade física moderada ou vigorosa por semana.

Já quanto ao exercício físico organizado, dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014

mostraram que, nos momentos de lazer, quase 60% dos homens e 70% das mulheres não pratica ‘exercício físico’. Uma percentagem muito mais pequena pratica 1-2 dias por semana (15,9% dos homens e 14,9% das mulheres) e somente 5,7% dos homens e 3,9% das mulheres o faz diariamente. Na marcha / caminhada pouco mais de 40% dos portugueses se desloca a pé 5 ou mais dias por semana, enquanto 39% nunca o faz. Para a utilização da bicicleta, 94% da população residente afirmou não se deslocar de bicicleta em nenhum dia da semana e somente 1,4% afirmou fazê-lo 5 ou mais dias por semana (INS 2014: 173).

Os comportamentos sedentários atingem 67% dos adultos, que passam mais de 7,5 horas por dia nessa situação, e desses, 12% mais de 10 horas por dia. Dados mais recentes (2013-2014) relativamente à prática de atividade física, recolhidos em jovens dos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade (idades entre os 10 e os 20 anos; média de 13,8 anos) indicam que somente 16% praticava atividade física diariamente. A diferença entre rapazes e raparigas é novamente muito acentuada (23% vs. 9%, respetivamente). Pouco mais de 50% praticava entre 3 e 6 dias por semana e 33% praticava menos de 3 dias por semana. Quando questionados acerca do exercício físico praticado fora do contexto escolar, apenas 15% dos adolescentes indica praticar mais de 3 horas de exercício por semana e 23% duas a três horas. A grande maioria pratica 1 hora ou menos de exercício físico por semana.

O 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) de 2017, dirigido aos determinantes de saúde, constituiu um importante instrumento para o conhecimento da realidade a partir de dados recolhidos em 2015 para uma população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos de idade. O inquérito foi promovido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), tendo sido observados 4911 indivíduos (2265 homens: 46,1% e 2646 mulheres: 53,9%), e os dados primários recolhidos entre fevereiro e dezembro de 2015.

Quanto à AF, o inquérito debruçou-se sobre dois aspetos principais: o sedentarismo em tempo de lazer e a prática de exercício físico. No primeiro aspeto, de acordo com o INSEF, a prevalência de indivíduos residentes em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, que declararam que a situação que melhor descrevia as suas atividades nos tempos livres era “Ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias” foi de 44,8% (intervalo de confiança de 95%: 41,1 a 48,5).

A prevalência da prática de atividades sedentárias durante o tempo dedicado ao lazer foi mais elevada no sexo feminino do que no sexo masculino (48,5% vs 40,6%), e mais baixa nos indivíduos entre os 25 e os 34 anos em ambos os sexos (41,4%).

A região do país com maior prevalência de atividades sedentárias durante o tempo de lazer

foi a Região Autónoma dos Açores (52,5%), tendo a menor sido observada na região Centro (33,8%). Estas diferenças não foram alteradas após padronização para o sexo e o grupo etário. Relativamente à escolaridade, foram observadas diferenças na distribuição da prevalência de atividades sedentárias no tempo de lazer, tendo esta diminuído com o nível de escolaridade (51,6%: sem escolaridade ou 1º ciclo vs 38,9%: ensino superior). Esta variação não se alterou após padronização.

O segundo aspeto, a prática de o exercício físico, o INSEF verificou que a prevalência de indivíduos residentes em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, que declararam praticar, pelo menos uma vez por semana, alguma atividade física regular de forma a transpirar e/ou sentir cansaço foi de 34,2% (intervalo de confiança de 95%: 31,4 a 37,1). A prevalência da prática de exercício físico era superior no sexo masculino (39,7% vs 29,2%) e diminuía de forma consistente com a idade (47,1% nos indivíduos entre os 25 e os 34 anos vs. 20,8% nos indivíduos entre os 65 e os 74 anos).

Em termos regionais, foi a região de Lisboa e Vale do Tejo, que apresentou a maior prevalência de prática de exercício físico (40,3%). Pelo contrário, a menor prevalência foi observada na Região Centro (28,0%). Estas diferenças mantiveram-se após padronização para o sexo e o grupo etário.

A população com grau de instrução ao nível do ensino superior apresentava a prevalência de prática de exercício físico mais elevada (49,6%), sendo o valor mais baixo observado na população sem escolaridade ou apenas com o 1º ciclo do ensino básico (18,8%). Esta amplitude de variação manteve-se praticamente inalterada após padronização.

O INSEF comenta que os resultados do 3º Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1998/99 estimaram uma prevalência de sedentarismo no tempo dedicado ao lazer de 74,9%. Verifica assim um decréscimo de cerca de 30% na prevalência de sedentarismo no período de 16 anos decorrido entre o 3º INS (1998 / 99) e o INSEF (2015). Por outro lado, a prática de exercício físico registou um aumento substancial, de 6,5% no 3º INS (1998/99) para 34,2% no INSEF (2015), o que pode refletir o aumento do interesse e acesso da população a práticas de atividade física.

Em 2018, o Ministério da Saúde emitiu um relatório designado “Retrato da Saúde 2018”, relatório este que apresenta um ponto de situação da saúde e da população portuguesa, incidindo sobre aspetos demográficos, estilos de vida e comportamento, sistemas de saúde, profissões e financiamento.

Algumas das suas notas e conclusões contribuem para realçar o problema da inatividade física em termos de saúde: o relatório dava conta que a se estimou que cerca de 14% das mortes

anuais estejam associadas à inatividade física, um valor superior à média mundial, que se encontra abaixo de 10%. Por isso, a promoção da atividade física deverá estar integrada nas prioridades presentes e futuras do Serviço Nacional de Saúde.

Nesse contexto, e na sequência da criação do programa prioritário para a promoção da Atividade Física em 2016, foram iniciadas várias medidas, das quais destaca a apresentação do primeiro Plano de Ação Nacional para a Atividade Física (designação do relatório), resultado do trabalho de uma comissão intersectorial pioneira em Portugal.

O relatório dá conta que estado de saúde da população portuguesa melhorou consideravelmente ao longo da última década. Os portugueses vivem mais anos, sendo, aliás, a esperança de vida superior à média da União Europeia. E isto deve-se às melhores condições de vida, mas também ao facto de os cidadãos passarem a ter tido mais e melhor acesso aos cuidados de saúde. Por outro lado, o próprio progresso da medicina e da tecnologia refletiram-se positivamente nos medicamentos e nas terapêuticas, que são, hoje, mais inovadores e eficazes.

Todas estas evoluções, associadas à profunda mudança de perfil demográfico e epidemiológico do país, tiveram um forte impacto na sociedade. Atualmente, e tal como acontece com os chamados países desenvolvidos, existem problemas de saúde bem diferentes daqueles que existiam antes. Se, por um lado, o envelhecimento da população conduz ao aumento de doenças crónicas, por outro, adotámos também novos estilos de vida, com comportamentos que determinam fortemente o estado da nossa saúde, entre os quais os comportamentos sedentários.

### *Meio escolar, planeamento urbanos e ambiente*

Alguns dos destes documentos fazem menção específica à atividade física em meio escolar, considerado muitas vezes como o meio ideal para incutir hábitos de vida ativa e contrariar as tendências sedentárias.

Para o documento “Ganhos de Saúde em Portugal” de 2002, registava-se que, na área da promoção da saúde escolar, a intervenção em saúde escolar assentava no desenvolvimento de projetos específicos, que contribuem para os determinantes da saúde, sintetizados no mapa extraído do mesmo:

Projectos de saúde: escolas e alunos abrangidos

Projectos	N.º de Jardins de Infância com Projecto	N.º de alunos abrangidos pelo projecto	Escolas do 1.º, 2.º, 3.º ciclos e Secundário com projectos	N.º de alunos abrangidos pelo projecto
Vida activa Saudável	296	13 100	568	69 437

Quadro IV. 11 - Projetos de saúde nas escolas em 2002. Fonte: “Ganhos de Saúde em Portugal”, 2002: 174.

No relatório sobre o estado de saúde dos portugueses em 2015, da DGS, relatava-se que, de acordo com o “Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)”, era referido que mais de 50% dos adolescentes praticava atividade física três ou mais vezes por semana e, fora do horário escolar, duas ou mais vezes por semana. A OMS constata em 2016 que as crianças no ensino primário têm 3 horas de educação física e esse valor desce 2,25 horas no ensino secundário (WHO, 2016b: 120).

Em 2013, o relatório “A Educação Física e o Desporto nas Escolas na Europa”, o conhecido “Relatório Eurydice”, da Comissão Europeia, notava que em Portugal a disciplina de educação física tinha um carácter transversal e o respetivo estatuto incluía atividades como o atletismo, os jogos, a ginástica, saúde e fitness, e atividades ao ar livre e aventura nos ensinos primário e secundário. Todavia, não existia, ao nível do ensino primário (do 1.º ao 4.º ano de escolaridade), uma disciplina obrigatória especificamente dedicada à educação física. Mas vinha sendo desenvolvido um projeto-piloto com o intuito de alargar o programa de educação física a todos os anos do ensino primário. A sua finalidade prendia-se com a redução de comportamentos sedentários e o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis.

A estratégia nacional incluía o desporto escolar, cujos objetivos eram centrados, entre outros, no aumento do leque de oportunidades para praticar atividades físicas de qualidade em todas as escolas; incluía ainda iniciativas em larga escala designada “Atividades de enriquecimento curricular” nas escolas primárias (1.º ao 4.º ano de escolaridade), a partir de 2008.

Esta iniciativa visou também alargar as experiências de aprendizagem em diversas áreas, incluindo na área de educação física. Por outro lado, também promovia uma resposta social às necessidades das famílias, assim como uma maior a cooperação entre as escolas, a comunidade e as famílias. Incluía por fim o “Programa Pessoa”, desde 2007/08, sendo os principais objetivos do programa a promoção de uma alimentação saudável e um aumento do nível de atividade física, de modo a contrariar a obesidade a partir de uma metodologia especial.



Ainda quanto ao desporto escolar, embora se encontrem referências a programas desenvolvido nos períodos 2009-2012 e 2013-2017, só foi possível encontrar o relatório oficial referente ao primeiro desses períodos, pelo menos nos critérios usados para busca de documentos. Neste relatório, a Direção Geral da Educação dava conta que o número de praticantes das modalidades com quadros competitivos no desporto escolar havia crescido em todas as regiões do país, registando-se um aumento a nível nacional de 23,2%, entre o ano letivo de 2008-09 e 2011-12.

Em 2018 o Conselho Nacional de Saúde publicou o relatório “Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal”, relatório este que, no respeitante à AF dos jovens e citando o inquérito HBSC de 2014, revelou que mais de metade (66,6%) das crianças que frequentavam os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade em Portugal continental praticava atividade física três ou mais vezes por semana, e que o geral, se verificara uma ligeira melhoria em relação ao inquérito anterior de 2010, altura em que 61,5% dos inquiridos praticavam atividade física pelo menos 3 vezes por semana (CNS, 2018: 74).

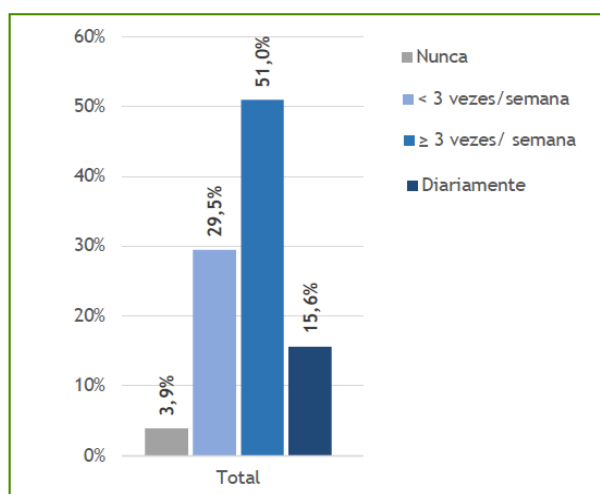


Figura IV. 6 - Prática de atividade física na última semana, Portugal continental – totais, inquérito HBSC (2014). Fonte: CNS, 2018: 74.

O inquérito HBSC pesquisou ainda os valores relativos à prática de exercício fora dos períodos escolares. Verificou-se que 10,1% dos adolescentes nunca praticava exercício nesta situação, 14,1% pratica exercício pelo menos 1 vez por semana, dos quais 12,1 responderam que se exercitavam pelo menos 1 vez. 49,5% praticava exercício mais de 2 vezes por semana e apenas 14,3% se exercitavam todos os dias.

Ainda quanto a este tipo de exercício distribuído por semana, verificou-se que a maioria dos adolescentes (27%) despendia apenas 1 hora/semana, 22,6% entre 2 e 3 horas. Das

respostas, 17,1% indicava exercitar-se cerca de meia hora por semana e 18% não usava nenhuma hora por semana em exercício fora do horário escolar.

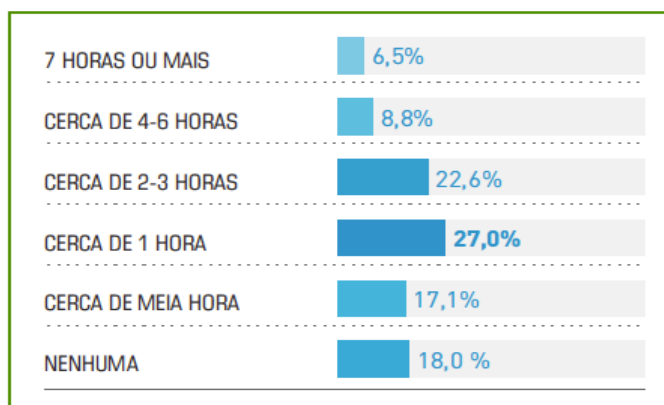


Figura IV. 7 - Prática de exercício fora do período escolar – horas por semana. Fonte: Inquérito HBSC, 2014: 48.

O relatório do CNS cita ainda o estudo “Childhood Obesity Surveillance Initiative” (COSI), realizado em 2016, relativamente à AF das crianças. Este estudo integrado no programa da OMS “European Childhood Obesity Surveillance Initiative”, que constituiu o primeiro sistema europeu de vigilância nutricional infantil, e que em Portugal, na coordenação europeia desta iniciativa, se denomina “COSI – Portugal”. Este estudo procura caracterizar o estado nutricional infantil de crianças portuguesas dos 6 aos 8 anos, os aspetos sociodemográficos e familiares, bem como descrever o ambiente escolar ao nível da alimentação, prática de atividade física e atividades promotoras de estilos de vida saudáveis, de uma amostra representativa de escolas do 1.º ciclo do ensino Básico.

O mesmo estudo conheceu já várias vagas: 2008, 2010, 2013, 2016 e 2019. Destas, os relatórios de 2008 e 2016 incluíram dados sobre a atividade física e comportamentos sedentários das crianças. Dois planos são de salientar: a prática de exercício físico organizado e a percentagem de crianças que se deslocavam de automóvel para a escola.

A prática de exercício físico organizado pela população infantil COSI Portugal foi avaliada através da verificação do registo da criança em clubes ou centros desportivos, de dança ou ginásio e sua frequência semanal. Entre 2008 e 2016 verificou-se um aumento de 40,5% para 52,5% de crianças inscritas nessas entidades.

Quanto ao tempo despendidos na prática de exercício físico organizado, o inquérito de 2008 mediu este indicador em dias / semana. 45,7% das crianças praticavam exercício 2 dias por semana, ao passo que 10,3% do universo inquirido não praticava exercício nenhum dia da semana.

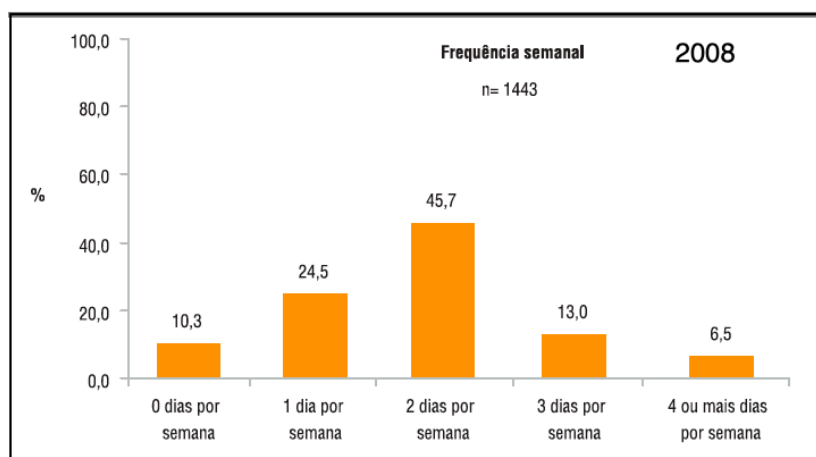


Figura IV. 8 - Frequência semanal e dias. Fonte: COSI, 2008: 30.

Em 2016, o COSI alterou o indicador e mediu o tempo despendido na prática de exercício físico organizado em horas / semana. Aqui, 60,3% das crianças passava 1 a 3 horas por semana na prática de exercício, contrastando com 0,1% que não despendia nenhuma.

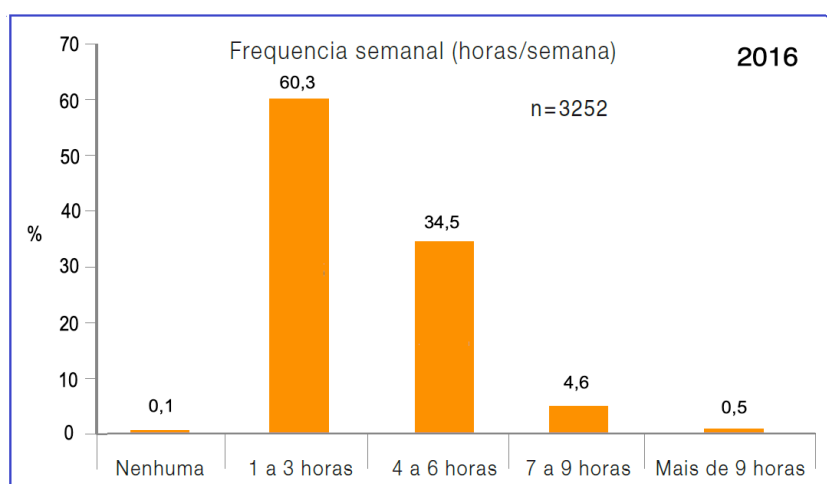


Figura IV. 9 - Frequência semanal em horas. Fonte: COSI, 2016: 52.

Quanto à deslocação de casa para a escola, 57,2% das crianças utilizavam o automóvel em 2008, tendo esse valor subido para os 76,6% em 2016. Acrescentava-se que a maioria dos pais / encarregados de educação (68,7% em 2008 e 64,1% em 2016) não considerava seguro o caminho de ida e de regresso da escola.

	COSI 2008	COSI 2016
Prática de exercício físico organizado	40,5	52,5
Deslocação de automóvel para a escola	57,2	76,6

Quadro IV. 12 - Comparação de dados em dois planos inquiridos.

No que diz respeito às atividades sedentárias, destacavam-se os tempos passados a jogar no computador, observou-se que durante a semana mais de metade das crianças (50,6% em 2008 e 59,1% em 2016) utilizava o computador cerca de uma hora por dia. Durante o fim-de-semana observou-se um aumento de horas despendidas a utilizar o computador para jogos eletrônicos com utilização de duas horas ou mais por dia comparativamente aos dias de semana em ambas as vagas.

Mais esparsos são os indicadores relativos ao **planeamento urbano e ambiente**. Dentro dos critérios estabelecidos, apenas o relatório de Avaliação do Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território, designado “Avaliação do Programa de Ação 2007-2013”, publicado em setembro de 2014, se encontram algumas referências de cruzamento com as políticas de promoção da AF. Nesta avaliação do PNPO, era referida a medida prioritária 4.4.4. (Reforçar a oferta de equipamentos desportivos de base, de forma a promover a função do desporto e da atividade física). Esta medida não foi, contudo, objeto de avaliação, justificando-se no relatório com a falta de um levantamento atualizado e georreferenciado de instalações desportivas e sobre a efetiva prática desportiva, impedindo a análise sobre a eventual redundância territorial destes equipamentos.

Também o Objetivo Específico 4.5 do Programa (Desenvolver uma rede supramunicipal articulada de equipamentos desportivos e de lazer ativo que valorize a motricidade, aprofunde a equidade de acesso e qualifique a evolução do sistema urbano) e concretamente a sua medida prioritária 4.5.1. (Implementar orientações de ordenamento do território e desenvolver a oferta de equipamentos destinados às atividades de lazer ativo e de desporto) considerou-se não ter sido iniciada.

O Relatório afirma que, apesar de existirem as “Normas para a programação e caracterização de equipamentos coletivos”, da autoria da antiga Direção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano, a *“inexistência, contudo de uma entidade responsável pela sua definição e pelo estabelecimento de parâmetros nacionais impede a implementação de uma verdadeira rede nacional de equipamentos, ficando ao juízo e gestão autónoma dos municípios as decisões neste sentido”* (p.249).

Ainda dentro do mesmo objetivo específico, a medida prioritária 4.5.3. (Ordenar e regulamentar a utilização dos espaços de prática de desporto de natureza, dentro e fora de Áreas Protegidas, para promover um desenvolvimento consonante com as regras de preservação ambiental”, a medida encontrava-se em curso, e apresentava uma taxa de execução ainda reduzida.

O Objetivo Específico 4.8 deste Programa “Desenvolver as redes de infraestruturas, de

equipamentos e de serviços de suporte à acessibilidade e à mobilidade, reforçando a segurança, a qualidade de serviço e as condições de equidade territorial e social). Apesar de conter algumas medidas prioritárias importantes para a mobilidade ativa – nomeadamente a medida 4.8.2, relativa ao transporte público – tinham um grau de concretização muito reduzido.

### ***Indicadores específicos***

A avaliação do resultado das políticas de promoção da AF conta, para além dos resultados dispersos por documentos sem um fio condutor e sem uma uniformidade nos dados recolhidos, necessita de referenciais homogéneos, os quais, respeitando essa estabilidade de dados, permitam ter uma ideia mais concreta daqueles resultados.

O Eurobarómetro tem constituído um instrumento capaz de apresentar dados concretos sobre a AF, através dos vários inquéritos da sua série especial sobre desporto e atividade física, incidindo sobre os países da UE, incluindo Portugal. As edições de 2010 (334) com dados relativos a 2009, de 2014 (412), com dados de 2013, e 2018 (472) com dados de 2017, oferecem um retrato mais preciso da atividade física e desportiva e, portanto, das políticas de promoção que lhes estão associadas.

Para a análise comparativa seguinte foram selecionados parte dos aspetos incluídos nos inquéritos do Eurobarómetro: qual e quanta AF, locais de prática do exercício físico, barreira e motivações à prática da AF, apoio dos governos locais e voluntariado no desporto (sumário). Em alguns aspetos, foi necessário proceder a uma harmonização dos dados entre o inquérito de 2010 e as vagas de 2014 e 2018. Apesar de já terem sido atrás referidos, os dados de inquérito de 2010 voltam a serem utilizados aqui a título comparativo.

#### **A) Quanta AF fazem os cidadãos?**

##### *A1) Exercício físico organizado:*

Em 2010, no conjunto dos 27, Portugal teve o terceiro pior lugar dos países da União, sendo a média de 39%. Em 2014, já para os 28 estados, Portugal continuava no terceiro pior lugar (64%).

Já em 2018, existiam 11 países nos quais mais da metade dos entrevistados nunca fazia exercício ou praticava desporto. Os entrevistados na Bulgária, Grécia e Portugal (todos com 68%) são os que tinham maior probabilidade de nunca se exercitar ou fazer desporto, seguido por entrevistados na Romênia (63%) e Itália (62%).

Portugal registou um resultado negativo de mais 4 pontos percentuais em 2017, passando de 64% para 68%.

	2010		2014		2018	
	PT	UE (27)	PT	UE (28)	PT	UE (28)
Regularmente	<b>9</b>	9	<b>8</b>	8	<b>5</b>	7
Com alguma regularidade	<b>24</b>	31	<b>20</b>	33	<b>21</b>	33
Raramente	<b>11</b>	21	<b>8</b>	17	<b>6</b>	14
Nunca	<b>55</b>	39	<b>64</b>	42	<b>68</b>	46
n.s. / n.r.	<b>1</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-

Quadro IV. 13 - Prática de exercício físico organizado: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018)

*A2) Outra atividade física:*

À questão “Com que frequência se envolve numa atividade física fora do desporto, como andar de bicicleta ou caminhar de um lugar para outro, dança, jardinagem...”, no conjunto dos 27, Portugal teve o pior resultado em 2010 (36%), o que contrastava com a Suécia (2%), Bulgária (3%), Dinamarca (4%), Finlândia (4%), Eslovênia (5%) e Holanda (5%), onde o menor número de entrevistados declarava nunca estar ativo. A média europeia era de 14%.

Em 2014 manteve a pior média: 60%, à frente de Malta (57%), Chipre (57%), Bulgária (51%). A média europeia (a 28) era de 30%. Em 2018, Portugal aumentou o nível de sedentarismo, com 64% dos entrevistados a declararem nunca ou raramente se envolverem em atividades física, só ultrapassado nessa data por Malta (com 68%).

	2010		2014		2018	
	PT	UE (27)	PT	UE (28)	PT	UE
Regularmente	<b>17</b>	27	<b>7</b>	15	<b>5</b>	14
Com alguma regularidade	<b>31</b>	38	<b>17</b>	33	<b>16</b>	30
Raramente	<b>15</b>	20	<b>16</b>	22	<b>15</b>	21
Nunca	<b>36</b>	14	<b>60</b>	30	<b>64</b>	35
n.s. / n.r.	<b>1</b>	-	<b>0</b>		<b>0</b>	-

Quadro IV. 14 - Prática outra AF. Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).

## B) Onde se exercitam os cidadãos?

### B1) Diversos contextos:

Quanto a esta questão, de resposta múltipla, o Eurobarómetro apresentou diversas alternativas nas várias vagas, verificando-se em Portugal uma clara preferência por espaços ao ar livre e em contato com a natureza.

	Parque, natureza	Em casa	No caminho da escola / Trabalho /	Ginásio / Health Club	Associação	Centro desportivo	No trabalho	Na escola / universidade	Noutros locais	Ns / nr
<b>2010</b>	38	-	35	12	5	5	11	5	4	1
<b>2014</b>	44	14	25	17	7	2	6	4	5	2
<b>2018</b>	43	17	17	27	7	5	12	6	5	1

Quadro IV. 15 - Locais de prática da AF: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).

Os inquiridos também privilegiaram o exercício no contexto de deslocação de e para a escola / trabalho, podendo inferir-se padrões de rotina desta opção, que decresceu no tempo. Já a prática de exercício em associações e centros desportivos revelam um número menor de preferências, ao contrário da frequência de ginásios e *health clubs* comerciais, que apresentam uma subida consistente ao longo do tempo.

### B2) Níveis de participação em associações e clubes desportivos:

A prática de exercício físico organizado em clubes e associações desportivas, centros de desporto, incluindo ginásios comerciais e *health clubs*, revelou que, em Portugal, existia nas datas dos inquiridos, uma fraca utilização deste tipo de equipamentos, ressaltando os indicadores relativos aos que declaram não frequentar nenhum deles.

	Clube desportivo	Ginásio / Health Club	Associações socioculturais com atividades desportivas	Outros	Não pertence a nenhum clube / associação	Ns / nr
<b>2010</b>	8	7	3	1	82	1

<b>2014</b>	4	6	2	0	88	0
<b>2018</b>	4	10	1	2	83	1

Quadro IV. 16 - Participação em clubes e associações desportivas: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).

### C) Motivação e barreiras à prática da AF:

#### C1) Motivações:

No que se refere às motivações para a prática da AF, o Eurobarómetro apresentou 16 alternativas consistentemente nas três vagas, podendo os inquiridos optar por resposta múltiplas. A melhoria da saúde é, em geral, a principal motivação apresentada pelos inquiridos, embora a preocupação com o controlo do peso que, em 2010, não representava uma motivação relevante, se tenha progressivamente aproximado da média europeia.

Outros motivos apresentados são a necessidade de descontração, a diversão e o convívio com amigos, que apresentam também resultados pouco variados.

Razões	2010		2014		2018	
	PT	UE (27)	PT	UE (28)	PT	UE
Melhorar a saúde	<b>65</b>	61	<b>67</b>	62	<b>51</b>	54
Melhorar a condição física	<b>16</b>	41	<b>14</b>	40	<b>36</b>	47
Para relaxar	<b>35</b>	39	<b>32</b>	36	<b>38</b>	38
Por diversão	<b>22</b>	31	<b>18</b>	30	<b>24</b>	30
Para melhorar a aparência física	<b>17</b>	24	<b>28</b>	23	<b>22</b>	20
Para melhorar o desempenho físico	<b>17</b>	24	<b>16</b>	24	<b>31</b>	28
Para controlar o peso	<b>9</b>	24	<b>18</b>	24	<b>21</b>	23
Para estar com amigos	<b>20</b>	22	<b>15</b>	20	<b>24</b>	19
Para contrariar o envelhecimento	<b>7</b>	15	<b>14</b>	16	<b>11</b>	14
Para melhorar a autoestima	<b>6</b>	10	<b>12</b>	10	<b>15</b>	12
Para desenvolver novas capacidades	<b>4</b>	6	<b>6</b>	6	<b>6</b>	7
Pelo espírito de competição	<b>4</b>	6	<b>2</b>	5	<b>5</b>	5
Para conhecer pessoas	<b>3</b>	5	<b>2</b>	5	<b>5</b>	6



Melhor integração social	<b>2</b>	3	<b>3</b>	3	<b>4</b>	4
Para conhecer pessoas de outras culturas	<b>2</b>	2	<b>1</b>	2	<b>2</b>	2
Outros	<b>4</b>	8	-	8	<b>9</b>	8
Ns / nr	<b>3</b>	3	-	4	<b>3</b>	3

Quadro IV. 17 - Motivações para a prática da AF: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).

*C2) Barreiras à prática da AF:*

A perceção das barreiras à prática da AF foi inquirida em 2010 com menos alternativas à resposta múltipla, do que nos dois inquéritos seguintes. A razão “Falta de motivação ou interesse” foi estudada isoladamente em 2010, pelo que, dada a sua importância, foi necessário harmonizar as respetivas respostas com as duas vagas seguintes.

A falta de tempo e o custo elevado foram as duas razões prevalecentes para justificar o afastamento dos portugueses da prática da AF.

Razões	2010		2014		2018	
	PT	UE (27)	PT	UE (28)	PT	UE
Falta de tempo	<b>37</b>	45	<b>33</b>	42	<b>43</b>	40
Falta de motivação ou interesse	-	-	<b>26</b>	20	<b>33</b>	20
Devido a incapacidade ou doença	<b>10</b>	13	<b>11</b>	13	<b>10</b>	14
Não gostar de atividades competitivas	<b>11</b>	7	<b>7</b>	6	<b>8</b>	6
Custo elevado	<b>13</b>	5	<b>19</b>	10	<b>13</b>	7
Receio do risco ou de lesões	-	-	<b>4</b>	5	<b>3</b>	5
Falta de infraestruturas desportivas perto da residência	<b>4</b>	3	<b>4</b>	4	<b>2</b>	3
Falta de parceiros para praticar desporto	<b>3</b>	3	<b>4</b>	4	<b>1</b>	3
Sentimento de ser discriminado por outros	-	-	<b>1</b>	1	<b>0</b>	1
Por já fazer desporto regularmente	-	-	<b>15</b>	14	<b>16</b>	17
Outra razão	<b>5</b>	14	-	6	<b>5</b>	7
Ns / nr	<b>17</b>	10	-	3	<b>1</b>	3

Quadro IV. 18 - Barreiras à prática da AF: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).

*C3) Falta de interesse no exercício físico: (comparação estimada)*

No inquérito de 2010, a perceção da falta de interesse no exercício físico foi inquirida em separado e através de uma escala de concordância ou de discordância relativamente à questão: “Ser fisicamente ativo não me interessa - prefiro fazer outras coisas no meu tempo livre”. Nos inquéritos seguintes a questão surge integrada numa resposta múltipla, onde esta justificação está ao nível das restantes justificações para a ausência de AF. A discrepância relativamente aos dados de 2010 pode ser atribuída também ao detalhe dos dados tratados pelo Eurobarómetro.

2010		2014		2018	
PT	UE (27)	PT	UE (28)	PT	UE
49	21	26	20	33	20

Quadro IV. 19 - Falta de interesse na prática da AF: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).

#### D) Apoio dos governos locais:

##### *D1) Facilidade para a prática da AF nas áreas de residência:*

A maioria das pessoas concorda que a área onde reside oferece oportunidades para ser fisicamente ativo, mas com pontos de vista diferentes quanto aos sítios proporcionadas pelas entidades do poder local, nomeadamente locais para caminhar ou correr, ou ainda andar de bicicleta. Os dados para Portugal foram mais desagregados no inquérito de 2018, embora isso se deva provavelmente à forma de apresentação dos mesmos nos inquéritos anteriores.

	2010		2014		2018	
	PT	UE (27)	PT	UE (28)	PT	UE (28)
Concorda	57	37	62	39	16	31
Tende a concordar		38		37	51	43
Tende a discordar	36	13	30	13	21	13
Discorda		7		7	4	6
Ns / nr	7	5	8	4	8	7

Quadro IV. 20 - Oportunidades de AF na área de residência: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).

### D2) Ofertas locais de associações e clubes:

Já quanto à facilidade no acesso a clubes e associações desportivas, a maioria dos inquiridos concorda que existe grande oferta de infraestruturas desta natureza. A análise do Eurobarómetro assinala, no entanto, que a falta de poder económico e a residência em áreas rurais se faz incidir nas discordâncias conferidas.

	2010		2014		2018	
	PT	UE (27)	PT	UE (28)	PT	UE (28)
Concorda	<b>55</b>	33	<b>56</b>	36	<b>13</b>	29
Tende a concordar		38		38		<b>50</b>
Tende a discordar	<b>37</b>	13	<b>34</b>	12	<b>24</b>	13
Discorda		8		7		<b>3</b>
Ns / nr	<b>8</b>	8	<b>10</b>	7	<b>10</b>	9

Quadro IV. 21 - Oferta de associações e clubes para a prática da AF: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).

### D3) Apoio dos governos locais:

Concretamente quanto às oportunidades para o exercício físico proporcionadas pelos governos locais, foi colocada a questão “Os governos locais não fazem o suficiente para promover a AF pelos cidadãos”. A maioria dos respondentes tende a concordar com a preposição, ou seja, a concordar que os governos locais não fazem o suficiente para a promoção da AF.

	2010		2014		2018	
	PT	UE (27)	PT	UE (28)	PT	UE (28)
Concorda	<b>47</b>	11	<b>49</b>	13	<b>8</b>	10
Tende a concordar		24		26		<b>36</b>
Tende a discordar	<b>38</b>	31	<b>36</b>	32	<b>38</b>	29
Discorda		23		20		<b>6</b>
Ns / nr	<b>15</b>	11	<b>15</b>	9	<b>12</b>	12

Quadro IV. 22 - Papel dos governos locais: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).

### E) Voluntariado no desporto:

O Eurobarómetro inquiriu também alguns aspetos da prestação de trabalho voluntário no

desporto e nos acontecimentos desportivos. Esta atividade é relevante em especial na organização de eventos dirigidos à população em geral e abertos à participação dos cidadãos, nomeadamente naquilo que se designa como “desporto para todos”.

Dos dados recolhidos relevam a diferença substancial entre a média europeia e o voluntariado em Portugal, com uma diferença para pior de 5%, tendo na última vaga descido um ponto percentual e situando-se agora no pior da UE.

	UE		PT	
	Sim	Não	Ns /nr	Sim
<b>2010</b>	7	92	1	2
<b>2014</b>	7	93	-	2
<b>2018</b>	6	94	-	1

Quadro IV. 23 – Voluntariado no desporto: Fonte: Eurobarómetro (2010, 2014, 2018).

Estes dados das várias edições do Eurobarómetro vêm confirmar a situação de sedentarismo da população portuguesa, responsável por perdas de saúde, de vidas e de elevada percentagem na despesa pública com a saúde, apesar dos esforços de vários setores, nomeadamente as instituições que prosseguem a organização de eventos de promoção da AF, bem como entidades ligadas ao desporto e ao exercício físico organizado. A realidade, contudo, continua a constar dos dados estatísticos divulgados periodicamente.

## CAPÍTULO V – DISCUSSÃO E PERSPETIVAS

### 9 - Análise e discussão

#### 9.1. Nota metodológica

Saber qual a evolução das políticas públicas de promoção da AF em Portugal – primeiramente entre 1998 e 2015 – encontra-se dependente da leitura possível da agenda política através da documentação selecionada, ou seja, de um processo de análise dirigido à extração do significado do seu conteúdo e à sumarização dos dados (Dias e Gama, 2019: 120), bem como à comparação das intenções com os resultados gerais.

A extração do significado dos dados é uma operação que assenta na aplicação de alguns indicadores e de instrumentos analíticos, de acordo com a metodologia proposta. Verifica-se desta operação que, apesar da dispersão de dados, multiplicidade de fontes e de propósitos, é possível apreender um conjunto de dados com idêntica natureza, partindo da consideração da atividade física como um determinante de saúde e como objeto de políticas públicas.

Algumas conclusões preliminares são desde já possíveis de registar, mais diretamente ligadas ao trabalho de análise documental e de conteúdo, ficando para as conclusões gerais a extrapolação quanto ao reconhecimento e evolução das políticas de promoção da AF. Essas conclusões preliminares revelam o valor do corpus documental selecionado e o seu papel na inquirição, segundo a abordagem escolhida.

Na realidade, haveria várias opções metodológicas para resposta à questão de partida; mas como já foi elucidado, a opção concreta recolhe um discurso institucional avaliável na dimensão temporal definida, expresso em documentos públicos e de acesso universal. As conclusões permitem confirmar a valia da opção tomada.

A interpretação da documentação política e operativa cujo conteúdo foi explorado, implica um suporte para a sua compreensão e parametrização. Descortinar o denominador comum e tornar objetiva a ação das políticas que são propostas no material analisado permite avaliar a evolução das medidas de política previstas e, posteriormente, poderem constituir uma base para a formulação de conclusões.

Do ponto de vista metodológico, esta operação corresponde à aplicação de dois conjuntos

de marcadores de conteúdo: primeiro, a análise centrou-se na aplicação dos indicadores estratégicos propostos por Dunton, Cousineux e Reynolds (2010: 93) a cada um dos documentos. Esta aplicação permitiu perceber quais as estratégias de política pública imanentes às medidas propostas no material selecionado. Permitiu também aferir algumas características dessas políticas e apoiar a reflexão sobre o objeto da inquirição.

Ainda nesta parte da análise, procurou evidenciar-se quais os tipos de instrumentos de atuação das políticas públicas (programas, financiamento, impostos ou restrições legais), previstos para a prossecução das medidas contidas na documentação. A aplicação destes indicadores define ainda o modo de formulação das medidas correspondentes aos objetivos prosseguidos.

O segundo conjunto de marcadores consistiu na aplicação da grelha de classificação ao conteúdo dos documentos, considerando a sua expressão em termos de promoção da AF, em forte, médio e fraco, balizados por critérios já definidos acima e elencados nas quatro dimensões analíticas propostas.

Esta operação tem por finalidade apurar o grau de ligação das medidas propostas nos documentos com o conceito próprio de promoção da atividade física, aferindo o preenchimento desse conceito. São assim evidenciadas as deficiências na conceção das políticas que pretendem promover a AF, partindo da importância desta como determinante de saúde pública.

## **9.2. Aplicação dos indicadores**

Como resultado da primeira operação, o primeiro conjunto de indicadores mostra algumas características fundamentais para a identificação das políticas propostas pela governação. São de sublinhar os seguintes aspetos:

- a) Um dos documentos, o PNS 2012-2016, não contempla a atividade física como determinante autónomo da saúde. Faz-lhe apenas uma referência como indicador a desenvolver, em anexo, mas sem qualquer outra referência explícita;
- b) 30% dos documentos não contém qualquer instrumento concreto de políticas a serem implementadas;
- c) Os outros 70% consistem basicamente em propostas programáticas, sendo este o único instrumento previsto (tomando aqui o conceito de programa no seu sentido amplo);
- d) As estratégias de política consistiram basicamente em informação, incluindo aqui a formulação ou a retransmissão de recomendações sobre a AF, o desenvolvimento de

campanhas de informação e a promoção de índices colaborativos entre várias entidades do edifício político-administrativo. Alguns documentos preconizavam aquilo que se pode englobar na etiqueta oportunidade, mas que consistem basicamente em propor o aproveitamento de estruturas existentes para intervir sobre os determinantes da prática da AF, como a RPMS e os Municípios;

- e) Todos os documentos contêm referências à colaboração intersectorial, sendo este um especto fundamental na promoção da AF. Contudo, este especto não é aprofundado, havendo marcadores que pretendem efetuar uma distribuição de responsabilidades, sem que essa intenção seja concretizada em mecanismos políticos;
- f) Apenas 50% dos documentos prevê a avaliação das medidas de política relativas à AF, ainda que considerando a previsão de avaliação de produtos concretos. Alguns documentos referem a avaliação do programa em geral (por exemplo avaliação do sistema de saúde), mas sem referência concreta à avaliação das metas na promoção da AF.

O quadro seguinte resume a aplicação dos indicadores ao corpus analisado:

Documentos	Ano de Publicação	AF como determinante	Instrumentos	Estratégias de política	Políticas intersectoriais	Previsão de avaliação
<b>A</b>	1998	Sim	Programa	Informação	Sim	Não
<b>B</b>	2004	Sim	Programa	Informação Oportunidade	Sim	Sim
<b>C</b>	2004	Sim	Programa	Informação Oportunidade	Sim	Sim
<b>D</b>	2004	Sim	Programa	Informação Oportunidade	Sim	Sim
<b>E</b>	2011	Sim	Programa	Informação Oportunidade	Sim	Sim
<b>F</b>	2013	Não	n.a.	n.a.	Sim	Não
<b>G</b>	2015	Sim	n.a.	n.a.	Sim	Não
<b>H</b>	2015	Sim	Programa	Informação Oportunidade	Sim	Sim
<b>I</b>	2009	Sim	n.a.	Informação	Sim	Não
<b>J</b>	2011	Sim	Programa	Informação	Sim	Não

Quadro V. 1 - Classificação dos documentos, de acordo com os indicadores de análise.

No que se refere às metas que se encontram previstas nos vários documentos e nos programas neles preconizados, verifica-se que 60% dos documentos inscrevem metas a serem atingidas no respetivo horizonte temporal. Admitiam-se metas ambiciosas, como as que se encontravam inscritas no PNS 2004-2001, até metas bem modestas como a que consta do “Livro Verde da Actividade Física”. E, estranhamente, o “Plano Nacional da Actividade Física” não continha metas, mas uma mera indicação para o seu desenvolvimento pelos parceiros a envolver. O quadro seguinte dá conta dessas metas:

<b>Documentos</b>	<b>Metas</b>	<b>Descrição</b>
<b>A</b>	Sim	Metas para 2002 Aumentar em 20% a prevalência dos adultos (maiores de 40 anos de idade) referindo realizar 30 minutos ou mais de AF moderada diariamente; Ampliar a Rede de Cidades Saudáveis em 50%; Estará definido e implementado o Plano Nacional de Saúde Ambiental.
<b>B</b>	Sim	Metas para 2010: Reduzir em 75% o número de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com atividades sedentárias nos últimos 12 meses (15-24 anos); Reduzir em 50% o número de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com atividades sedentárias nos últimos 12 meses (35-74 anos);
<b>C</b>	Sim	Metas para 2010: Iguais ao PNS 2004-2010
<b>D</b>	Sim	Meta a 10 anos: Aumentar a proporção de população fisicamente ativa (pelo menos 30 minutos diários de atividade física moderada)
<b>E</b>	Não	n.a.
<b>F</b>	Não	n.a.
<b>G</b>	Não	n.a.
<b>H</b>	Sim	Aumentar a percentagem de crianças /alunos/as que referem ter adotado um estilo de vida mais saudável Aumentar a percentagem de alunos/as dos EEE abrangidos pelo PNSE, com Projeto PES, que referem praticar atividade física, diariamente, no 5.º, 7.º, 10.º e 12.º anos do EBS, em 15% para 2016 e 25% para 2020
<b>I</b>	Não	n.a.
<b>J</b>	Sim	Reduzir a prevalência da inatividade física em pelo menos 1% por ano.

Quadro V. 2 - Metas previstas na documentação.



A segunda operação consistiu na aplicação da grelha de classificação às unidades de contexto, a fim organizar as mensagens por significância relativamente às propostas contidas nos documentos. A aplicação dos indicadores ao material selecionado realça as temáticas mais fortes e mais fracas e que refletem as medidas de política preconizadas em cada uma delas. O quadro seguinte resulta assim da aplicação dos critérios à grelha de classificação definida no capítulo da metodologia da inquirição.

<i>Documento</i>	<i>Dimensões analíticas</i>			
	Saúde	Desporto	Meio escolar	Planeamento Urbano
A -Saúde: Um Compromisso. A Estratégia da Saúde para o Virar do Século (1998-2002)	2	1	2	2
B - O Plano Nacional de Saúde 2004-2010	3	1	1	1
C - Plano de Acção para a Saúde 2004 - Áreas prioritárias	3	1	1	1
D - Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida	3	1	1	1
E - Plano Nacional da Actividade Física	1	3	1	1
F - Plano Nacional de Saúde 2012-2016	1	1	1	1
G - Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 - Revisão e Extensão a 2020	2	1	1	1
H - Programa Nacional de Saúde Escolar	1	1	3	2
I - Orientações da União Europeia para a Actividade Física	3	3	3	3
J - Livro Verde da Actividade Física	3	3	3	3

Quadro V. 3 - Classificação de conteúdo temático segundo os critérios forte/médio/fraco.

Desta avaliação, apenas os dois documentos com natureza operativa – as “Orientações da União Europeia para a Actividade Física” e o Livro Verde da Actividade Física” preenchem os critérios definidos. Os restantes documentos apresentam insuficiências em quase todos os campos.

A mesma análise pode ser vista sob uma forma evolutiva, no gráfico seguinte, tendo em conta que existe uma linha temporal dos documentos. De notar que aqui a ordem original da

análise dos documentos foi alterada para corresponder à linha temporal.

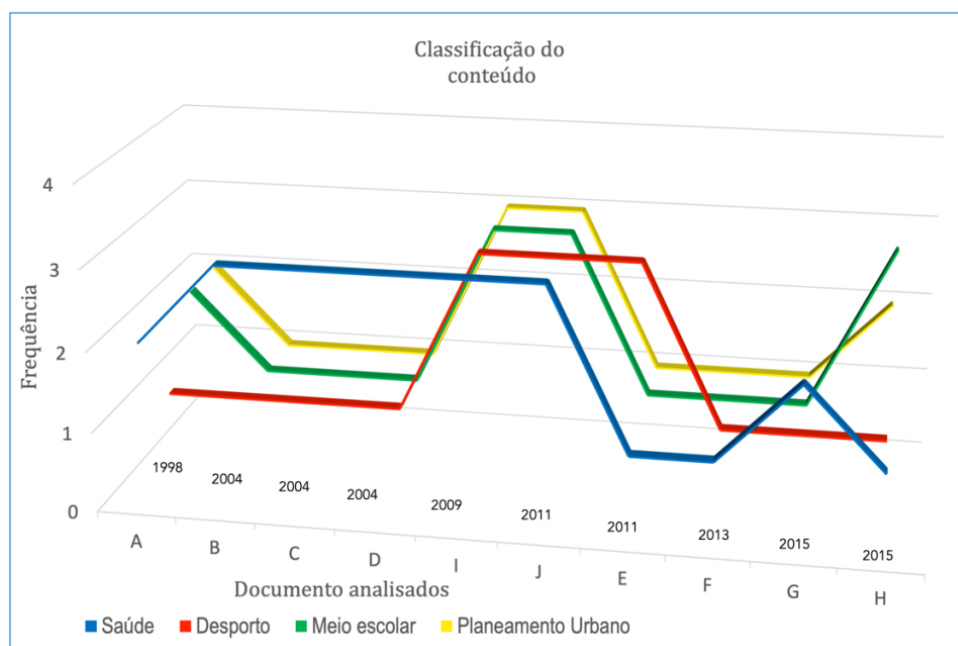


Figura V. 1 - Classificação dos documentos, de acordo com os indicadores de análise.

Os anexos E e F permitem também uma análise de cada um dos documentos, de acordo com os marcadores de conteúdo. De lembrar que estes marcadores partem da consideração da AF como aspeto autónomo e da sua promoção na saúde. Por isso alguns documentos ainda que dirigidos à saúde, obtêm apenas uma classificação de “fraco” relativamente ao seu conteúdo, uma vez que ou não contêm qualquer referência à AF, ou não contêm qualquer proposta de ação em termos de promoção.

Dos documentos analisados, 6 preenchem os critérios marcadores relativamente à dimensão saúde, nomeadamente por referirem a AF como um determinante autónomo de saúde e preverem programas e medidas concretas para a sua promoção. Para o desporto, visto na perspetiva apresentada, ou seja, enquanto veículo de saúde pública, apenas 3 documentos preenchem os requisitos para uma classificação forte. O mesmo número relativamente à promoção da AF em meio escolar, e apenas 2 documentos têm em consideração os marcadores necessários para a dimensão relativa ao planeamento urbano e ambiente.

O Anexo E elucida a frequência de cada um dos marcadores por dimensão analítica, verificando-se que em muitos casos não existem referências concretas a alguns ou mesmo a nenhum dos marcadores considerados (graficamente no Anexo F). Acresce que, mesmo havendo referência, esta não corresponde a uma política pública concreta ou, pelo menos consequente. As referências não correspondem aos critérios de aplicação da grelha de

classificação tanto por falta de medidas concretas, falta de articulação intersectorial ou sem ligação aos determinantes de saúde.

### 9.3. Leitura crítica

A leitura orientada pela linha temporal e sob uma perspetiva crítica das políticas propostas nos documentos analisados, e dos próprios documentos sob o ponto de vista da análise documental, constitui também um exercício necessário à compreensão do contexto e da evolução do objeto de estudo, a que aqueles se ligam.

Da análise documental resulta que os documentos selecionados e analisados serão, provavelmente uma pequena parcela do conjunto de dados passíveis de implicação no tema. No entanto, não há dúvida de que estes documentos são os mais importantes publicados de forma oficial onde se inclui a promoção da saúde e em especial a promoção da AF. Daí que tenham de ser considerados como a fonte essencial das políticas públicas nessa matéria ao longo do período que mediou entre 1998 e 2015.

O que pode mais ser dito acerca do corpus analisado?

O documento proposto pelo Ministério da Saúde em 1998, *Saúde: Um Compromisso. A Estratégia da Saúde para o Virar do Século (1998-2002)* marca não apenas o primeiro documento a desenvolver um pensamento estratégico para a saúde (OPSS; 2012: 63), como foi precursor da quantificação e mensurabilidade de objetivos, alargada a 27 áreas diversas.

O documento afirma um conjunto de valores e princípios, entre os quais os princípios éticos nas decisões individuais e coletivas sobre a saúde, a equidade e a sustentabilidade das soluções organizativas. A estratégia de saúde veiculada neste documento, afirma por outro lado o contributo para a evolução dos registos culturais sobre a saúde, condições para aprofundar as grandes opções nacionais e regionais nesta matéria, bem como os mecanismos locais que permitem escolhas tangíveis face às questões concretas que se põem ao cidadão. Esta estratégia é também afirmada como a atualidade (à data) do pensamento europeu sobre a saúde, traduzindo o espírito do artigo 152º do Tratado da Amesterdão, e ainda a sua inserção na renovação da política da OMS, em particular para a zona europeia, nas palavras do seu capítulo introdutório.

Como documento político, “Saúde: Um Compromisso” constitui um documento de viragem na conceção e no desenvolvimento da política de saúde em Portugal, e representa o assumir de um conjunto de orientações políticas mais abrangentes do que a visão de simples resposta à doença.

Alguns traços significativos são a proposta de cooperação intersectorial, tendo como charneira o Ministério da Saúde, o que representa indubitavelmente a orientação da Saúde em Todas as Políticas postulada pela Carta de Ottawa. Embora portadora de uma abordagem inovadora, o documento não recolheu consenso político necessário à sua implementação, tendo sido abandonado pouco tempo depois da apresentação pública do mesmo (Beja, Ferrinho e Craveiro, 2014: 13; OPSS, 2005: 7).

Acrescente-se que, apesar de conter indicações importantes para o desenvolvimento de políticas de promoção da AF, este documento não continha medidas concretas, mas sim a nível genérico, sendo enunciadas linhas estratégicas sem o detalhe necessário à sua execução. Ainda a falta de referência ao desporto formal e informal, a não ser lateralmente na referência ao meio escolar, é também de assinalar.

O ano de 2004 foi profícuo em documentos atinentes à saúde. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 assumiu-se como um fio condutor, nas palavras do então Ministro da Saúde, para que as instituições do Ministério da Saúde, outros organismos do sector da Saúde, incluído os setores governamentais e o setor privado. Ainda de acordo com o mesmo responsável político, as estratégias estabelecidas seriam asseguradas através das Opções do Plano e dos planos de atividade anuais, que por elas se deverão pautar. A concretização do Plano Nacional de Saúde passa pela implementação gradual dos diversos programas de índole nacional, em número de 40, em que o mesmo se desdobrava (PNS 2004-2010, II:16).

Os determinantes de saúde e os comportamentos e estilos de vida surgem neste Plano bem demarcados e parece ciente a importância da promoção da AF. Por exemplo a propósito do envelhecimento, nota o Plano que esperança de vida, sem incapacidade, acima dos 65 anos, é inferior à média estimada para os países da União Europeia, devendo-se, entre outros determinantes, à pouca prática de atividade física regular (PNS 2004-2010, II, 33).

Em termos de medidas de política, estas encontram-se previstas e assentam na prossecução dos programas, mas circunscreve-se à dimensão da saúde, faltando referências concretas ao desporto, ao meio escolar e ao planeamento urbano.

Também de 2004, o Plano de Acção para a Saúde propõe medidas de política a serem implementadas no sentido da promoção da AF, com a adoção de estratégias informativas e colaborativas para esse fim.

O documento surge em conjugação com o PNS 2004-2010, funcionando como uma espécie de seu precursor e contém um conjunto de metas convergentes com este PNS. A operacionalização deste PAS seria feita, nos termos aí expressos, tanto quanto possível, pelos produtos que cada serviço central do Ministério da Saúde e cada Região de Saúde se

comprometem a realizar durante o ano de 2004. (PAS, 2004: 53)

As metas propostas para o aumento da AF eram as mesmas das que foram consignadas no PNS 2004-2010. Tanto o PNS 2004-2010, como o Plano de Acção para a Saúde 2004, não definem metas para a faixa etária entre os 25 e os 34 anos, em termos de AF.

Tal como aconteceu com o PNS, não existiram referências às dimensões desporto, ao meio escolar e ao planeamento urbano. Daí que haja identidade de marcadores de conteúdo em ambos os documentos.

Ainda em 2004 é promulgado o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, o qual vem referido no anteriores e aponta também como meta a dez anos o aumento da população fisicamente ativa. Muito embora contenha esta referência e se dirija aos determinantes, o documento contém – aliás como os restantes – não tanto medidas de política pública, mas antes propostas de medidas a serem tomadas, sem que se estabeleça uma calendarização concreta, os meios operativos ou a dotação financeira. A título ilustrativo, o documento refere que o “Programa carece de financiamento específico, a inscrever nas dotações orçamentais da Direcção Geral de Saúde, dos Centros Regionais de Saúde Pública e dos Centros de Saúde onde o Programa for implementado” (p. 11).

Entre 2009 e 2011 surgem três documentos pela mão do IDP, estritamente dedicados à promoção da AF e que se propõem ter um papel emblemático na matéria.

Em 2009 o documento “Orientações da União Europeia para a Actividade Física”, aqui classificado como um documento operativo, procura replicar para o país as orientações emanadas pela OMS à data e acolhidas pela UE. O documento divide o conjunto de orientações internacionais em áreas onde as mesmas se enquadram: desporto, saúde, educação, transportes, ambiente, planeamento urbano e segurança pública, ambiente de trabalho e serviços dirigidos a seniores.

O documento foi publicado em julho de 2009 pelo IDP, na vigência do XVII Governo constitucional, numa altura que os propósitos expressos por este governo em matéria de AF eram escassos. Como se afirma no mesmo documento, recomendações aí contidas eram dirigidas em primeiro lugar aos responsáveis pela elaboração de políticas dos Estado membros da UE, como fonte de orientação para a governação no respeitante à AF. Ou seja, o objetivo era o incentivo à adoção das recomendações e estratégias por parte dos decisores políticos, com foco específico na AF, face à inexistência de iniciativas políticas nessa matéria.

Em 2011, o mesmo Instituto publica o “Livro Verde da Actividade Física”, em nome do Observatório Nacional da Atividade Física e do Desporto, sendo este repartido (como atrás

analisado) numa primeira parte de diagnóstico da situação, e numa segunda parte retomando as recomendações da UE que constavam do documento anterior.

Nesse mesmo ano, o IDP faz ainda publicar o PNAF, sob orientação da Presidência do Conselho de Ministros. Apesar de referenciado como Plano Nacional, na verdade o seu conteúdo não difere das “Orientações” publicadas em 2009 nem do “Livro Verde”, transpondo as recomendações da UE, agora na tentativa de alcançar um estatuto de documento vinculativo. Todavia, e provavelmente devido à mudança de governo em junho de 2011 – e também da orientação política, já que o XIX Governo pertencia ao Partido Social Democrata – não parece ter havido aprovação formal por Resolução do Conselho de Ministros, forma habitual de aprovação deste tipo de documentos. E por isso também não há notícias de resultados concretos a ele referidos.

Todos estes três documentos assentam na mesma base comum, sendo que o PNAF propõe medidas e projetos concretos referidos a cada uma das recomendações, aliás com o intuito de obter um estatuto politicamente mais atuante, o que não sucedeu. Todos os documentos apontavam políticas a implementar em todas as dimensões de análise aqui usadas. Embora estivessem assim completos, verificou-se um “corte” na dependência institucional, ou seja, sendo o IDP – promotor da AF – uma entidade operativa, teria de haver sempre uma assunção clara de responsabilidades por parte da entidade que detinha a dependência em primeiro grau da promoção da atividade física, o que não se verificou.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, cuja versão resumo que se encontra disponível foi publicada em 2013, assumiu-se como um conjunto de orientações, recomendações e ações concretas, de carácter estratégico, e como instrumento e recurso de planeamento em saúde enquadrador dos objetivos, planos e estratégias dos decisores políticos. Apesar desta ambição e de acolher o conceito de Políticas Saudáveis, além de incluir a referência à AF como indicador de saúde, o PNS não contém nenhuma estratégia direta para a promoção da atividade física em nenhum dos vetores de análise. Não há qualquer proposta nem medida concreta nesta temática.

A revisão e extensão deste PNS a 2020, embora contenha mais algumas referências à AF e se proponha reforçar estratégias para minimizar os fatores de risco para a saúde, entre os quais o sedentarismo, continua a não propor qualquer medida de política pública concreta nesse sentido. Se observado por áreas, O PNS é omissivo quanto ao desporto, meio escolar e planeamento urbano.

A omissão pode dever-se à estrutura da dependência institucional da promoção da AF, à data entregue às entidades desportivas. Na mesma linha de raciocínio, o Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015, com uma forte componente na atividade física na escola e com uma

referência, ainda que como mera observação, aos transportes e ao uso do automóvel. E a ausência de medidas respeitantes ao planeamento urbano podem também dever-se à distribuição institucional da matéria. O que significa que não existe verdadeiramente uma política intersectorial para os determinantes de saúde, nem a correspondente liderança governativa.

Do ponto de vista dos resultados, as fontes têm igualmente origens diversas, mas apresentam um enquadramento consistente, no que se refere ao problema de fundo. A análise dos indicadores quantitativos confirma também a falta de políticas públicas concretas de promoção da AF.

Estes indicadores expressam resultados de longo prazo que deveriam ter sido consequência da atuação das políticas públicas. Caso se tivessem produzido resultados em consequência das políticas prosseguidas, haveria uma diminuição visível nos hábitos sedentários da população, o que não se verifica.

#### Níveis de sedentarismo

Ano	Documento	Total	> 15 anos
1999	A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body Weight and Health		61
2000	3º Inquérito Nacional de Saúde 1998-1999	74,9	73
2009	4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006	60,9	59
2010	Eurobarómetro 334	66	
2011	Livro Verde da Actividade Física	68,1	69,6
2014	Eurobarómetro 412	64	
2016	Inquérito Nacional de Saúde 2014		65,2
2016	DGS	79	
2017	Inquérito Alimentar Nacional e de Actividade Física 2015-2016	56,1	69,7
2017	INSEF		65,8 (>25 anos)
2017	FPC	67	
2018	Eurobarómetro 472	68	
2018	Physical Activity Factsheets For The 28 European Union Member States Of The Who European Region		65

Quadro V. 4 - Níveis de sedentarismo em percentagem, nos vários inquéritos seleccionados.

Ainda que dispersos e partindo de bases diferentes, as estatísticas recolhidas em vários instrumentos pintam um cenário, apesar de tudo, coerente. O nível de sedentarismo mantém-se

muito acima dos 60%. Talvez o conjunto de indicadores mais consistente seja o Eurobarómetro nas suas três edições. Estas mostram mesmo um agravamento da situação pandémica da inatividade física. Ainda que se possa argumentar com uma alteração da metodologia da edição de 2010 relativamente às restantes duas, a ponderação dos resultados confirma a mesma tendência.

Apesar das várias intenções expressas, o processo de mudança não se verificou, pelo menos do ponto de vista global. Não se põe em dúvida que a nível local, por exemplo com o trabalho de alguns municípios – em especial os que se enquadram nos objetivos da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis – se tenham implementado programas específicos e duráveis, com efeito visível na população local. Mas o seu efeito nos hábitos e estilos de vida da população em geral não se encontram muito visíveis. Como afirmavam Schöppe, Bauman e Bull (2004: 3) e Estabrooks (2017: 1), e como já se referiu, as intervenções para a promoção da atividade física dirigidas a pequenos grupos ou a situações individuais são inadequadas para obter um impacto significativo nos níveis de saúde geral, exceto se puderem ser projetadas para largas faixas de população.

## **10 – A 3ª Fase da promoção da atividade física**

### **10.1. O Programa Nacional para a Promoção da AF**

O Programa Nacional para Promoção da Atividade Física (PNPAF) data de 2016 e previa uma implementação entre 2016 e 2019. Trata-se de um período já fora da dimensão temporal proposta para este trabalho. No entanto, o mesmo não ficaria completo sem uma referência a este Programa, desenvolvido pela DGS e articulado com o PNS 2016-2020.

A abordagem deste tema torna-se importante por duas razões: primeiro, trata-se de uma nova fase na promoção da atividade física, com o potencial para alterar as políticas públicas nesta matéria. Em segundo, permite também comparar a política subjacente a este Programa com a política seguida no período de referência da investigação.

Atrás foi proposta a divisão das políticas de promoção da AF em dois períodos distintos: de 1998 a 2003, e de 2004 a 2015. A distinção entre estes dois períodos foi justificada com aquilo que parecia ser um novo impulso em 2004 nas políticas respeitantes à AF, sobretudo com o PNS 2004-2010 e com o “Programa Nacional da Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida”, tendo sido a promoção de



estilos de vida saudáveis considerada uma das prioridades nas políticas públicas de saúde. Mas é evidente que, a partir de 2016, com a ENPAF e com o PNPAF, há uma 3ª fase naquelas políticas, distinta qualitativamente das fases anteriores.

Essa natureza distinta, é revelada por vários fatores: primeiro, a AF passa a depender da DGS e da estrutura de missão instituída para a sua prossecução (definida no Despacho nº 6401/2016, publicado no Diário da República, 2ª série nº 94, de 16 de maio de 2016), com a nomeação de um diretor responsável pelo Programa (Despacho n.º 7433/2016, publicado no Diário da República, 2ª Série nº 108, de 6 de junho de 2016); a definição de uma estratégia de enquadramento ao Programa; a definição do próprio programa em termos de prioridade no PNS - extensão a 2020, e ainda a nomeação de uma comissão intersectorial pelo Despacho n.º 3632/2017, publicado no Diário da República, 2ª série nº 83, de 28 de abril de 2017.

Em termos comparativos, aspetos como a atenção da agenda política e a natureza das medidas de política de implementação do programa permitem formular o contraste com os períodos anteriores e apontar semelhanças e diferenças.

A estrutura de missão para o PNPAF emitiu alguns relatórios de progresso, que podem ser integrados numa avaliação preliminar desta fase das políticas públicas e integrar conclusões quanto ao objeto de estudo.

### *A Estratégia Nacional (ENPAF)*

A Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar antecedeu a formulação do PNPAF e correspondia a uma ligação ao trabalho desenvolvido pela OMS e pela UE para a prossecução de vários objetivos de saúde pública, entre os quais as 9 metas globais voluntárias estabelecidas no “Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e Controle de Doenças Não-Transmissíveis 2013-2020”.

Como instrumento orientador, a ENPAF definiu cinco eixos estratégicos: redução do sedentarismo e prática da atividade física ao longo do ciclo de vida, redução de barreiras, compromissos intersectoriais, capacitação de profissionais e serviços, bem como o reforço da produção de informação.

O documento definiu ainda cinco grandes objetivos, orientados para a implementação de medidas de vária natureza e nível:

- 1) Promoção da AF, através dos meios de comunicação social, utilização de espaços onde exista interação direta com as pessoas, quer fornecendo informação, quer sugestões sobre a prática de AF, e nos espaços que prestam cuidados de saúde, com a divulgação

- dos benefícios da AF em função dos diferentes grupos e pessoas, considerando nomeadamente, a idade, a condição de saúde ou contexto socioeconómico;
- 2) Trabalho dos profissionais de saúde, promovendo a atividade física entre estes profissionais, produção de informação e orientações gerais sobre a atividade física de acordo com as principais morbilidades, proporcionando formação sobre o aconselhamento de atividade física e o incentivo ao trabalho de parceria envolvendo redes de cooperação entre profissionais, serviços, estruturas e projetos de diversas áreas;
  - 3) Trabalho intersectorial, envolvendo a área do ensino em todos os graus, o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, o IPDJ, os Municípios, e a formação de parcerias com Associações e Organizações não-governamentais, empresas e suas associações, entidades, clubes da área da AF e associações desportivas, e também outros intervenientes eventuais como instituições ligadas à nutrição e ao desporto, seguradoras, educadores, organizações estudantis, organizações religiosas e profissionais, etc.;
  - 4) Promoção da investigação sobre a AF;
  - 5) Estabelecer a monitorização da própria ENPAF.

Está igualmente previsto a existência de uma Comissão de acompanhamento da Estratégia, a quem caberá acompanhar e propor medidas que potenciem a implementação e desenvolvimento da ENPAF, e o desenvolvimento de uma estrutura com as autoridades regionais de saúde. A estrutura será operacionalizada pela designação de pontos focais.

Para a sua implementação a ENPAF previa-se uma abordagem combinada, em que ambas as dimensões, políticas centrais (top-down) e atores no terreno (bottom-up) são de igual importância, e uma conceção flexível das linhas gerais, considerando as especificidades locais, e considerar em todos os momentos, contextos e atores o conceito de *Health in All Policies*.

Com esta construção, a ENPAF pretende atingir o seu principal objetivo: a consciencialização da população para a importância da atividade física na saúde e a implementação de políticas intersectoriais e multidisciplinares que visem a diminuição do sedentarismo e o aumento dos níveis de atividade física (ENPAF, 2016: 8).

### ***O PNPAF - 2016***

O Programa que se seguiu à definição da Estratégia e surgiu, enquanto documento, elencado nos anexos ao relatório da DGS “A Saúde dos Portugueses”, publicado em 2016 (p. 66-75). De acordo com a nota introdutória do documento de base, pretendia-se dar voz a todos os

programas prioritários, apresentando dados e resultados de interesse para análise posterior.

O PNPAF de 2016 não constituiu um verdadeiro programa, mas sim uma súmula das estatísticas acerca do sedentarismo e a AF à data, já referidas também neste trabalho. Apenas a versão de 2017 esboça uma metodologia de objetivos de curto e médio prazos, bem como o estabelecimento de algumas metas gerais.

Assim, este PNPAF/2017 considerou as seguintes metas para 2020:

- a) Aumentar a percentagem de adultos que indica fazer exercício ou desporto com regularidade;
- b) Aumentar a percentagem de adolescentes que pratica atividade física três ou mais vezes por semana;
- c) Aumentar a percentagem de adultos com menos de 7,5h / dia em atividade sedentária.

Para atingir estas metas, definiram-se objetivos e indicadores. Os primeiros eram preenchidos pela promoção da sensibilização e literacia por toda a população, pela generalização do aconselhamento da AF nos cuidados primários de saúde, incentivar ambientes promotores da atividade física nos espaços de lazer, no trabalho, nas escolas, universidades, nos transportes e nos serviços de saúde, e ainda a vigilância epidemiológica e a investigação.

Os segundos, os indicadores, consistiram no aumento de 28% para pelo menos 32% para a meta a); no aumento de 67% para, pelo menos 70% para a meta b); e no aumento de 19% para, pelo menos, 25% para a meta c).

O Programa previa ainda uma série de ações no campo da comunicação e sensibilização, no sistema e serviços de saúde, no campo dos ambientes e contextos de vida, na monitorização e nas boas práticas. Uma dessas ações era a criação de uma comissão intersectorial para a promoção da AF, o que veio a acontecer pelo já referido Despacho n.º 3632/2017, de 28 de abril de 2017.

Um dos objetivos do programa era igualmente a integração efetiva nos cuidados de saúde primários, o que veio a acontecer através do Despacho n.º 8932/2017, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 195, de 10 de outubro de 2017. Nos termos do mesmo despacho, foi dada prioridade ao desenvolvimento de três objetivos estratégicos para a promoção da atividade física através do SNS:

- a) Reforçar a integração da promoção da atividade física nos cuidados de saúde no SNS;
- b) Melhorar a formação e a capacitação dos profissionais de saúde no SNS para promover a atividade física;
- c) Articular a ação dos cuidados de saúde no SNS com os recursos promotores de atividade

física e exercício físico na comunidade.

Para a concretização daqueles objetivos estratégicos o Despacho previu a instalação de projetos piloto em que os profissionais de saúde aconselham e avaliam a AF dos utentes da SNS e prescrevem exercício físico de acordo com a aptidão dos mesmos. Esta normativa contém a definição destas atividades:

- Entende-se por aconselhamento/intervenção 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;
- Entende-se por prescrição de exercício físico 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.

O programa de integração desenvolve-se através de estruturas do SNS que a ele adiram voluntariamente e são da responsabilidade conjunta da DGS, das ARS e das estruturas aderentes. Para além disso, é também deixado aos profissionais de saúde fora dos projetos piloto a possibilidade de utilizarem voluntariamente as funcionalidades instituídas pelo Despacho.

Trata-se, portanto, de um objetivo de política pública concretizada, embora não se encontrem ainda resultados, tendo sido pela DGS contratada uma avaliação do processo em setembro de 2020, com um prazo de execução de 104 dias.

O PNPAF apresentou em 2017 uma estrutura mista de relatório, repositório estatístico e programa de ações a realizar, esquema que aliás se manteve nos dois documentos seguintes. Com efeito, o PNPAF/2019 (relativo aos anos de 2018 e 2019), e também o PNPAF/2020, contêm o diagnóstico da situação de promoção da AF e um conjunto de atividades e ações propostas para o período respetivo.

O primeiro destes documentos dá conta dos resultados de algumas das ações concretas implementadas em consequência do PNPAF em 2017 e 2018, nomeadamente as campanhas de

informação desenvolvidas nos meios de comunicação social e a preparação das ferramentas e meios para a inserção da prescrição e aconselhamento nos cuidados de saúde primários, com um primeiro conjunto de resultados quanto aos passos experimentais. As principais ações previstas no documento, além da disseminação dos dois tópicos anteriores, consistiam na preparação de uma proposta de norma clínica sobre a promoção da AF no SNS e a capacitação dos profissionais de saúde para esta temática.

O relatório / programa de 2020, publicado já em contexto pandémico, repete a receita. O documento apresenta resultados detalhados das campanhas lançadas na comunicação social, acompanhados de inquéritos pré e pós campanha, com resultados encorajadores, propondo-se a retoma da campanha logo que as condições da epidemia Covid-19 o permitam.

Também de forma detalhada são apresentados alguns resultados do programa de inserção da consulta de AF nos cuidados de saúde primários. Estes resultados apontam para a realização de 221 consultas desde o lançamento do projeto até à sua interrupção em março de 2020. Ao nível das previsões, apenas 4 das 14 unidades piloto indicam reunir condições e capacidade para retomar a implementação do projeto-piloto no primeiro semestre de 2021.

O PNPAF debruçou-se ainda sobre o contexto de prática da AF durante o período de confinamento, numa amostra representativa da população adulta, visando a caracterização da atividade física, comportamento sedentário, hábitos alimentares e literacia. Os resultados constam de um documento designado “React-Covid”, divulgado no microsite do PNPAF.

No campo das ações futuras, o PNPAF declara-se alinhado com o Plano Estratégico da DGS 2020-2022, em cinco iniciativas estratégicas:

- (I) Melhorar a capacitação da população para a escolha e implementação de um estilo de vida ativo;
- (II) 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;
- (III) Melhorar a qualidade da oferta de oportunidades de prática de atividade física em diferentes contextos, ao longo do ciclo de vida;
- (IV) Promover a tomada de decisão informada (vigilância epidemiológica e monitorização);
- (V) Melhorar o planeamento e ação em situações de emergência em saúde pública, no âmbito da promoção da atividade física.

Para todas estas iniciativas, o PNPAF define o ponto de partida, o conjunto de ações a

desenvolver, os serviços e parceiros a envolver, e os respetivos indicadores de avaliação. Trata-se, assim de um programa necessariamente estruturado, com potencialidade para uma promoção eficaz e efetiva da AF no âmbito da população portuguesa. Falta-lhe apenas um suporte político e o necessário suporte financeiro.

## **10.2. Avaliação da 3ª fase**

A fase que se designou como a 3ª fase da promoção da atividade física enquanto determinante de saúde é basicamente suportada no PNPAF. Este programa tem uma natureza evolutiva constatada pela comparação entre as suas várias edições. Ele arranca de um anexo ao relatório da DGS de 2016, revestindo sobretudo a forma de um diagnóstico da situação da AF entre a população, passando em 2017 a adotar uma estrutura mista de relatório e programa com a previsão de ações concretas, orientadas pelas opções estratégicas oriundas da ENPAF, mas também pelas várias opções inscritas no PNS – Extensão a 2020 e no Plano Estratégico da DGS 2020-2022. Observa-se ainda um engrossamento das medidas e ações com vista a constituir um verdadeiro programa, progressivamente entre 2016 e 2020. O PNPAF/2020 contém já uma estrutura de um programa de promoção da AF.

Fica, contudo, a faltar um verdadeiro envolvimento político neste esforço. É certo que a transição para o XXI Governo Constitucional marcou também a viragem nas políticas públicas de promoção da AF, com a adoção efetiva do PNPAF enquanto programa prioritário na área da saúde e a indicação de que a saúde em todas as políticas deverá ser uma estratégia de referência. Mas o suporte da governação remete-se à atuação da DGS, ainda que por intermédio de uma estrutura de missão específica, sendo óbvio o risco das propostas e ações de promoção e implementação da AF acabem por se perder no conjunto de situações e de áreas cobertas pela DGS, mais a mais com a inesperada situação provocada pela pandemia Covid-19. O PNPAF/2017, por exemplo, remetia para o Plano da Atividades da DGS para esse ano; ora, neste documento não foram inscritas ações concretas para a promoção da AF, mas apenas enunciados gerais.

Talvez a única medida de política com potencial para ser bem-sucedida seja a integração da consulta de AF nos cuidados primários de saúde, quer na modalidade de aconselhamento breve, quer na modalidade de consulta propriamente dita. Trata-se de uma medida estruturada por um ato de governação, o Despacho nº 8932/2017 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, estruturado e implementado através de um projeto piloto. Esta é verdadeiramente uma medida efetiva e capaz de produzir resultados longitudinais à população portuguesa, assentando

quer no apoio da estrutura organizativa do SNS, quer no poder de persuasão dos profissionais de saúde junto dos utentes.

Mas vários riscos podem pôr em causa o efeito a longo prazo desta medida. Primeiro, a suspensão do projeto devido à situação pandémica: o relatório do PNPAF/20200 alerta para a dificuldade de reatar o programa. E será previsível que as estruturas de saúde, nomeadamente os ACES e as unidades implementadas se orientem para aspetos mais imediatos da prestação de cuidados de saúde, ou mesmo que seja difícil ultrapassar questões de logística, como o espaço para efetuar consultas e avaliações, e recursos humanos adequados e preparados.

Em segundo, o risco do próprio modelo da medida de política pública não amadurecer. Se, por um lado, a estratégia seguida foi promover a inserção da consulta / aconselhamento de uma forma voluntária para estrutura e para profissionais, sendo assertiva do ponto de vista da sensibilização, por outro corre o risco de gerar desinteresse e até resistência por parte daquelas estruturas e profissionais.

O salto necessário é a integração plena nos cuidados de saúde primários, sendo essenciais medidas de governação nesse sentido. Estas medidas justificam-se não só para incorporação da consulta de AF nos hábitos e nas rotinas da avaliação e prescrição de saúde, logo criando e incentivando a alteração de comportamentos, mas igualmente para conferir estabilidade e confiança aos profissionais de saúde envolvidos e às estruturas administrativas nas entidades componentes do SNS e, porventura às restantes do sistema de saúde português.

Outro aspeto é o do suporte orçamental e financeiro. Um dos requisitos fundamentais de qualquer programa é a consignação de um suporte financeiro adequado. As medidas de políticas tomadas pelos governos, incluindo o PNPAF, requerem uma adequada provisão orçamental, sob pena de não serem possíveis de concretizar. E é mesmo possível que as opções dos diferentes programas sejam restringidas face aos orçamentos dos quais dependem. No caso de PNPAF, subentende-se o seu financiamento pela DGS, o que coloca a dúvida quanto à capacidade e disponibilidade desta entidade, mesmo tratando-se de um programa prioritário.

Um último aspeto relativo ao PNPAF a assinalar é o papel da Comissão Intersectorial criada pelo Despacho nº 3632/2017, com o objetivo de elaborar, operacionalizar e monitorizar um Plano de Ação Nacional para a Atividade Física (PANAF). Este plano deveria ter sido apresentado até 31 de dezembro de 2017, de acordo com o Despacho.

A Comissão integra representantes de diversas áreas (saúde, desporto, educação, ciência e ensino superior, emprego e inclusão), sendo coordenada pela área da Saúde em articulação com a área do Desporto. Os respetivos membros exercem funções dentro do seu horário normal de trabalho, repartido com as tarefas da Comissão. De acordo com o relatório do PNPAF/2020, a

atividade desta comissão está atualmente suspensa.

O Plano de Ação a elaborar deverá incluir iniciativas, programas e projetos nas áreas da comunicação da vigilância e monitorização, das estruturas de saúde, do sistema desportivo, do sistema educativo, das intervenções comunitárias, do ambiente e planificação urbana e do trabalho.

O importante aqui é sublinhar dois aspetos que parecem ser relevantes nesta política de promoção do PANAF: por um lado, desconhece-se qual irá ser a força vinculativa deste plano. Se vier a constituir apenas um instrumento orientador, sem ser acompanhado de medidas legislativas adequadas à promoção das iniciativas, programas e projetos, ou mesmo de medidas mais simples, o seu êxito será provavelmente reduzido.

A experiência empírica demonstra a tendência para o esquecimento de meras orientações para estruturas sociais e para instituições. Por outro lado, a formulação do PANAF não pode estar dependente de uma estrutura que acumula as tarefas de preparação deste plano com as já inúmeras obrigações que impendem sobre os funcionários nomeados. Por isso talvez, e citando o relatório do PNPAF/2020, a necessidade de modificações e ajustes necessários ao funcionamento da Comissão.



## CONCLUSÕES GERAIS

### 1. Considerações de fundo

O tema da atividade física tem vindo a ganhar uma atenção crescente, à medida que tem sido posto em evidência a consciência do seu papel na conservação da saúde, e a sua relação com as doenças não transmissíveis tem sido objeto das conclusões de múltiplas investigações científicas. O que transporta o problema da inatividade física para o domínio da saúde pública, e daí para a ação do Estado e dos governos, primeiros responsáveis por esse domínio.

A insuficiência da atividade física constitui uma realidade a nível mundial e um problema das sociedades atuais, fruto da construção das atividades e ocupações das pessoas, o aumento da mobilidade motorizada e a mecanização das tarefas. Um documento importante no contexto da investigação, do Ministério da Saúde, considerou que:

As atividades laborais predominantes estão relacionadas com o setor terciário de atividade económica, isto significa que a maior parte da população adulta passará uma quantidade substancial do seu tempo diário em comportamentos sedentários. Paralelamente, as crianças e os adolescentes também passam grande parte do seu dia escolar sentados em salas de aula. Desta forma, o elevado tempo em comportamentos sedentários é uma marca social que caracteriza o estilo de vida de muitas sociedades contemporâneas (A Saúde dos Portugueses, 2016: 71).

Estas conclusões, se bem que de outra fonte, estribam a ideia subjacente ao presente trabalho, a qual procura perceber qual o papel das políticas públicas – atuação governativa dirigida à solução dos problemas da comunidade – no combate a este problema fundamental, com as repercussões que foram sendo levantadas ao longo do texto.

É basilar a consideração de que a atividade física pertence ao domínio da saúde pública, muito embora por vezes o comum do cidadão associe a AF a exercício físico e/ou a desporto. Aquela pertença é espelhada pela mencionada relação com as patologias que afligem grande número de cidadãos e por isso também constitui necessariamente um problema político.

A consciencialização a nível internacional para o problema, sobretudo a partir da Carta de

Ottawa de 1986, introduziu a ideia de políticas públicas saudáveis, cujo conceito motriz é o conceito de saúde em todas as políticas. Este aponta para que a decisão política dos vários setores da governação tenha sistematicamente em conta as implicações para a saúde e seja orientada para a preservação e melhoria da saúde das populações.

Esta relação de causa-efeito atua através dos fatores determinantes da saúde, os quais pertencem a cinco conjuntos elencados pela OMS (2004: 5), respeitantes a áreas e a produtos da governação onde a decisão política é decisiva, e que são:

- Condições socioeconómicas, culturais e ambientais
- Condições de vida e de trabalho
- Influência social e da comunidade (ambiente socioeconómico)
- Fatores individuais de estilo de vida
- Fatores biológicos

Pelo menos nos quatros primeiros grupos de fatores, a agenda política e as medidas de política pública são suscetíveis de produzir resultados que potenciam a saúde geral.

Essa intervenção é realizada através dos determinantes políticos, modos como as diferentes constelações de poder, instituições, processos, interesses e posições ideológicas afetam a saúde e os sistemas de saúde, dentro dos diferentes sistemas políticos e culturais e em diferentes níveis de governação, de acordo com Kickbusch (2015: 1).

Uma das constatações mais apontadas pela literatura refere que as políticas de saúde pública não são consideradas na construção do processo político, apenas aí aparecendo por força das circunstâncias (por exemplo emergências de saúde pública ou protestos generalizados dos cidadãos). A própria evidência científica é posta em modo de espera e só quando serve alguns propósitos da condução política vem a ser usado, maioritariamente para legitimar soluções.

Um dos aspetos mais necessários é, por isso, o estudo da interação entre a promoção da saúde e a política, não apenas porque a saúde é uma responsabilidade governativa, mas também porque as suas demandas devem ter uma atenção especial, tendo em conta os seus efeitos nas outras dimensões do quotidiano dos cidadãos.

A promoção da atividade física, aqui tomada como parte integrante da promoção da saúde, pelas razões que sustentam a respetiva interligação, através de ações formais sobre os determinantes de saúde e que conduzem à melhoria dos níveis de saúde, impõe uma mudança de paradigma que consiste, para além do mais, num processo completo que inclui a prescrição, a sua implementação, a respetiva conclusão e a correspondente avaliação, essencial para

conhecer os ganhos obtidos e para impulsionar novas medidas.

A implementação de programas e intervenções é crucial para uma promoção realista, comportando as fases necessárias à sua efetivação, incluindo as formas de financiamento e avaliação. Várias recomendações políticas e recomendações de boas práticas têm sido propostas nomeadamente pela OMS e pela UE para a concretização de intervenções junto dos governos e junto das populações dos diversos estados integrantes destas organizações internacionais. Sendo Portugal membro efetivo de ambas essas organizações, é natural a comparação entre o que tem sido recomendado e a prática seguida no país.

O que é que explica que a inatividade física se mantenha em níveis tão elevados, ou seja, que as políticas públicas de promoção da AF entre a população, tomada no geral, não tenham tido êxito?

De acordo com Schmid, Pratt e Witmer (2006: 522) “... na investigação de política [pública] tanto a variável dependente como a independente serão a política ou as políticas...”. Sendo a primeira uma preposição relativa à avaliação de políticas públicas, a segunda há-de explicar duas dimensões: a implementação de políticas promotoras da actividade física e o seu grau de eficácia. Ou seja, sendo a variável dependente – o desempenho – uma actuação política, a sua explicação é dada pelas medidas de política em concreto e respectivos objectivos, e o resultado por elas obtido.

E a explicação reside principalmente nas características das próprias políticas públicas enunciadas.

## **2. Políticas públicas em Portugal – informar sem compromisso**

O objetivo de fundo foi analisar a evolução das políticas públicas de promoção da atividade física em Portugal, constituindo esta um determinante da saúde pública. Estabelecido um período temporal, entre 1998 e 2015, verificou-se que a evolução deste tipo de políticas apresenta um conjunto de aspetos de natureza diferenciada. Esta evolução pode ser analisada em três planos: o plano temporal, o plano da continuidade e interligação da política prosseguidas, e o plano da qualidade dessas mesmas políticas.

Do ponto de vista temporal, a característica mais relevante é a falta de continuidade temporal entre as políticas de promoção prosseguida, patente nos documentos portadores de intenções nesse campo. As propostas têm apenas dois pontos de relevo: em 2004 com o PNS e com o Programa Nacional de Intervenção sobre os Determinantes de Saúde, e em 2011, pelo esforço do IDP na concretização das Recomendações internacionais sobre atividade física. Mesmo

assim, as políticas de 2004 restringiram-se ao campo da saúde e da capacidade de intervenção das estruturas do Ministério da Saúde, sem orientações concretas de intervenção nas restantes áreas.

As políticas propostas em 2011 – que nunca obtiveram a chancela de programa vinculado – eram mais abrangentes e propunham a adoção de medidas em todas as áreas, de forma articulada e coerente sem, contudo, lograrem obter estatuto adequado. Aliás, isso decorre também do momento político vivido em tempos de austeridade, no qual as preocupações recaíram sobretudo sobre os problemas de financiamento do sistema de saúde, sem que a AF assumisse lugar efetivo na agenda política.

Do ponto de vista da continuidade das políticas prosseguidas, a documentação representativa das linhas de política de saúde entre 1998 e 2015 contém múltiplas referências à atividade física, enquanto determinante de saúde. Todavia, embora se possa admitir que se trata de uma preocupação presente na governação em saúde, não parece haver uma linha condutora das políticas públicas, expressas nessa mesma documentação.

Sob outro ângulo, trata-se de um conjunto de políticas disperso e desarticulado. Dispersos porque provêm de várias fontes, de vários níveis de decisão política ou de influência nessa decisão, e porque têm objetivos diferentes, ainda que muitas vezes paralelos ou coincidentes. Como se disse, a dependência institucional das políticas de promoção da AF parece ter sido um fator decisivo para a falta de coordenação política, ainda que seja porque, ao longo do período analisado, essas políticas se encontravam entregues à área do desporto, cujo tratamento sempre foi, tradicionalmente, uma área política à parte, debruçada sobre um fenómeno específico, o fenómeno desportivo. As instituições de tutela da saúde, embora reconhecendo a importância da atividade física como determinante de saúde, timidamente se propunham fazer alguma coisa.

Desarticulados porque dificilmente dialogam entre si, não existe uma base comum e propõem programas diferentes. Cada medida de política proposta constitui um manifesto da sua entidade autora e pouca ou nenhuma ligação subsiste entre eles. É o caso dos planos nacionais de saúde: o PNS de 2004 continha uma intenção clara quanto à intervenção nos determinantes de saúde, ao passo que o PNS de 2012 não contém qualquer política diretamente ligada à promoção da AF. A revisão deste plano e extensão a 2020 volta a referir tenuemente a AF, ainda que como mera referência da estratégia.

No plano da qualidade das políticas públicas, da análise do conteúdo representativo sobressai a falta de políticas concretas e de medidas de política pública coerentes e completas para a promoção da AF, o que é confirmado pelos indicadores relativos ao sedentarismo e aos hábitos de vida. Por um lado, os programas de governo, no topo das intenções políticas, escassas

ou nenhuma referências contêm relativamente ao problema do sedentarismo da população. Por outro, o enquadramento institucional da AF não logrou atingir um estatuto próprio, pelo que as políticas para a sua promoção foram, muitas vezes, ausentes. Como ilustra uma das conclusões do OPSS, reportada a 2013, “na promoção da atividade física, a ausência de intervenção é total e os recursos criados em anos anteriores, para atuarem neste domínio, nomeadamente ao nível da monitorização, têm-se regido pela inatividade durante o atual ciclo político” (OPSS, 2014: 111).

Outro aspeto verificado é que as várias intenções expressas tanto nos Programas de Governo como na documentação emitida, é a ausência de ações concretas em que os programas se desdobram. Apesar de existir a consciência quanto à importância dos determinantes de saúde e, em especial, quanto à promoção da AF, não se descortinam em muitas daquelas fontes um guião efetivo para a concretização dos programas. Alguns dos documentos analisados propõem ações concretas, contudo sem comportarem um ciclo completo de vetores que caracterizam as políticas para a atividade física. Recordando a grelha proposta por Sallis *et al.* (2006: 312-313), Este ciclo implica não apenas a promoção enquanto agente mobilizador, mas igualmente as fases de prescrição, implementação e conclusão.

Em especial no tocante à prescrição, que corresponde à emissão de lei e regulamentos, e a tomada de decisões administrativas e financeiras, representam um passo essencial na concretização das políticas para a AF. Da análise resulta também que, mesmo existindo a discriminação de ações a implementar, estas não são acompanhadas de uma lista de procedimentos para a sua concretização, nem a previsão dos recursos necessários.

Pode argumentar-se que o papel da documentação representativa das políticas públicas na matéria é o de enunciar medidas, sendo a sua concretização deferida às entidades administrativas com atribuições na matéria; contudo, falta o enquadramento institucional necessário para que esse mecanismo se verificasse. Ou seja, ainda que concebendo a intervenção das estruturas verticais (Raphael, 2006: 661-662) para a realização das propostas de política pública, incluindo os contributos dos vários níveis de administração, essa intervenção não foi suficiente para assegurar uma alteração profunda nos determinantes de saúde e nos comportamentos individuais, como o demonstram os resultados dos inquéritos realizados por várias entidades públicas e privadas.

O enquadramento institucional pode explicar a vaguidade das intenções de política pública para promoção da AF, mas não justifica a falta de orientações vinculativas às estruturas operacionais a fim de darem prossecução a essas políticas. Mormente quanto ao financiamento das ações no terreno, a omissão tende a ser total. De igual modo a definição de medidas

vinculativas instrumentais (impostos, incentivos fiscais e financeiros e outros) não entrou também no horizonte das agendas políticas.

Uma das questões complementares da evolução era saber que políticas foram as seguidas em Portugal entre 1998 e 2015, entendendo-se que tipo de políticas consistiram, tendo por base a grelha proposta por Dunton, Cousineux e Reynolds (2010: 93). Resulta da avaliação que as políticas prosseguidas foram sobretudo políticas de tipo informativo, raramente se descortinando políticas destinadas a criar oportunidades, incentivos à prática da AF (exceto talvez quanto à construção de ciclovias um pouco por todo o lado), nem a utilização dos instrumentos típicos da governação.

Outra questão era filiar as políticas públicas de promoção da AF nas boas práticas internacionais. Aqui, os documentos analisados revelam três realidades: a observância completa das recomendações da OMS e da UE para a atividade física, a adoção de políticas mais dependentes de iniciativas parciais e locais, e também a falta de adoção das recomendações de natureza política.

As recomendações internacionais são, com efeito, a inspiração das propostas que se retiram dos documentos publicados pelas várias entidades, quer na documentação de 2009-2011, quer na documentação de 2016, nomeadamente na ENPAF e no PNPAF. Como se disse já, as propostas pouco mais foram do que meras intenções e limitadas às recomendações genéricas para a população.

A realização de projetos e ações promotoras da AF ficou também muito dependente da distribuição vertical de tarefas da administração pública, nomeadamente dos governos regionais e locais, cujo papel tem sido relevante na concretização daqueles projetos e ações, mas sem dúvida com natureza localizada e restrita em termos de população-alvo. As medidas de grande abrangência foram sobretudo campanhas informativas através dos meios de comunicação social.

Já quanto às recomendações de natureza política, não se descortinam verdadeiras alterações fundadas nas boas práticas internacionais. A grande chave das recomendações políticas é a colaboração intersectorial e a liderança das políticas de saúde. O estabelecimento de uma verdadeira colaboração intersectorial nunca se verificou, a não ser ao nível da intenção. Até pela própria natureza da distribuição das funções governativas e dos interesses de que os vários departamentos governativos, os vários níveis de governação e as instâncias do poder, são portadoras. O exemplo concreto é o impasse da Comissão intersectorial para o acompanhamento da ENPAF e para a elaboração do PANAF, nos termos acima analisados.

### 3. Outras considerações

Embora a delimitação temporal utilizada no estudo termine em 2015, não faria sentido não fazer uma breve análise ao período seguinte, com a emissão do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física e a preparação de um Plano de Ação Nacional com o mesmo objetivo. Duas razões justificaram esta abordagem: o facto de se tratar de uma nova fase, do ponto de vista das políticas públicas de saúde no panorama governativo português, potencialmente fértil, e sua utilidade para a comparação com as políticas seguidas no período delimitado.

As principais notas para este período posterior representam um cunho promissor para um novo paradigma nas políticas para a saúde pública, com base no discurso constantes da documentação analisada. Podem destacar-se as seguintes:

- a) Uma nova responsabilização pela promoção da atividade física, correspondente à transição da sua dependência institucional para o Ministério da Saúde, através da DGS;
- b) O facto de ter sido assumida uma Estratégia coerente, publicado pela instituição responsável, contendo cinco eixos fundamentais para a prossecução dos seus objetivos;
- c) A relevância dada ao PNPAF através do Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio, integrando-o no conjunto de programas prioritários a cargo da DGS e, nessa medida, a adoção das políticas públicas necessárias para a sua concretização;
- d) Uma certa continuidade evolutiva do PNPAF, no sentido de se constituir como um verdadeiro programa composto por intervenções exequíveis;
- e) A nomeação de uma Comissão intersectorial encarregue de elaborar o PANAF, tratando-se aqui de uma dupla evolução;
- f) Um avanço concreto, com o projeto-piloto de integração da consulta / aconselhamento no âmbito dos cuidados primários de saúde.

A transição da dependência institucional da atividade física pode ser entendida como uma mudança de paradigma porque representa a consagração da AF como verdadeiro fator determinante da saúde, colocado a política de promoção desta na esfera do Ministério da Saúde e sua autonomização relativamente à política desportiva. Resta saber se esta consagração é apetrechada com os meios necessários para que se verifique uma alteração real nas medidas de política conducente à promoção da atividade física.

Quanto à ENPAF, dois dos seus eixos devem ser considerados fundamentais para o seu êxito enquanto estratégia de âmbito nacional: a redução do sedentarismo e prática da atividade física ao longo do ciclo de vida e o estabelecimento de compromissos intersectoriais. O primeiro

destes eixos só é possível de realizar se forem instituídas políticas concretas que possibilitem a execução de projetos e ações, as quais tornem a prática da AF um hábito comum entre os cidadãos. Isto é, obviamente, um objetivo ambicioso, só possível se aqueles projetos e ações revestirem um caráter sistemático e contínuo.

O segundo eixo exige uma alteração efetiva na distribuição do poder político: é que a coordenação intersectorial só funciona se implicar liderança, tal como vem preconizado nos documentos fundamentais sobre a promoção da AF oriundos de instituições internacionais. Sem uma liderança efetiva, traduzida na supervisão política das várias áreas da ação governativa e no poder de correção das decisões tomadas nessas áreas, é maior o risco de fracasso. A experiência ensina que uma simples coordenação sem uma direção efetiva degenera quase sempre em competição e raramente em cooperação.

É certo que, por enquanto, o PNPAF é um programa de saúde pública prioritário, dotado de uma unidade de missão própria. A evolução nas suas várias versões indica um certo aprofundamento no sentido da concretização de projetos. Como também já foi assinalado, o PNPAF/2020 contém já uma estrutura de um programa de promoção da AF suscetível de produzir efeitos práticos. Todavia, se não forem acutelados quer os meios necessários, quer a preparação e emissão de instrumentos governativos com a finalidade de concretizar projetos e ações, envolvendo mesmo a possível responsabilização política pelo seu incumprimento, o PNPAF, em qualquer das suas versões, corre o risco de ser mais um conjunto de boas intenções e de exortação, sem qualquer efeito na diminuição do sedentarismo crónico.

A preparação do PANAF e a ação da Comissão intersectorial para acompanhamento da ENPAF representam avanços importantes na articulação dos instrumentos de promoção da atividade física. Mas vários riscos podem pôr em causa esses avanços: a vinculatividade do PANAF, as condições de trabalho da Comissão intersectorial e os meios necessário à concretização das finalidades de ambos. Também aqui se põe o problema da liderança intersectorial na ação governativa.

Por fim, o projeto de integração da consulta e do aconselhamento em AF nos cuidados primários de saúde foi já apontado como uma medida de política pública capaz de ter sucesso imediato e de contribuir para o combate à inatividade física. A medida necessita, no entanto, de apoio legislativo e de meios logísticos e técnicos para atingir a sua concretização plena. É um contributo claro de política pública para o combate ao problema do sedentarismo e, por essa via, às doenças não transmissíveis.

A extrapolação destas considerações para o campo geral da política pública leva à conclusão de que são necessários mecanismo dotados de maior força política na promoção da



saúde e da AF, a par de campanhas informativas e de estratégias de convencimento dos indivíduos, além da necessidade de uma cultura de concretização de projetos e ações. E também é indispensável uma liderança intersectorial nos termos já focados, sob pena de se continuarem a registar altos níveis de inatividade física.

Estes níveis podem dever-se a vários fatores, como a descoordenação de políticas, o subfinanciamento, o desfasamento da agenda política, os ciclos eleitorais ou até uma opção política pela subvalorização do problema. Considerando que, em geral, os ganhos para a saúde das populações e para os sistemas de saúde só são visíveis a longo prazo, o problema do sedentarismo não é geralmente visto como uma ameaça imediata pelos políticos.

Uma outra explicação possível é o facto deste tema ter sido tradicionalmente deixado nas mãos dos profissionais de saúde pública, em geral divorciados do processo político. Dando conta deste facto, Hallal *et al.* (2016: 27), apontam que a abordagem da saúde pública, baseada na evidência e na exortação tem-se revelado sem sucesso. Com exceções, afirmam os mesmos autores, os profissionais de saúde não têm conseguido mobilizar os governos e populações para perceberem a atividade física com seriedade suficiente.

#### **4. Contributo eventual**

Qual a importância desta avaliação para o conhecimento e para a ciência? Um dos aspetos implícitos na problemática, embora não seja possível tratá-la aqui, prende-se com a tensão entre a decisão política e a evidência científica. Este aspeto tem, no entanto, raiz comum com a necessidade de compreender qual a resposta do sistema político a questões fundamentais da saúde pública, onde evidentemente o sedentarismo e as suas variantes se colocam.

No campo das políticas públicas e da ciência que suporta os respetivos estudos, conhecer o percurso de determinadas políticas e sua caracterização é importante para estudar os efeitos da governação e analisar a resposta que esta vai dando aos problemas sociais em geral, e aos problemas de saúde mais em particular.

Como referem Quivy e Van Campenhoudr (2013: 20), dois defeitos são de evitar nos trabalhos de investigação em ciências sociais: o cientismo ingénuo que crê poder estabelecer verdades definitivas e o ceticismo que nega a possibilidade do conhecimento científico. Este pensamento é aplicável *mutatis mutandi* à própria ciência política e às políticas públicas. O determinismo matemático não é viável nestes campos, face não apenas às inúmeras variáveis em presença, mas também à impossibilidade do controlo dessas mesmas variáveis, dependentes

muitas vezes de situações psico-individuais. Mas também não se pode acolher a recusa pura e simples do valor da informação e interpretação trabalhada dos vários temas da governação e da política.

Assim, um primeiro contributo deste estudo pode ser entendido como o tratamento de uma quantidade significativa de informação relativa à promoção da atividade física e das políticas públicas nesta área, recolhida e tratada de forma analítica e compreensiva. Por outro lado, a integração da resposta política em saúde no complexo global da governação, e concomitantemente, também a investigação dos mecanismos de política pública, permite compreender melhor a interação destas realidades.

Por fim, o panorama da evolução das políticas públicas de promoção da AF e a sua caracterização contribui para o estudo do impacto a longo prazo dessas políticas, na medida em que permite compreender o modo como os seus resultados se podem ou não produzir.

## Limitações do estudo e pistas de investigação

Um trabalho relativo a um tema de grande abrangência como são as políticas públicas focadas na promoção da AF tem, naturalmente, um leque alargado de formas de ser abordado. A própria metodologia seguida poderia ser diferente e, quiçá, mais ao gosto de algumas correntes académicas mais conservadoras.

Várias opções metodológicas seriam adequadas ao tratamento do tema, incluindo a recolha de testemunhos e a utilização de questionários, a entrevista semiestruturada ou mesmo o recurso a inquéritos secundários. Todavia, as Imitações decorrentes da situação pandémica conduziram a um estudo com base em suporte documental aberto, publico e acessível. Este caminho tem, como é óbvio, inúmeros pontos passíveis de crítica, nomeadamente o universo sobre o qual incidiu a investigação e o risco de ficarem por revelar as razões ocultas para as medidas de política prosseguidas ou para a falta delas.

Outra limitação poderia pôr-se relativamente aos próprios documentos escolhidos, uma vez que representam meta-informação, e não já dados diretamente criticáveis, tendo em conta os seus autores, atores das diversas fases do ciclo político.

Todavia, esta opção foi consciente, tendo em conta que os documentos selecionados representam, para o bem e para o mal, o discurso oficial relativamente à AF, e são um primeiro objeto da avaliação dos cidadãos em geral, bem como o seu potencial para influir nas instituições dos vários níveis da Administração e noutros sectores da sociedade. Mais, parte do material recolhido representa o conjunto de dados estatísticos publicitados pelas instituições oficiais, logo vinculativas para a respetiva atuação e para a conformação de políticas de outros intervenientes públicos.

Um dos dilemas do trabalho foi a opção por deixar de lado o trabalho desenvolvido pela Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, representante da Rede de Cidades Saudáveis da OMS. O trabalho desenvolvido por esta entidade desde a sua criação em 1997-98 tem sido notável e foi várias vezes referenciado no Plano Nacional de Saúde, pela proximidade das estruturas envolvidas (os Municípios) com os cidadãos destinatários da promoção de estilos de vida saudáveis. Esse trabalho da RPMS daria um tema para outro trabalho de fundo, tendo em conta a já longa carreira da Rede.

Apesar disso, a opção foi por não analisar o produto resultante desta Rede,

fundamentalmente por duas razões: em primeiro, porque o número de Municípios envolvidos (64 à data atual, de acordo com o respetivo sítio da internet), representando uma grande parte da população portuguesa, não abrange, no entanto, o seu todo. Em segundo porque, os seus projetos se encaixam em situações particulares e, embora muitos deles tenham uma continuidade temporal, não se afirmam em larga escala, mesmo ao nível municipal. Deve sublinhar-se, mais uma vez, que este raciocínio não retira valor à organização, que é de apoiar e fomentar. Simplesmente, não foi possível encaixar o seu produto nos critérios definidos para a investigação.

Uma área que foi apenas referida de passagem tem a ver com a alimentação e a obesidade, problema também das sociedades modernas e com uma ligação evidentemente muito forte com a atividade física. O problema da obesidade revela-se igualmente uma questão de saúde pública da mesma forma que se coloca a AF, tendo em conta o seu impacto nas doenças crónicas. À semelhança da temática tratada, também o problema da alimentação saudável e da obesidade tem relação com muitos aspetos das políticas públicas, sofrendo de constrangimentos semelhantes. Por isso, e pela extensão do assunto, não foi possível abordá-lo convenientemente. Assinala-se, apesar disso, a sua importância e acuidade <sup>6</sup>.

Um outro tema que não é também possível abordar de forma adequada é o contributo das políticas desportivas para a promoção da AF e o seu papel na implementação das iniciativas para a prática do exercício físico, formal ou informal. Foi realçada a função desempenhada pelo setor do desporto nesta problemática, enquanto ator político a quem foi delegada, por muito tempo, a responsabilidade pela realização prática do acesso dos cidadãos à AF. No entanto, este contributo ultrapassa em muito as dimensões da investigação, sem prejuízo da sua importância evidente.

Um dos debates recentes debruça-se sobre o que se vem designando como a “uberização” da AF, decalcada da tendência de mediação por meio de plataformas digitais e de ferramentas informáticas. Esta tendência representa não apenas uma nova forma de consumo de produtos digitais, mas igualmente uma alteração significativa da organização e da utilização da AF, quer por uso daqueles meios, quer pelas ofertas de exercício “à la carte”, informais e sem as regras burocráticas das instituições.

Outros aspetos ainda quanto ao problema de fundo poderiam ter servido de objeto de estudo, como por exemplo o problema do financiamento da saúde e respetivos projetos, o papel

---

<sup>6</sup> Veja-se a síntese constante do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2020, da DGS.

dos profissionais da saúde pública, a influência dos ciclos eleitorais ou a ideologia subjacente à atuação dos governos. Qualquer destes assuntos poderia contribuir para o desenvolvimento das políticas de combate ao problema da inatividade física, que ficam até como sugestão para futuros trabalhos.



## FONTES DOCUMENTAIS

### A) Legislação:

- Constituição da República Portuguesa
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto
- Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro
- Lei n.º 1/90, de 13 de janeiro
- Lei n.º 19/96, de 25 de junho
- Lei n.º 30/2004, de 21 de julho
- Lei n.º 5/2007, de 16 de janeiro
- Lei n.º 46/86, de 14 de outubro
- Lei n.º 49/2005, de 30 de agosto
- Lei n.º 48/98, de 11 de agosto
- Lei n.º 54/2007, de 31 de agosto
- Lei n.º 31/2014, de 30 de maio
- Lei n.º 19/2014, de 14 de abril
- Lei n.º 11/87, de 7 de abril
- Lei n.º 99/2019, de 5 de setembro
  
- Decreto-lei n.º 296-A/95, de 17 de novembro
- Decreto-lei n.º 474-A/99, de 8 de novembro
- Decreto-lei n.º 267-A/2000, de 20 de outubro
- Decreto-lei n.º 120/2002 de 3 de maio
- Decreto-lei n.º 215-A/2004 de 3 de setembro
- Decreto-lei n.º 79/2005 de 15 de abril
- Decreto-lei n.º 321/2009, de 11 de dezembro
- Decreto-lei n.º 86-A/2011, de 12 de julho
- Decreto-lei n.º 251-A/2015, de 17 de dezembro
- Decreto-lei n.º 169-B/2019, de 3 de dezembro

- Decreto-lei n.º 202/2006, de 27 de outubro
- Decreto-lei n.º 126-A/2011, de 29 de dezembro
- Decreto-lei n.º 167-A/2013, de 31 de dezembro
- Decreto-lei n.º 31/2014, de 27 de fevereiro
- Decreto-lei n.º 24/2015, de 06 de fevereiro
- Decreto-lei n.º 345/93, de 1 de outubro
- Decreto-lei n.º 122/97, de 20 de maio
- Decreto-lei n.º 10/93, de 15 de janeiro
- Decreto-lei n.º 212/2006, de 27 de outubro
- Decreto-lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro
- Decreto-lei n.º 95/91 de 26 de fevereiro
- Decreto-lei n.º 62/97 de 26 de março
- Decreto-lei n.º 199/97 de 7 de agosto
- Decreto-lei n.º 84/98 de 3 de abril
- Decreto-lei n.º 316-A/98, de 8 de outubro
- Decreto-lei n.º 217/2001, de 3 de agosto
- Decreto-lei n.º 96/2003 de 7 de maio
- Decreto-lei n.º 169/2007, de 3 de maio
- Decreto-lei n.º 98/2011, de 21 de setembro
- Decreto-lei n.º 132/2014, de 3 de setembro
- Decreto-lei n.º 345/93, de 1 de outubro
- Decreto-lei n.º 122/97, de 20 de maio
- Decreto-lei n.º 217/2001, de 3 de agosto
- Decreto-lei n.º 143/93, de 26 de abril
- Decreto-lei n.º 169/2007 de 3 de maio
- Decreto-lei n.º 55/2018, de 6 de julho
  
- Decreto regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio;
- Decreto regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro;
  
- Portaria n.º 662-L/2007, de 31 de maio;
  
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 131/2019, de 2 de agosto



- Despacho n.º 1916/2004, de 28 de janeiro
- Despacho n.º 1225/2018, de 5 de fevereiro
- Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio
- Despacho n.º 7433/2016, de 6 de junho
- Despacho n.º 3632/2017, de 28 de abril
- Despacho n.º 8932/2017, de 10 de outubro
- Despacho n.º 1705/2019, de 15 de fevereiro

## **B) Fontes documentais citadas e consultadas:**

### B1) Programas de Governo:

- Programa do XIII Governo Constitucional
- Programa do XIV Governo Constitucional
- Programa do XV Governo Constitucional
- Programa do XVI Governo Constitucional
- Programa do XV Governo Constitucional
- Programa do XVI Governo Constitucional
- Programa do XVII Governo Constitucional
- Programa do XVIII Governo Constitucional
- Programa do XIX Governo Constitucional
- Programa do XX Governo Constitucional
- Programa do XXI Governo Constitucional

### B2) Documentos;

<b>Entidade</b>	<b>Ano *</b>	<b>Descrição</b>
MSd	1998	Saúde – Um Compromisso. A Estratégia da Saúde para o Virar do Século (1998-2002)
CE	1998	A Pan-EU Survey on Consumer Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health
DGS	2000	Auto-Cuidados na Saúde e na Doença - Guia para as Pessoas Idosas

DGS	2002	Ganhos de Saúde em Portugal
DGS	2004	Plano Nacional de Saúde 2004-2010
MSd	2004	Plano de Acção para a Saúde – áreas Prioritárias
DGS	2004	Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida
UE	2008	Acções recomendadas para apoiar a actividade física benéfica para a saúde
INE	2009	Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006
IDP	2009	Orientações da União Europeia para a Actividade Física
OMS	2010	Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)
CE	2010	Eurobarómetro 334 – Edição especial
DGS	2010	PNS – Evolução dos Indicadores
IDP	2011	Plano Nacional da Actividade Física
IDP	2011	Livro Verde da Actividade Física
INSA	2011	COSI Portugal 2008
DG Sanco	2012	Special Report on the EU Platform on Diet, Physical Activity and Health 2006-2012
DGE	2012	Relatório do Programa do Desporto Escolar 2009-2012
OMS	2013	Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century
DGS	2013	PNS 2012-2014 (versão resumo)
UE	2013	Relatório Euryice
DGE	2013	Relatório do Programa do Desporto Escolar 2009-2012
CE	2014	Eurobarómetro 412 – Desporto e Atividade Física
DGS	2014	Roteiro de Intervenção para Governação em Saúde – Documento de trabalho
CE	2014	Relatório execução do Plano de Trabalho da União Europeia para o Desporto (2011-2014)
DGT	2014	Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território - Avaliação do Programa de Ação 2007-2013 - Relatório
CE	2015	Monitoring the EU Platform on Diet, Physical Activity and Health – Annual Report
DGS	2015	A Saúde dos Portugueses

DGS	2015	PNS – Revisão e Extensão a 2020
FMH/UTL	2015	A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014
CE	2016	Monitoring the EU Platform on Diet, Physical Activity and Health – Annual Report
ICSSPE	2016	Narrative Review – The State of Physical Activity In Europe
DGS	2016	A Saúde dos Portugueses
INE	2016	Inquérito Nacional de Saúde 2014
DGS	2016	PNS – Modelo de Governação a 2020
DGS	2016	Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar
DGS	2016	Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
INE	2017	Estatísticas da Saúde 2015
UP	2017	Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
INSA	2017	1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF)
INSA	2017	COSI Portugal 2016
AGAP	2017	Estudo do Impacto da Atividade Física nos Custos de Saúde Portugueses, o Exercício Físico e o Sedentarismo
FPC	2017	Portugueses, o Exercício Físico e o Sedentarismo
CE	2017	Relatório sobre a execução e a pertinência do Plano de Trabalho da União Europeia para o Desporto (2014-2017)
DGS	2017	Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 2017
DGS	2017	Relatório de Atividades 2016
OMS	2018	Physical activity country factsheets of the 28 European Union Member States of the WHO European Region
CE	2018	Eurobarómetro 472 – Desporto e atividade física
MSd	2018	Retrato da Saúde, Portugal.
CNS	2018	Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal
PNPAF	2018	Promoção da Atividade Física - Desafios e Estratégias 2018
DGT	2018	PNPOT - Diagnóstico
CE	2019	Relatório sobre a promoção transectorial de atividade física benéfica para a saúde
PNPAF	2019	Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 2018-

		2019
EUPAP	2020	Feasibility Study. Final report
DGS	2020	Plano Estratégico 2020-2022
PNPAF	2020	Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 2020
DGS	2020	React-covid - Inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto de contenção social
INE	2021	Estatísticas da Saúde - 2019
IPDJ	2021	Programa Nacional do Desporto para Todos

\* Ano de publicação.

### B3) Relatórios do OPSS:

OPSS	2001	Relatório da Primavera - Conhecer os Caminhos da Sa de
OPSS	2002	Relatório da Primavera - O estado da Saúde e a saúde do Estado
OPSS	2003	Relatório da Primavera - SAÚDE: que rupturas?
OPSS	2004	Relatório da Primavera - Incertezas ... gestão da mudança na saúde
OPSS	2005	Relatório da Primavera – Novos desafios
OPSS	2006	Relatório da Primavera - Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados
OPSS	2007	Relatório da Primavera - Luzes e sombras: A governação em saúde
OPSS	2008	Relatório da Primavera - Sistema de Saúde Português – Riscos e Incertezas
OPSS	2009	Relatório da Primavera – 10/30 anos: Razões para continuar
OPSS	2010	Relatório da Primavera - Desafios em tempo de crise
OPSS	2011	Relatório da Primavera - Da depressão da crise
OPSS	2012	Relatório da Primavera - Crise & Saúde - Um país em sofrimento
OPSS	2013	Relatório da Primavera - Duas faces da saúde
OPSS	2014	Relatório da Primavera – Saúde: Síndrome da Negação
OPSS	2015	Relatório da Primavera - Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?
OPSS	2016	Relatório da Primavera – Saúde: Procuram-se novos caminhos

OPSS	2017	Relatório da Primavera - Viver em Tempos Incertos: Sustentabilidade e Equidade na Saúde
OPSS	2018	Relatório da Primavera – Meio Caminho Andado
OPSS	2019	Relatório da Primavera – Saúde: Um Direito Humano



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, Lars Bo, Jorge Mota e Loretta Di Pietro (2016), “Update on the global pandemic of physical inactivity”, *The Lancet*, 388 (10051), pp. 1255–1256.
- Anderson, Robert (1984), *Health promotion: an overview*, Edinburgh, Scotland, Scottish Health Education Group, citado por Rootman, Irving *et al.* (2001), “A framework for health promotion evaluation” in Rootman, Irving *et al.* (ed.s), *Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives*, Denmark, WHO Regional Publications, European Series, 92, pp. 7-38.
- APHA - American Public Health Association (2012), *Performance Measurement for Public Health Policy*, PHF (online).  
Disponível em:  
[www.phf.org/resourcestools/Documents/Policy\\_Performance\\_Measurement\\_Tool\\_FINAL.pdf](http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Policy_Performance_Measurement_Tool_FINAL.pdf)
- Atwood, Katharine, Graham Colditz e Ichiro Kawachi (1997), “From Public Health Science to Prevention Policy: Placing Science in Its Social and Political Contexts”, *American Journal of Public Health*, Oct. 1997, Vol. 87 nº 10, pp. 1603-1606.
- Bambra, Claire, Debbie Fox e Alex Scott-Samuel (2005), “Towards a politics of health”, *Health Promotion International*, 20 (2), pp. 187-193.
- Baranowski, Tom, Cheryl Anderson e Cindy Carmac (2014), “Mediating Variable Framework”, in Physical Activity Interventions - How Are We Doing? How Might We Do Better?, *American Journal of Preventive Medicine*, 15 (4), pp. 266–297.
- Barata, Themudo (1997), “Benefícios da Actividade física na saúde”, in Themudo Barata (Coord.) *Actividade Fisica e Medicina Moderna*, Lisboa, Europress, pp. 132-144.
- Bardin, Laurence (2002), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- Baum, Fran (2008), “The Commission on the Social Determinants of Health: reinventing health promotion for the twenty-first century?”, *Critical Public Health*, 18 (4), pp. 457–466
- Baum, Fran, Eeva Ollila e Sabastián Peña (2013), “History of HiAP”, in Kimmo Leppo *et al.* (ed.), *Health in All Policies - Seizing Opportunities, Implementing Policies*, Helsinquia, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, pp. 25-42.
- Bauman, Fran e Cora Craig (2005), “The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity”, *Int J Behav Nutr Phys Act* 2(10), pp. 1-6 (online).  
Disponível em: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-2-10#citeas>.
- Bauman, Adrian *et al.* (2002), “Correlates of physical activity: why are some people physically active

- and others not?”, *The Lancet, Special Series*, July, pp. 31-44.
- Bernier, Nicole e Carole Clavier (2011), “Public health policy research: Making the case for a political science approach”, *Health Promotion International*, 26, pp.109–116.
- Behn, Robert (2003), “Why measure performance? different purposes require different measures”, *Public Administration Review*, 63 (October), 586–606.
- Beja, André, Paulo Ferrinho e Isabel Craveiro (2014), “Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico”, *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 32(1), pp. 10–17.
- Bellew, Bill, *et al.* (2011), “Public Policy Actions Needed to Promote Physical Activity”, *Current Cardiovascular Risk Reports*, 5(4), pp. 340–349.
- Bengoechea, Enrique *et al.* (2010), “Exploring Links to Unorganized and Organized Physical Activity During Adolescence”, *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 81(1), pp. 7-16.
- Biddle, Stuart e Nanette Mutrie (2008), *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-Being, and Interventions*, 2<sup>a</sup> ed., New York, Routledge.
- Birkland, Thomas (2011), *An Introduction to the Policy Process*, 3<sup>a</sup> ed., New York, M.E. Sharpe.
- Birkland, Thomas (2007), “Agenda Setting in Public Policy”, in Frank Fischer, Gerald Miller e Mara Sidney (ed.s) *Handbook of Public Policy Analysis – Theory, Politics, and Methods*, Newark, CRC Press, pp. 63-78.
- Biscaia, André (2006), “A reforma do pensamento em saúde”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 63-64.
- Blair, Steven (2009), “Physical Inactivity: the biggest public health problem of the 21st century”, *British Journal of Sports Medicine*, 43 (1), pp. 1–2.
- Blair, Steven, Michael LaMonte e Milton Nichaman (2004), “The evolution of physical activity recommendations: how much is enough?”, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79, pp. 913–920.
- Blair, Steven *et al.* (2010), “A Tribute to Professor Jeremiah Morris: The Man Who Invented the Field of Physical Activity Epidemiology”, *Annals of Epidemiology*, 20, pp. 651-660.
- Blair, Steven e Kenneth Powell (2014), “The Evolution of the Physical Activity Field”, *The Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 85 (7), pp. 9–12.
- Blomquist, William (2007), “The Policy Process and Large-N Comparative Studies”, in Sabatier, P. (ed), *Theories of the Policy Process*, California, Westview Press, pp. 261-289.
- Bontempi, Jean, Michael Fagen e Kathleen Roe, (2010), “Implementation Tools, Program Staff, and Budgets”, in Fertman, C e D. Allensworth (ed.s), *Health promotion programs: from theory to practice*, S. Francisco, U.S., Society for Public Health Education, Jossey-Bass, pp. 153-179.
- Breda, João *et al.* (2018), “Promoting health-enhancing physical activity in Europe: Current state of surveillance, policy development and implementation”, *Health Policy*, 122(5), pp. 519–527.
- Breton, Eric e Evelyne De Leeuw (2010), “Theories of the policy process in health promotion research:



- A review”, *Health Promotion International*, 26, pp. 82–90.
- Breton, Eric *et al.* (2013), “Coalition advocacy action and research for policy development”, in Clavier, C. e E. de Leeuw (ed.s), *Health Promotion and the Policy Process*, Oxford, U.K., Oxford University Press, pp. 43-62.
- Brownson, Ross, Jamie Chriqui e Katherine Stamatakis (2009), “Understanding Evidence-Based Public Health Policy”, *American Journal of Public Health*, Set., Vol. 99, nº 9, 1576-1583.
- Brymen, Alan (2012), *Social Research Methods*, 4ª ed., Oxford, Oxford University Press.
- Bueno, Denise *et al.* (2015), “Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(4), pp.1001-1010.
- Buse, Kent, Nicholas Mays e Gill Walt (2005), *Making Health Policy*, Berkshire – England, McGraw-Hill.
- Bull, Fiona *et al.* (2004a), “An International Review of Policies on Physical Activity”, in *Getting Australia Active: Towards Better Practice for the Promotion of Physical Activity*, 2ª ed., National Public Health Partnership, Melbourne, Australia, pp. 69-85.
- Bull, Fiona, *et al.* (2004b), “Developments in National Physical Activity Policy: an international review and recommendations towards better practice”, *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(1), pp. 93–104.
- Bull, Fiona, Karen Milton e Sonja Kahlmeier (2011), *Health-enhancing physical activity (HEPA) Policy Audit Tool*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Bull, Fiona, Karen Milton e Sonja Kahlmeier (2015), *Health-enhancing physical activity (HEPA) Policy Audit Tool – Version 2*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Bull, Fiona *et al.* (2020), “World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behavior”, *British Journal of Sports Medicine*, 2020, 54, pp.1451–1462.
- Cairney, John *et al.* (2019), “Physical Literacy, Physical Activity and Health: Toward an Evidence-Informed Conceptual Model”, *Sports Medicine*, 49(3), pp. 371–383.
- Camões, Miguel, e C. Lopes (2008), “Fatores associados à atividade física na população portuguesa”, *Rev Saúde Pública* 42(2), pp. 208-216.
- Campos, A. Correia (2002), “Despesa e défice na saúde: O percurso financeiro de uma política pública”, *Análise Social*, 36(161), pp. 1079–1104.
- Campos, A. Correia (2019), *Administração Pública e Saúde*, Coimbra, Almedina Editora.
- Capucha, Luís *et al.* (1996), “Metodologias de avaliação: O estado da arte em Portugal”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, Vol. 22, pp. 9–27.
- Car-Hill, Roy (2008), *International Literacy Statistics: A Review of Concepts, Methodology and Current Data*, Montreal, Canada, UNESCO Institute for Statistics.
- Carvalho, João (2018), *O papel do Estado no Desporto Estudo de Caso da Liga Profissional de Basquetebol em Portugal*, Tese de Doutoramento em Políticas Públicas apresentada ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa.

- Caspersen, Carl, Kenneth Powell e Gregory Christenson (1985), “Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research”, *Public Health Reports*, Washington D.C., 100(2), pp. 126–131.
- Castelli, Darla *et al.* (2014), “The history of physical activity and academic performance research: Informing the future”, in *The relation of childhood physical activity to brain health, cognition, and scholastic achievement*, Monographs of the Society for Research in Child Development, 79 (4), pp. 119–148.
- Castro, Manuel (2011), “Defining and Using Performance Indicators and Targets”, in *Government, M&E Systems*, Washington, World Bank.
- Caupers, João (1988), *Direito Internacional Público II – Sumários*, Lisboa, AAFDL, policopiado.
- Cavill, Nick, Sonja Kahlmeier e Francesca Racioppi (2006), *Physical Activity and Health in Europe: Evidence for Action*, Copenhaga, WHO Regional Office for Europe.
- CDPH-California Department of Public Health (2018), *Physical Activity Resource Guide Implementing Physical Activity Programming for SNAP Eligible Populations*, 2ª ed., California, U.S., CDPH.
- Clavier, Carole e Evelyne de Leeuw (2013), “Framing public policy in health promotion: ubiquitous, yet elusive”, in Clavier, C. e E. de Leeuw (ed.s), *Health Promotion and the Policy Process*, Oxford, U.K., Oxford University Press, pp. 1-22.
- Clift, Charles (2013), *The Role of the World Health Organization in the International System*, London, U.K., Chatham House.
- CNS (2018), *Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*, Lisboa, CNS.
- Comissão Europeia (2010), “Sport and Physical Activity”, *Special Eurobarometer 334*, (online).  
Disponível em: [http://eose.org/wp-content/uploads/2014/03/european-barometer-survey\\_334\\_en\\_20101.pdf](http://eose.org/wp-content/uploads/2014/03/european-barometer-survey_334_en_20101.pdf).
- Comissão Europeia (2013), *Compreender as políticas da União Europeia: Saúde pública*, Luxemburgo, Serviço de Publicações da União Europeia.
- Comissão Europeia (2014), “Sport and Physical Activity”, *Special Eurobarometer 412*, (online).  
Disponível em: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_412\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf).
- Comissão Europeia (2016), *Monitoring the EU Platform on Diet, Physical Activity and Health. Annual Report*, ICF Consulting Services Ltd, EC, (online).  
Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition\\_physical\\_activity/docs/2016\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/2016_report_en.pdf).
- Comissão Europeia (2018), “Sport and Physical Activity”, *Special Eurobarometer 472*, (online).  
Disponível em: <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/search/physical%20activity/surveyKy/2164>,
- Contrandriopoulos, André-Pierre *et al.* (1997), “A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos”, in

- Harts, ZMA (org.), *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*, Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz, pp. 29-47.
- Corbin, Charles (2016), “Implications of Physical Literacy for Research and Practice: A Commentary”, *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 87 (1), pp. 14-27.
- Creswell, John e Vicki Plano Clark (2011), *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, Los Angeles, Calif., SAGE Publications.
- CSDH-Commission on Social Determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, World Health Organization.
- Dahlgren, Göran e Margaret Whitehead (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Dahlgren, Göran e Margaret Whitehead (2006), *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Daugbjerg, Signe *et al.* (2009), “Promotion of physical activity in the European region: content analysis of 27 national policy documents”, *Journal of Physical Activity & Health*, 6(6), pp. 805–817.
- Davies, Maggie e Jessica Kepford (2006), “Planning a health promotion intervention”, in Davies, Maggie e Wendy Macdowall (ed.s), *Health Promotion Theory*, Berkshire, England, Open University Press, pp. 151-168.
- De Leeuw, Evelyne, Carole Clavier e Eric Breton (2014), “Health policy – why research it and how: health political science”, *Health Research Policy and Systems*, 2014, 12 (1), pp. 55-65.
- DGS (2002), *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director Geral e Alto-Comissário da Saúde*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- DGS (2015), *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*, Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- DGS (2016), *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*, Lisboa, DGS (online).
- Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-e-bem-estar-documento-em-discussao-publica.aspx>.
- DGS (2016), *A Saúde dos Portugueses*, Lisboa, Direcção Geral da Saúde (online).
- Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%c3%bade%20dos%20Portugueses%202016.pdf>.
- Dias, Maria do Rosário *et al.* (2004), “Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia?”, *Análise Psicológica*, 3 (XXII), pp. 463-473.
- Dias, Sónia e Ana Gama (2019), *Introdução à Investigação Qualitativa em Saúde Pública*, Coimbra, Almedina Editora.
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa sem Acordo Ortográfico (2003-2017), Porto: Porto Editora (online).

Disponível em: [www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa-ao/boas-práticas](http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa-ao/boas-praticas).

- Ding, Ding *et al.* (2016), “The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases”, *The Lancet*, 388 (10051), 1311–1324.
- Dobbins, Maureen *et al.* (2013), “School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18 (Review)”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, John Wiley & Sons, Ltd.
- Draper, Nick e Gareth Stratton (2019), “Physical activity: A multi-disciplinary introduction”, in Draper, N. e G. Stratton (Ed.s), *Physical activity: A Multi-disciplinary Introduction*, New York, Routledge, pp.3-7.
- Dudley, Dean (2015), “A Conceptual Model of Observed Physical Literacy”, *The Physical Educator*, 72, pp. 236–260.
- Dudley, Dean *et al.* (2017), “Critical Considerations for Physical Literacy Policy in Public Health, Recreation, Sport, and Education Agencies”, *Quest*, 69(4), 436–452.
- Dudley, Dean (2015), “A Conceptual Model of Observed Physical Literacy”, *The Physical Educator*, 72, pp. 236–260.
- Dunton, Genevieve, Michael Cousineau e Kim Reynolds (2010), “The intersection of public policy and health behavior theory in the physical activity arena”, *Journal of Physical Activity & Health*, 7 Suppl. 1, pp. 91–98.
- Edwards, Lowri *et al.* (2017), “Definitions, Foundations and Associations of Physical Literacy: A Systematic Review”, *Sports Medicine*, 47(1), pp. 113–126.
- Edwards, Lowri *et al.* (2018), “‘Measuring’ Physical Literacy and Related Constructs: A Systematic Review of Empirical Findings”, *Sports Medicine*, 48(3), pp. 659–682.
- Edwards, Peggy e Agis Tsouros (2006), *Promoting physical activity and active living in urban environments – The Solid Facts*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.  
Disponível em: [www.euro.who.int/document/e89498.pdf](http://www.euro.who.int/document/e89498.pdf).
- Edwards, Peggy e Agis Tsouros (2008), *A Healthy City is an Active City: a physical activity planning guide*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Ek, Amanda (2011), *Promoting public health by Physical activity on Prescription with focus on organized exercise*, Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Göteborg, Suécia, Nordic School of Public Health.
- Estabrooks, Paul (2017), “Physical activity promotion and translational research”, *Translational Behavioral Medicine*, 7 (1), pp. 1–2.
- Estorninho, Maria e Tiago Macieirinha (2014), *Direito da Saúde*, Lisboa, Univ. Católica Editora.
- EU-RICHE (2013), “Research Inventory of Child Health: A Report on Roadmaps for the Future of Child”, *Health Research in Europe*, 2013 (8).  
Disponível em: [www.childhealthresearch.eu](http://www.childhealthresearch.eu)
- Evenson, Kelly *et al.* (2015), “Evaluation of the Physical Activity and Public Health Course for

- Researchers”, *Journal of Physical Activity and Health*, 12, pp. 1052-1060.
- Exworthy, Mark (2008), “Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process”, *Health Policy and Planning*, 23, pp. 318–327.
- Fafard, Patrick (2008), “Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences”. *National Collaborating Centre for Healthy Public Policy* (online)  
Disponível em: [https://www.ncchpp.ca/165/Publications.ccnpps?id\\_article=160](https://www.ncchpp.ca/165/Publications.ccnpps?id_article=160) .
- Ferrinho, Paulo *et al.* (2006), “Sixty years of reform in the Portuguese health system: what is the situation with regard to decentralization? Viewpoint”, *Revue française des affaires sociales*, 6, pp. 297-312.
- Fertman, Carl, Diane Allensworth e Elaine Auld (2010), “What Are Health Promotion Programs?” in Fertman, C e D. Allensworth (ed.s), *Health promotion programs: from theory to practice*, S. Francisco, U.S., Society for Public Health Education, Jossey-Bass, pp. 3-28.
- Flick, Uwa (2009), *An Introduction to Qualitative Research*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Foster, Charles (2000), *Guidelines for Health-Enhancing Physical Activity Promotion Programmes*, European Network for Promotion of HEPA.  
Disponível em: <http://www.panh.ch/hepaeurope/materials/Guidelines HEPA Europe.pdf>.
- Freiler, Alix *et al.* (2013), “Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP)”, *Journal of Epidemiology Community Health*, 47, pp. 1068-1072.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia, GFK (2017), “Portugueses, o exercício físico e o sedentarismo”, folheto divulgado pelos meios de comunicação social.
- Galloway, Susan (2011), *C21 Literacy: What is it, and how do we get it? A Creative future think tank*, Glasgow, University of Glasow – Centre for Cultural Policy Research (online).  
Disponível em [http://www.gla.ac.uk/media/media\\_231168\\_en.pdf](http://www.gla.ac.uk/media/media_231168_en.pdf)
- Garbe, Christine, Renate Valtin e David Mallows (2015), *European Framework of Good Practices in Raising Literacy Levels of Children, Adolescents and Adults*, ELINET, The European Commission.
- Garradas, Susana (2019), *O papel da Motricidade Humana na Promoção da Saúde, Resiliência e Coesão Familiar*, Tese de Doutoramento em Ecologia Humana apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Gelius, Peter e Alfred Rütten (2017), “Conceptualizing structural change in health promotion: why we still need to know more about theory”, *Health Promotion International*, pp. 1–8.
- Gelius, Peter, Sven Messing e Karim Abu-Omar (2019), “Nine types of recommendations, guidelines and policies: an exploratory test of a proposed typology on physical activity promotion documents”, *Archives of Public Health*, 77(1), pp.1–7.
- George, Francisco (2004), *Histórias de Saúde Pública*, Lisboa, Livros Horizonte Lda.
- Giblin, Susan, Dave Collins, e Chris Button (2014), “Physical literacy: importance, assessment and future directions”, *Sports Medicine*, 44(9), pp. 1177–1184.
- Gilson, Lucy (2012), “Introduction to Health Policy and Systems Research”, in Gilson, L. (ed.), *Health*

- Policy and Systems Research: A Methodology Reader - The Abridged Version*, Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization.
- Glanz, Karen e Barbara Rimer (2005), *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*, S. Francisco, U.S. Department of Health and Human Services.
- Gomes, João S. (2016), “Governança, políticas públicas e direito: uma perspectiva integrada de avaliação”, *Revista de Administração e Emprego Público*, 3, pp. 111-131.
- Gonçalves, Célia e Vitor Ramos (2010), *Cidadania e Saúde: Um Caminho a Percorrer*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Publica.
- Gostin, Lawrence e Devi Sridhar (2014), “Global Health and the Law”, in *The New England Journal of Medicine*, 370(18), Massachusetts Medical Society, pp. 1732-1740.
- Griggs, Steven (2007), “Rational Choice in Public Policy: The Theory in Critical Perspective”, in Frank Ficher, Gerald Miller e Mara Sidney (ed.s) *Handbook of Public Policy Analysis – Theory, Politics, and Methods*, Newark, CRC Press, pp. 173-185.
- Guthold, Regina, *et al.* (2018), “Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1,9 million participants”. *The Lancet Global Health*, 6(10), pp.1077–1086.
- Guzman, Andrew (2005), “The Design of International Agreements”, *European Journal of International Law*, 16 (4), pp. 579–612.
- Guzman, Andrew e Timothy Meyer (2010), “International Soft Law”, *Journal of Legal Analysis*, 2 (1), pp. 171–225.
- Hagströmer, Maria (2007), *Assessment of Health-Enhancing Physical Activity at Population Level*, Stockholm, University service US-AB - Karolinska Institutet.
- Halcomb, Elizabeth (2018), “Mixed methods research: The issues beyond combining methods”, *J Adv Nurs.*, 75, pp. 499–501.
- Hallal, Peter, *et al.* (2012), “Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects”, *The Lancet, Special Series*, July, pp. 20-30.
- Heath, Gregory *et al.* (2006), “The Effectiveness of Urban Design and Land Use and Transport Policies and Practices to Increase Physical Activity: A Systematic Review”, *Journal of Physical Activity and Health*, 3, Suppl. 1, pp. 55-76.
- Heath, Gregory *et al.* (2012), “Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world”, *The Lancet, Special Series*, July, pp. 45-54.
- Hill, Michael (2013), *The Public Policy Process*, 6<sup>a</sup> ed., New York, Routledge.
- Horodyska, Karolina *et al.* (2015), “Good practice characteristics of diet and physical activity interventions and policies: an umbrella review”, *BMC Public Health*, 15:19, pp. 1250-1265.
- Howard, Rob e Stephen Gunther (2012), *Health in All Policies: An EU literature review 2006 – 2011 and interview with key stakeholders*, European Parliament, Equity Action (online).
- Disponível em: <http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/04/HiAP-Final-Report.pdf>.



- Hunter, Ruth *et al.* (2015), “Addressing inequalities in physical activity participation: Implications for public health policy and practice”, *Preventive Medicine*, 72, pp. 64–69.
- Huston, Robert (2013), *Literacy in Modern Europe: Culture and Education 1500-1800*, 2ª ed., New York, Routledge.
- IDP - Instituto do Desporto de Portugal (2009), *Orientações da União Europeia para a Actividade Física - Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar*, Lisboa, Estrelas de Papel.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2014), *Inquérito Nacional de Saúde 2014*, Lisboa-Portugal, Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- IOM – Institute of Medicine (2004), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, Washington DC, USA, National Academies Press.
- Irwin, Alec *et al.* (2006), “The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities”, *PLoS Medicine*, 3 (6), pp. 749-751.
- ISCA-International Sport and Culture Association (2015), *The economic cost of Physical Inactivity*, Centre for Economics and Business Research, London, UK.
- ISPAH-International Society for Physical Activity and Health (2016), *The bangkok declaration on physical activity for global health and Sustainable development* (online).  
Disponível em: [https://ispah.org/wpcontent/uploads/2019/08/BKK\\_Declaration\\_English.pdf](https://ispah.org/wpcontent/uploads/2019/08/BKK_Declaration_English.pdf).
- Izquierdo, Mikel, Gustavo Duque e John E Morley (2021), “Physical activity guidelines for older people: knowledge gaps and future directions”, *The Lancet Healthy Longevity*, 2, pp. 380-383.
- Jack Jr., Leonard *et al.*, (2010), “Theory in Health Promotion Programs”, in Fertman, C e D. Allensworth (ed.s), *Health promotion programs: from theory to practice*, S. Francisco, U.S., Society for Public Health Education, Jossey-Bass, pp. 57-88.
- Jann, Werner e Kai Wegrich (2007), “Theories of the Policy Cycle” in Frank Fischer, Gerald Miller e Mara Sidney (ed.s), *Handbook of Public Policy Analysis – Theory, Politics, and Methods*, Newark, CRC Press, pp. 43-62.
- JANPA (Joint Action on Nutrition and Physical Activity) (2015), “Definition and criteria of good practice for childhood obesity prevention programs in kindergartens and schools”, *WP6 Healthy environments by integrated approaches*, European Commission (online).  
Disponível em: <http://www.janpa.eu/work/wp6Activities.asp>.
- Kahlmeier, Sonja *et al.* (2014), “A systematic overview of institutions and bodies active in physical activity promotion in Europe”, in *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 62 (2), pp.13–18.
- Kallings, Lena (2008), *Physical Activity on Prescription: Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*, Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Stockholm, Karolinska Institutet.
- Keefe, Elizabeth e Copeland, Susan (2011), “What Is Literacy? The Power of a Definition”, *Research*

- & *Practice for Persons with Severe Disabilities*, 36 (3-4), pp. 92–99.
- Kelly, Mike (2006), “Application of models of behaviour change”, in Davies, Maggie e Wendy Macdowall (ed.s), *Health Promotion Theory*, Berkshire, England, Open University Press, pp. 141-150.
- Kickbusch, Ilona (2009), “In search of the public health paradigm for the 21st century: the political dimensions of public health”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública – nº Especial*, 11-19.
- Kickbusch, Ilona (2010a), “Health in All Policies: the evolution”, in Kickbusch, I. e K. Buckett, (ed.), *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*, Government of South Australia, pp. 3-7.
- Kickbusch, Ilona (2010b), “Health in All Policies: the evolution of the concept of horizontal health governance”, in Ilona Kickbusch e Kevin Buckett, (ed.s), *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010, Government of South Australia*, pp. 11-23.
- Kickbusch, Ilona (2015), “The political determinants of health—10 years on”, *BMJ Clinical Research*, 350 (h81), pp.1-2.
- Kickbusch, Ilona e Kevin Buckett, (2010), (ed.), *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*, Government of South Australia.
- Kickbusch, Ilona e David Gleicher (2012). *Governance for Health in The 21st century*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe.
- King, Abby e James Sallis (2009), “Why and how to improve physical activity promotion: Lessons from behavioral science and related fields”, *Preventive Medicine*, 49, pp. 286–288.
- King, Abby *et al.* (2002), “Theoretical Approaches to the Promotion of Physical Activity: Forging a Transdisciplinary Paradigm”, *American Journal of Preventive Medicine*, 23 (2), pp. 15–25.
- King, Gillian *et al.* (2009), “The Enjoyment of Formal and Informal Recreation and Leisure Activities: A comparison of school-aged children with and without physical disabilities”, *International Journal of Disability, Development and Education*, 56 (2), pp. 109–130.
- Kingdon, John (2014), *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2<sup>a</sup> ed., London, Pearson Education Limited.
- Kjellstrom, Tord *et al.* (2007), *Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings*, Kobe, Japan, WHO Kobe Centre.
- Kleczkowski, Bogdan, Milton Roemer e Albert Van Der Werff (1984), *National health systems and their reorientation towards health for all – Guidance for policy-makers*, Geneva, World Health Organization.
- Knoepfel, Peter *et al.* (2007), *Public Policy Analysis*, Bristol, The Policy Press.
- Koivusalo, Meri (2006), “Moving health higher up the European agenda”, in Timo Stahl *et al.* (ed.s), *Health in All Policies: Prospects and Potentials*, Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
- Kumar, Sanjiv e GS Preetha (2012) “Health Promotion: An Effective Tool for Global Health”, *Indian J*



*Community Med*, Vol. 37(1), pp.5-12.

- Leggett, Gemma (2008), *A changing picture of health: health-related exercise policy and practice in physical education curricula in secondary schools in England and Wales*, Tese de Doutoramento em Filosofia, Reino Unido, Loughborough University.
- Leppo Kimmo e Viroj Tangcharoensathien (2013), “The health sector’s role in HiAP”, in Leppo, K., *et al.* (ed.), *Health in All Policies - Seizing Opportunities, Implementing Policies*, Helsínquia, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, pp. 309-324.
- Leppo, Kimmo *et al.* (2013), “Lessons for policy-makers”, in Kimmo Leppo *et al.* (ed.s), *Health in All Policies - Seizing Opportunities, Implementing Policies*, Helsínquia, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, pp.325-337.
- Lieberman, Lisa, Shelley Golden e Jo Anne Earp (2013) “Structural approaches to health promotion: what do we need to know about policy and environmental change?”, *Health Education & Behavior*, 40(5), pp. 520-525.
- Leu, Donald J., *et al.* (2013), “New Literacies: A Dual-Level Theory of the Changing Nature of Literacy, Instruction, and Assessment”, *Journal of Education*, 197(2), pp. 1–18.
- Lima, Dartel, Renata Levy e Olinda Luiz (2014), “Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades”, *Rev. Panam Salud Publica*, 36(3), pp. 164–170.
- Lin, Vivian *et al.* (2012), “Synthesizing the evidence: how governance structures can trigger governance actions to support Health in All Policies”, in David McQueen *et al.* (2012) (ed.s), *Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences*, Observatory Studies nº 26, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhaga, Dinamarca, pp. 23-55.
- Lopes, Catarina (2013), “A avaliação de políticas públicas em Portugal: marcos de um desenvolvimento incipiente”, comunicação apresentada no IV Colóquio Internacional de Doutorandos/as do CES | "Coimbra C: Dialogar com os Tempos e os Lugares do(s) Mundo(s)", FEUC, 6 e 7, Coimbra.
- Lourenc, Theo *et al.* (2014), “Cultures of evidence across policy sectors: systematic review of qualitative evidence”, *European Journal of Public Health*, 24 (6), pp.1041–1047.
- Loureiro, Isabel e Natércia Miranda (2010), *Promover a Saúde - Dos Fundamentos à Acção*, Coimbra, Almedina Editora.
- Loureiro, Isabel, Natércia Miranda e José Pereira Miguel (2013), “Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), pp. 23–31.
- Mackenback, Johan (2014), “Political determinants of health”, *European Journal of Public Health*, 24 (1), p. 2.
- MacKenzie, Jason *et al.* (2015), “Does proximity to physical activity infrastructures predict maintenance of organized and unorganized physical activities in youth?”, *Preventive Medicine Reports*, 2, pp. 777–782.
- Mackett, Roger e Melinda Brown (2011), “Transport, Physical Activity and Health: Present knowledge

- and the way ahead”, *UK Transport Research Centre*, (December), pp. 1-146.
- Mandigo, Francis, N., Lodewyk, K., & Lopez, R. (2009), “Physical Literacy for Educators”, *Physical & Health Education Journal*, 75(3), pp. 27–30.
- Martin, Brian *et al.* (2006), “Evidence-based physical activity promotion - HEPA Europe, the European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity”, *Journal of Public Health*, 14(2), pp. 53–57.
- Martin-Diener, Eva *et al.* (2014), “10 Years of HEPA Europe: What made it possible and what is the way into the future?2”, *Schweizerische Zeitschrift Fur Sportmedizin Und Sporttraumatologie*, 62(2), pp. 6-12.
- Martins, Maria do Céu (2005), “A Promoção da saúde: percursos e paradigma” (online).  
Disponível em:  
<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>.
- McGinnis, J. Michael, Pamela Williams-Russo e James Knickman (2002), “The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion”, *Health Affairs* 21, n° 2, pp. 78-93.
- McLeroy, Kenneth *et al.* (1988), “An ecological perspective on health promotion programs”, *Health Education Quarterly*, vol. 15 (4), pp. 351-377.
- McQueen, *et al.* (2012), “Introduction: Health in All Policies, the social determinants of health and governance”, in David McQueen *et al.* (2012) (Ed.s), *Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences*, Observatory Studies n° 26, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhaga, Dinamarca, pp. 3-22.
- Mendes, Romeu, Nelson Sousa e Themudo Barata (2011), “Actividade Física e Saúde Pública: Recomendações para a Prescrição de Exercício”, *Acta Med Port.*, 24, pp. 1025–1030.
- Mertens, Donna (2018), *Mixed Methods Designs in Evaluation*, Vol. 1, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Michellini, Enrique (2015), *The role of sport in health-related promotion of physical activity: The perspective of the health system*, Dortmund, Springer Science and Business Media.
- Middelbeek, Lideke e Sonja (2010), *Review of physical activity promotion policy development and legislation in European Union Member States*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe.
- Milio, Nancy de (1981), *Promoting Health Through Public Policy*, Philadelphia, USA, F. A. Davis Company.
- Milio, Nancy de (1988a), “Public Policy as the cornerstone for a new public health: local and global beginnings”, *Family & Community Health*, vol. 11 (2), pp. 57–71.
- Milio, Nancy de (1988b), “Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies”, *Health Promotion*, vol. 2 (3), pp. 263-274.
- Milio, Nancy de (2001a), “Glossary: healthy public policy”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, pp. 622–623.

- Milio, Nancy de (2001b), “Evaluation of health promotion: tracking a moving target”, in Rootman, Irving *et al.* (ed.s), *Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives*, Denmark, WHO Regional Publications, European Series, n° 92, pp. 365-385.
- Milton, Beth *et al.* (2011) (Ed.s), How can the health equity impact of universal policies be evaluated? Insights into approaches and next steps, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe (online). Disponível em: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0019/155062/E95912.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/155062/E95912.pdf).
- Ministério da Saúde (1999), *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos*, 2 vols., Lisboa, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2012), *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde 2018*, Lisboa, Ministério da Saúde (online). Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf).
- Moloughney, Brent (2012), “The use of policy frameworks to understand public health-related public policy processes a literature review: final report”, *Canadian Electronic Library*, Ontário, Peel Public Health (Online) Disponível em [https://www.peelregion.ca/health/library/pdf/Policy\\_Frameworks.PDF](https://www.peelregion.ca/health/library/pdf/Policy_Frameworks.PDF).
- Morestin, Florence. (2012), “A Framework for Analyzing Public Policies: Practical Guide”, *National Collaborating Center for Healthy Policy*, 1536 (September).
- Morgan, Antony (2006), “Evaluation of health promotion”, in Davies, Maggie e Wendy Macdowall (ed.s), *Health Promotion Theory*, Berkshire, England, Open University Press, pp. 169-187.
- Morris, Jerry *et al.* (1953), “Coronary Heart-Disease and Physical Activity of Work”, *The Lancet*, 262 (6796), pp. 1053–1057.
- Morse, Janice (1991), “Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation”, *Nursing Research*, 40, pp.120–123.
- Navarro, Vicente (2008), “Politics and health: a neglected area of research”, *European Journal of Public Health*, 18 (4), pp. 354–356.
- Neiman, Andrea e Mary Hall (2007), “Urbanization and health promotion challenges and opportunities”, in McQueen, David e Catherine Jones, (ed.s), *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*, Nova Iorque, Springer, pp. 201–224.
- Nutbeam, Don (1998), “Health promotion glossary”, *Health Promotion International*, 13(4), pp. 349-364
- Nutbeam, Don (2017), “Discussion paper on promoting, measuring and implementing health literacy”, Sydney, Australia, WHO, pp. 1–29 (online). Disponível em: <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/background.pdf?ua=1>.

- Nutbeam, Don, Bronwyn McGill e Pav Premkumar, (2018), “Improving health literacy in community populations: A review of progress”, *Health Promotion International*, 33(5), pp. 901–911.
- Nutley, Sandra e Isabel Walter (2007), *Using Evidence: How to Research Can Inform Public Services*, Bristol, The Policy Press.
- Oja, Pekka e Sylvia Titze (2011), “Physical activity recommendations for public health: development and policy context”, *The EPMA Journal*, 2(3), pp. 253–259.
- Oliver, Thomas (2006), “The Politics of Public Health Policy”, *Annu. Rev. Public Health*, 27, pp.195–233.
- Oliver, Adam e Elias Mossialos (2004), “Equity of access to health care: outlining the foundations for Action”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, pp. 655–658.
- Ollila, Eeva, Fran Baum e Sebastian Peña (2013), “Introduction to Health in All Policies and the analytical Framework of the book”, in Kimmo Leppo *et al.* (ed.s), *Health in All Policies - Seizing Opportunities, Implementing Policies*, Helsinquia, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, pp.3-24.
- OPSS (2001), *Conhecer os Caminhos da Saúde – Relatório da Primavera 2001*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ostrom, Elinor (2007), “Institutional Rational Choice: An Assessment of the Institutional Analysis and Development Framework”, in Paul Sabatier (ed.), *Theories of the Policy Process*, California, Westview Press, pp. 21-64.
- Padilla, Beatriz, Sonia Hernández-Plaza e Alejandra Ortiz (2012), “Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política”, *Fórum Sociológico*, 22 -1, pp. 33-41.
- Pedersen, Bente e Brian Saltin (2015), “Exercise as medicine - Evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases”, *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 25, pp. 1-72.
- Perales, Daniel *et al.* (2010), “Evaluating and Improving a Health Promotion Program”, in Fertman, C e D. Allensworth (ed.s), *Health promotion programs: from theory to practice*, S. Francisco, U.S., Society for Public Health Education, Jossey-Bass, pp. 259-290.
- Perry, Kevin *et al.* (2004) (org), *Performance Measurement: A Reference Guide*, Ontário - Canadá, Queen’s Printer.
- Peters, B. Guy e Jon Pierre (2006), “Governance, Government and the State”, in Hay, Colin, Michael Lister e David Marsh (ed.s), *The State - Theories and Issues*, New York, Palgrave Macmillan, pp. 209-222.
- Piatkowska Mónica, Ingrid Ružbarská (2011), “The Evolution of Physical Activity Guidelines”, *Baltic journal of health and physical activity*, Gdansk University Education and Sport in Gdansk, 3 (4), pp. 299-310.
- Pot, Niek, Margaret Whitehead e Elizabeth Durden-Myers (2018), “Physical Literacy: From Philosophy to Practice”, *Journal of Teaching in Physical Education*, 37, pp. 246-251.

- Potter, Jonathan e Margaret Wetherell (2002), “Analyzing Discourse”, in Bryman, Alan e Robert Burgess (Ed.s), *Analyzing Qualitative Data*, New York, Taylor & Francis.
- Potvin, Louise e Carmelle Goldberg (2007), “The Roles of Evaluation in Transforming Health Promotion Practice”, *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, pp. 347–360.
- Potvin, Louise e Catherine Jones (2011), “Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health”, *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), pp. 244–248.
- Pratt, Michael *et al.* (2004), “Economic interventions to promote physical activity: Application of the SLOTH model”, *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3 Suppl.), pp. 136–145.
- Pratt, Michael *et al.* (2014), “The cost of physical inactivity: moving into the 21<sup>st</sup> century”, *British Journal of Sports Medicine*, 48, pp. 171-173.
- Quaglio, Ginaluca *et al.* (2017), “Accelerating the health literacy agenda in Europe”, *Health Promotion International*, 32(6), 1074–1080.
- Quivy, Raymond e Luc Van Campenhoudt (2013), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 6<sup>a</sup> Edição, Lisboa, Gradiva Editora.
- Raingruber, Bonnie (2014), “Health Promotion Theories”, in Raingruber, B., *Contemporary Health Promotion in Nursing Practice*, New York, U.S.A., Jones & Bartlett Learning, pp. 53-94.
- Raphael, Dennis (2006), “Social Determinants of Health: Present Status, Unanswered Questions, and Future Directions”, *International Journal of Health Services*, 36(4), pp. 651–677.
- Raustiala, Kal (2005), “Form and Substance in International Agreements”, *The American Journal of International Law*, 99(3), pp. 581-614.
- Rego, Inês (2011a), “Políticas Públicas Saudáveis: Estudo de Caso Português”, Dissertação de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.
- Rego, Inês (2011b), *Políticas Públicas Saudáveis – Plano Nacional de Saúde 2011-2016*, Lisboa, Alto Comissariado para a Saúde – Universidade Nova de Lisboa.
- Reis, Rodrigo *et al.* (2016), “Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving”, *The Lancet 2016 Special Series* (online).  
Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30728-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30728-0/fulltext)
- Richard, Lucie, Lise Gauvin e Kim Raine (2011), “Ecological Models Revisited: Their Uses and Evolution in Health Promotion Over Two Decades”, *Annu. Rev. Public Health*, 32, pp. 307–326.
- Richards, Elizabeth (2015), “The Evolution of Physical Activity Promotion”, *American Journal of Nursing*, 115(8), pp. 50–54.
- Rickwood, Greg (2013), “School Culture and Physical Activity: A Systematic Review”, *Canadian Journal of Educational Administration and Policy*, 143, pp. 1-51.
- Riso, Brígida (2013), “A construção da escola como lugar de saúde - Contributo para uma reflexão sobre as políticas de saúde escolar na sociedade portuguesa contemporânea”, *Educação, Sociedade & Culturas*, 38, pp. 77-97.

- Ritchie, Jane e Liz Spencer (2002), "Qualitative data analysis for applied policy research", in Bryman A, Burges RG (eds.), *Analyzing Qualitative Data*, London and New York: Taylor & Francis. pp. 173–194.
- Rodrigues, Ana (2011), "Crise: Factor de impacto na gestão das unidades de saúde", *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, Vol.3, pp. 5-11.
- Roeter, Paul e Lynn MacDonnald (2015), "Unpacking the physical literacy concept for K-12 physical education: What should we expect the learner to master?", *Journal of Sport and Health Science*, 4(2), pp. 108–112
- Rootman, Irving *et al.* (2001), "A framework for health promotion evaluation" in Rootman, Irving *et al.* (ed.s), *Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives*, Denmark, WHO Regional Publications, European Series, nº 92, pp. 7-38.
- Rudolph, Linda *et al.* (2013), *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute.
- Rütten, Alfred *et al.* (2003), "Determinants of health policy impact: a theoretical framework for policy analysis", *Sozial und Präventivmedizin*, 48 (5), pp. 293-300.
- Rütten, Alfred *et al.* (2013), "Physical inactivity as a policy problem: applying a concept from policy analysis to a public health issue", *Health Research Policy and Systems*, 2013, 11 (9), pp. 1-9.
- Rütten, Alfred *et al.* (2014), "Supportive Environments for Physical Activity, Community Action, and Policy in 8 European Union Member States: Comparative Analysis and Specificities of Context", *Journal of Physical Activity and Health*, 11, pp. 873-883
- Saan, Hans e Marilyn Wise (2011), "Enable, mediate, advocate", *Health Promotion International*, 26 (S2), pp. 187-193.
- Sabatier, Paul (2007), "The Need for Better Theories" in Paul Sabatier (ed.), *Theories of the Policy Process*, California, Westview Press, pp. 3-17.
- Sabatier, Paul e Christopher Weible (2007), "The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications", in Paul Sabatier (ed.), *Theories of the Policy Process*, California, Westview Press, pp. 189-220.
- Sakellarides, Constantino (2000), "Direcção Estratégica e Gestão de Expectativas no Sistema de Saúde Português: O Papel de um Observatório para os Sistemas de Saúde", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(1), pp. 27–34.
- Sakellarides, Constantino *et al.* (2009), *O futuro do sistema de saúde português - Saúde 2015*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.
- Salamon, Lester (2002), "The New Governance the Tools of Public Action: Na introduction", in Salamon, L. (ed.), *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*, Nova Iorque, Oxford University Press, pp. 1-47.
- Sallis, James, Adrian Bauman e Michael Pratt (1998), "Environmental and policy interventions to

- promote physical activity”, *American Journal of Preventive Medicine*, 15 2(4), pp. 379–397.
- Sallis, James e Neville Owen (1999), *Physical activity & behavioral medicine*, London, Sage Publications, citado por Seabra, André *et al.* (2008), “Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes”, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(4), pp.721-736.
- Sallis, James, Neville Owen e Edwin Fisher (2008), “Ecological models of health behavior”, in Glanz, Karen, Barbara Rimer e K. Viswanath (ed.s), *Health behavior and health education : theory, research, and practice*, 4ª ed., San Francisco, U.S., Jossey-Bass, pp. 465-485.
- Sallis, James *et al.* (2006), “An Ecological Approach to Creating Active Living Communities”, *Annual Review of Public Health*, 27(1), pp. 297–322.
- Sallis, James *et al.* (2016a), “Progress in physical activity over the Olympic quadrennium”, *The Lancet 2016 Special Series*, pp. 1325-1336 (online).  
Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(16\)30581-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(16)30581-5/fulltext).
- Sallis, James *et al.* (2016b), “Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study”, *The Lancet*, 387, pp. 2207–2217.
- Salmon, Jo *et al.* (2000), *Potential Approaches for the Promotion of Physical Activity - A review of the literature*, Burwood - Australia, School of Health Sciences, Deakin University.
- Schlanger, Edella (2007), “A Comparison of Frameworks, Theories, and Models of Policy Processes” in Paul Sabatier (ed.), *Theories of the Policy Process*, California, Westview Press, pp. 293-319.
- Schmid, Thomas, Michael Pratt e Lindsay Witmer (2006), “A Framework for Physical Activity Policy Research”, in *Journal of Physical Activity and Health*, 3, (Supl 1), S20-S29.
- Schöppe, Stephanie, Adrian Bauman e Fiona Bull (2004), *International Review of National Physical Activity Policy: A literature review*, School of Public Health University of Sydney University of Western Australia, Report nº. CPAH04-0002 (December).
- Seabra, André *et al.* (2008), “Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes”, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(4), pp.721-736.
- Sena, Catarina, Paulo Ferrinho e José Pereira Miguel (2006), “Planos e programas de saúde em Portugal: Questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais”, *Rev. Port. de Saúde Pública*, 24(3), pp. 5-19.
- Serapioni, Mauro (2016), “Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas”, *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XXXI (31), pp. 59–80.
- Shelton, Dinah (2009), “Soft Law”, in David Armstrong (ed.), *Routledge Handbook of International Law*, New York, Routledge, pp. 68-80.
- Shi Leiyu, Jenna Tsai, Kao Senyeong (2009), “Public Health, Social Determinants of Health, and Public Policy”, *Journal of Medical Sciences*, 29 (2), pp. 43-59.



- Sihto, Marita, Eeva Ollila e Meri Koivusalo (2006), “Principles and challenges of Health in All Policies”, in Timmo Stahl *et al.* (ed.s), *Health in All Policies: Prospects and Potentials*, Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, pp. 3-20.
- Silverman, David (2000), *Doing qualitative research: A practical handbook*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Simões, Jorge (2005), *Retrato Político da Saúde*, Coimbra, Almedina Editora.
- Sørensen, Kristine *et al.* (2012), “Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models”, *BMC Public Health*, 12(80), pp.1-13.
- Sparke, Matthew (2009), “Unpacking economism and remapping the space of global health”, in Adrian Kay e Owain Williams (ed.s), *Global health governance: Crisis, Institutions and Political Economy*, London, UK, Palgrave, pp. 131-159.
- St-Pierre, Louise (2009), *Governance tools and framework for Health in All Policies*, Canadá, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (online).
- Disponível em:  
[http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie\\_Governance\\_tools\\_and\\_framework.pdf](http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_Governance_tools_and_framework.pdf)
- Street, Brian (2005), “Understanding and defining literacy”, *Background paper for EFA Global Monitoring Report 2006*, Unesco Digital Library (online).
- Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146186>.
- Swinburn, Boyd, T. Gill e S. Kumanyika (2005), “Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action”, *Obesity Reviews*, 6, pp. 23-33.
- Taylor, Jane, Lily O’Hara e Margaret Barnes (2014), “Health Promotion: A Critical Salutogenic Science”, *International Journal of Social Work and Human Services Practice Horizon*, 2(6), pp. 283-290.
- Teixeira, Pedro (2017), “Quanto custa a inatividade física em Portugal?”, *Jornal Público* de 12/02/2017.
- Tengland, Per-Anders (2016), “Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Goals”, *Health Care Analysis*, 24(1), pp. 24–46.
- Terris, Milton (1992), “Concepts oh health promotion: Dualities in public health theory”, *Journal of Public Health Policy*, 13, pp. 267-276.
- The Aspen Institute (2015a), *Physical literacy in the United States: A Model, Strategic Plan, and Call to Action*. Project Play: Sports and Society Program, 1–35 (online).
- Disponível em: [www.AspenInstitute.org](http://www.AspenInstitute.org)
- The Aspen Institute (2015b), *Physical literacy: A global environmental scan*, Washington D.C, The Aspen Institute (online).
- Disponível em:  
<https://assets.aspeninstitute.org/content/uploads/files/content/docs/pubs/GlobalScan.pdf>
- Toebes, Brigit (2015), “International health law: an emerging field of public international law”, *Indian Journal of International Law*, 55 (3), pp. 299-328.



- Tones, Keith (2002), “Health promotion, health education and the public health”, in Oxford Textbook of Public Health, Vol. 2, Oxford University Press, pp. 829-863, citado por Loureiro, Isabel e Natércia Miranda (2010), *Promover a Saúde - Dos Fundamentos à Acção*, Coimbra, Almedina Editora.
- True, James, Bryan Jones e Frank Baumgartner (2007), “Punctuated-Equilibrium Theory”, in Paul Sabatier (ed), *Theories of the Policy Process*, California, Westview Press, pp. 155-187.
- UNESCO (2005), *Education For All: Literacy For Life; EFA Global Monitoring Report*, Paris, Unesco.
- UNESCO (2014), *World-wide Survey of School Physical Education Final*, Paris, Unesco.
- União Europeia (2008), “Orientações da UE para a promoção da actividade física - Acções recomendadas para apoiar a actividade física benéfica para a saúde”, *EU Work Plan for Sport 2014-2017* (online).  
Disponível em: [http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy\\_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_pt.pdf).
- União Europeia (2014), *Compreender as Políticas da União Europeias: Saúde Pública*, Comissão Europeia, Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia (online).  
Disponível em: [http://publications.europa.eu/resource/ellar/62b545a4-d66f-4a41-8cc3-67757953546b.0002.02/DOC\\_1](http://publications.europa.eu/resource/ellar/62b545a4-d66f-4a41-8cc3-67757953546b.0002.02/DOC_1).
- União Europeia (2019), *State of Health in the EU: Companion Report 2019*, Comissão Europeia, Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia (online).  
Disponível em: <https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/38894d8e-0cf3-11ea-8c1f-01aa75ed71a1/language-pt>.
- UP – Universidade do Porto (2017), *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física IAN-AF 2015-2016*; Universidade do Porto (online).  
Disponível em: <https://ian-af.up.pt/resultados>.
- U.S. Department of Health and Human Services (1996), *Physical Activity and Health, A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- U.S. Department of Health and Human Services (2008), *Physical Activity Guidelines for Americans* (online).  
Disponível em: [www.health.gov/paguidelines](http://www.health.gov/paguidelines).
- Vuori, Ilkka (2018), “World Health Organization and Physical Activity”, in *Progress in Preventive Medicine*, 3(1), pp. 1-7.
- Von Lengerke, Thomas *et al.* (2004) “Research utilization and the impact of health promotion policy”, *Sozial- Und Praventivmedizin*, 49(3), pp. 185–197.
- W.K. Kellogg Foundation (2004): *Logic Model Development Guide*, Michigan, U.S., W.K Kellogg

Foudation (online).

Disponível em: <https://www.wkkf.org/resource-directory/resources/2004/01/logic-model-development-guide>.

Walt, Gill e Lucy Gilson (1994), “Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis”, *Health Policy and Planning*, Oxford University Press, 9 (4), pp. 353-370.

Warburton, Darren, Crystal Nicol e Shannon Bredin (2006), “Health benefits of physical activity: the evidence”, *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, Vol. 174(6), pp. 801–8099.

Weible, Christopher e Paul Sabatier (2007), “A Guide to the Advocacy Coalition Framework”, in Frank Ficher, Gerald Miller e Mara Sidney (ed.s) *Handbook of Public Policy Analysis – Theory, Politics, and Methods*, Newark, CRC Press, pp. 123-136.

Weiss, Carol (1999), “The Interface between Evaluation and Public Policy”, *Evaluation*, 5 (4), Sage Publications, pp. 568-486.

Whitehead, Margaret (2001),”The Concept of Physical Literacy”, *European Journal of Physical Education*, 6(2), pp. 127–138.

Whitehead, Margaret (2010), *Physical Literacy Throughout the Lifecourse*, New York, USA, Routeledge.

Whitehead, Margaret (2013), “Definition of Physical Literacy and Clarification of related Issues”, *ICSSPE Bulletin*, 65, pp. 29–34.

WHO (1986), *Intersectoral Action for Health – The Role of Intersectoral Cooperation in National Strategies for Health for All*, Geneva, Switzerland, WHO Press.

WHO (2003), *Health and Development Through Physical Activity and Sport*, Geneva, Switzerland, World Health Organization (online).

Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67796>.

WHO (2004a), *European Policy Health Impact Assessment – A Guide*, Geneva, Switzerland, WHO Press.

WHO (2004b), *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health* (online).

Disponível em:

[https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf).

WHO (2007), *Steps to Health: A European framework to promote physical activity for health*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe (online).

Disponível em: [www.euro.who.int/document/e90191.pdf](http://www.euro.who.int/document/e90191.pdf).

WHO (2009a), *A snapshot of the health of young people in Europe*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe.

WHO (2009b), *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, Geneva, Switzerland, WHO Press (online).

Disponível em:

[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).

- WHO (2010), *Global recommendations on physical activity for health*, Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- WHO (2012a), *Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe.
- WHO (2012b), *Handbook for Guideline Development*, Geneva, Switzerland, World Health Organization (online).  
Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf?ua=1).
- WHO (2013), *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*, Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- WHO (2013), *Health Literacy: The Solid Facts*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe.
- WHO (2014), *Global status report on noncommunicable diseases 2014*, Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- WHO (2015a), *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe.
- WHO (2015b), *Health in all policies: training manual*, Geneva, Switzerland, WHO.
- WHO (2015c), *Factsheets on Health Enhancing Physical Activity In the 28 European Union Member States of The Who European Region*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe.
- WHO (2016a), *Health Impact Assessment – Glossary* (online). Consultado em 08 de junho de 2016 (online).  
Disponível em: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>.
- WHO (2016b), *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe.
- WHO (2018a), *Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030: more active people for a healthier world*, Geneva, World Health Organization.
- WHO (2018b), *Fourteenth annual meeting of HEPA Europe*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe (online).  
Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2018/fourteenth-annual-meeting-of-hepa-europe-european-network-for-the-promotion-of-health-enhancing-physical-activity.-meeting-report-2018>.
- WHO (2018c), *Eighth meeting of the European Union Physical Activity Focal Points Network*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe (online).  
Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2018/report-of-the-8th-meeting-of-the-european-union-physical-activity-focal-points-network-2018>.
- WHO (2018d), *Factsheets on Health Enhancing Physical Activity In the 28 European Union Member States of The Who European Region*, Copenhagen, Denmark, WHO Office for Europe.
- WHO (2020), *Basic Documents*, 49<sup>a</sup> ed., Geneva, World Health Organization.

- Wicker, Allan (1979), *An introduction to Ecological Psychology*, California, Pacific Grove, citado por Sallis, James, Adrian Bauman e Michael Pratt (1998), “Environmental and policy interventions to promote physical activity”, *American Journal of Preventive Medicine*, 15 2(4), pp. 379–397.
- WHO (2020a), *Guidelines on physical activity and sedentary behavior*, Geneva, World Health Organization.
- Wilcox, Lynne (2008), “Worms and germs, drink and dementia: US health, society, and policy in the early 20th century”, *Prev Chronic Dis*, 5(4), pp. 3-12.
- Wisnar, Matthias e Kelly Ernst (2010), “Health in All Policies in Europe”, in Ilona Kickbusch e Kevin Buckett, (ed.s), *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*, Government of South Australia, pp. 53-64.
- Woods, Catherine e Nanette Mutrie (2012), “Putting physical activity on the policy agenda”, *Quest*, Vol. 64(92), pp. 92-104.
- Young, Lisa, Justen O’Connor e Laura Alfrey (2019), “Physical literacy: a concept analysis”, *Sport, Education and Society*, pp. 1-14.
- Zahariadis, Nikolaos (2007), “The Multiple Streams Framework: Structure, Limitations, Prospects” in Paul Sabatier (ed), *Theories of the Policy Process*, California, Westview Press, pp. 65-92.

## Definições

### Atividade física:

Qualquer movimento corporal produzido pelo sistema músculo-esquelético, o qual resulta em gasto de energia acima do nível basal (Caspersen, Powell e Christenson, 1985: 126; Michelini, 2015: 38; WHO, 2010: 53; U.S. Department of Health and Human Services, 2008: 53; IDP, 209: 7).

Fala-se em atividade física relacionada com a saúde envolvendo aspetos como o modo, a intensidade, a duração, a frequência e a continuidade. O modo refere-se ao tipo de atividade física ou às circunstâncias em que a mesma é realizada; a intensidade refere-se ao gasto energético, nas subcategorias leve, moderado e vigoroso; a duração é medida, normalmente em horas ou minutos; a frequência refere-se ao número de vezes em que a atividade física é realizada, dada por regra em vezes por semana ou vezes por mês; por fim, a continuidade refere-se ao período de tempo pelo qual a atividade perdura, medido em períodos longos. Para este sentido mais preciso de atividade física não basta assim um simples movimento corporal, mas antes é necessário que se revista das características atrás referidas para que seja considerado benéfico para a saúde (Michelini (2015: 38-39).

Por outro lado, o termo ‘atividade física’ pode ser entendido não apenas como gasto de energia acima da taxa metabólica basal, mas como um grupo de comportamentos ativos que podem ser variados e complexos. Exemplos desses comportamentos ativos são ciclismo, natação, caminhada, varredura ou jardinagem. As diferentes formas ou tipos de atividade física podem ser agrupadas de acordo com a finalidade ou intenção na realização da atividade, como exercício ou atividade física incidental (Salmon, 2000: 14).

### Atividade física de lazer:

É atividade física que não constitui uma atividade essencial da vida diária, realizada ao critério do indivíduo. Incluem participação em modalidades desportiva, exercícios de condicionamento ou de treino, e atividades recreativas como passear, andar de bicicleta, dançar e jardinar (WHO, 2010: 52-53; U.S. Department of Health and Human Services, 2008: 51-53).

### Avaliação

Recolha sistematizada de informações sobre um programa de promoção da saúde, a fim de

responder a questões e tomar decisões sobre o mesmo programa (Perales *et al.*, 2010: 260). A avaliação não é apenas um relatório único, mas um processo aberto incorporado na operacionalização e gestão do sistema (idem, 260).

#### Boas práticas

Conjunto de técnicas, processos, procedimento e atividades, identificados, utilizados, comprovados e reconhecidos por diversas organizações, em determinada área do saber, como sendo as melhores quanto ao mérito à eficácia e sucesso alcançados pela sua aplicação na realização de uma tarefa.

O Programa JANPA (Joint Action on Nutrition and Physical Activity) (2015: 9) integrado e financiado pelo Programa da União Europeia para a Saúde 2014-2020, define “boas práticas” como as iniciativas que comprovadamente funcionam (do ponto de vista da avaliação do processo) e produzem bons resultados (do ponto de vista da avaliação dos resultados) sendo, portanto, recomendada como um modelo.

Para este trabalho, concebe-se “boas práticas” para a promoção da atividade física, para este efeito, como o conjunto de recomendações formalizadas, emitidas por instituições de âmbito internacional com responsabilidades na promoção da saúde pública.

#### Coordenação intersectorial:

Consiste na coordenação de ações de política pública que visa explicitamente melhorar a saúde das populações ou influenciar os seus fatores determinantes. O conceito envolve noções relativas à ação das estruturas de poder, à repartição de tarefas entre estas e os agentes políticos, a relação entre o sector público e o sector privado, bem como das suas várias dimensões entre estados e dentro de cada Estado. (Sihto, Olila e Koivusalo, 2006: 5-6).

#### Desigualdades em saúde:

Diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos determinantes de saúde entre a população. Podem resultar de factos biológicos ou de comportamentos individuais de livre escolha, por vezes impossíveis de modificar ou eticamente ou ideologicamente indisponíveis (WHO, 2016).

#### Desporto:

Subcategoria da atividade física, envolvendo uma perspetiva de construção social na sua envolvente. Enquanto conceito específico comporta certas características próprias: exercício físico orientado para o desempenho, autotélico porque improdutivo e desligado de qualquer utilitarismo, e regido por regras próprias. É como tal mais do que exercício formal ou organizado, envolvendo uma perspetiva competitiva (Michellini, 2015: 39-40).

#### Determinantes de saúde:

Fatores que influenciam a saúde individual e coletiva. Fatores como o rendimento, emprego, habitação, acesso a serviços básicos, educação e a instalações sociais e comerciais são determinantes da saúde, já que influenciam o grau de saúde, bem-estar ou os ganhos de saúde, conseguidos por indivíduos e comunidades (Loureiro e Miranda, 2010: 57; WHO, 2004: 4).

#### Determinantes políticos:

Modos como o poder político, instituições, processos, interesses e posições ideológicas afetam a saúde – e logo a atividade física - dentro de diferentes sistemas políticos e culturais e em diferentes níveis de governação (Kickbusch, 2015: 1).

#### Equidade em saúde:

A equidade em saúde implica que, idealmente, todos poderiam atingir seu potencial de saúde total e que ninguém deveria estar em desvantagem para alcançar esse potencial devido à sua posição social ou a outra circunstância socialmente determinada (Dahlgren e Whitehead (2006: 5).

#### Exercício físico:

É uma subcategoria da atividade física caracterizada por ser planeada, estruturada, repetitiva e intencional no sentido de que o seu objetivo é a melhoria ou manutenção de um ou mais componentes da aptidão física. No conceito de exercício físico enquadram-se o desporto e as práticas organizadas, além do exercício físico informal não enquadrado institucionalmente (Caspersen, Powell e Christenson, 1985: 128; WHO, 2010: 52-53; U.S. Department of Health and Human Services, 2008: 51-53).

#### Exercício físico organizado:

Conjunto de atividades planeadas, fora das atividades da vida diária, produzido em meio fechado ou ao ar livre, executados individualmente ou em grupo (Ek, 2011: 6), em regra envolvendo um treinador ou instrutor, é estruturada e implica normalmente um pagamento (MacKenzie *et al.*, 2015: 778; Bengoechea *et al.*, 2010: 9). Neste sentido, o conceito engloba o desporto propriamente dito, bem como a prática estruturada com objetivos específicos, e atividades baseadas em habilidades, clubes, grupos e organizações (King, 2009: 110).

#### Exercício físico informal:

Refere-se à atividade física fora do enquadramento institucional, mas que mantém as características de planeamento, estrutura, repetição e intenção, no todo ou em parte, mas fora da definição precisa de desporto. Inclui, todavia, a frequência regular de ginásios e centros de manutenção e lazer, atividade de lazer como a natação, o remo e a vela no mar e em lagos, frequência de piscinas, ou atividades como caminhar, fazer escalada, montar a cavalo e o

ciclismo em montes, vales e noutros espaços naturais (IDP, 2009: 23; União Europeia, 2008: 15; Salmon *et al.*, 2000: 13; King, 2009: 110).

#### Governança:

A governança, enquanto produto da atuação dos governos, tem sido definida de vários modos. Pode sobretudo definir-se governança como o exercício da gestão dos recursos económicos e sociais de um país. Do ponto de vista académico, governança são as atuações e os meios para promover a ação coletiva e alcançar soluções coletivas, ou como auto-organização de redes inter-organizacionais que são interdependentes. Governança é assim o sistema de tomada de decisão em que orientações são estabelecidas, a autoridade é exercida, e os eventos são monitorados e geridos (McQueen *et al.*, 2012: 9). Evitou-se neste texto a palavra “governança”, quer pela estética da palavra, quer pela conotação negativa da mesma.

#### HEPA - *Health Enhancing Physical Activity*:

Qualquer forma de atividade física que beneficia a saúde e a capacidade funcional sem dano ou risco indevido (Foster, 2000: 9; Michelini, 2015: 44; WHO, 2007: 6; WHO, 2010: 52).

#### HEPA Europa ([www.euro.who.int/hepa](http://www.euro.who.int/hepa)):

Rede colaborativa fundada em maio de 2005, com o objetivo de desenvolver contributos multisectoriais para a promoção da atividade física (Martin *et al.*, 2006: 55; União Europeia, 2008: 37-38).

#### Inatividade física:

Em geral, quando não são atingidas as recomendações mínimas para a atividade física, por cada um.

#### Iniquidades:

São um tipo de desigualdades que dizem respeito a fatores de ambiente externo e a condições fora do controlo individual, dos quais a desigual distribuição pode ser evitada, e que podem ser injustos, conduzindo a iniquidades em saúde (WHO, 2016).

#### Literacia:

A capacidade de aceder, entender e avaliar criticamente diferentes aspetos dos media e conteúdo o seu conteúdo, e de se comunicar numa variedade de contextos. Aplica-se a todas as formas de média, incluindo televisão e cinema, rádio e música gravada, impressa, internet e todas as outras tecnologias digitais. (Galloway, 2011: 7-10).

#### Literacia em Saúde:

A literacia em saúde “... envolve conhecimento, motivação e competências para aceder, entender, avaliar e aplicar informações de saúde em ordem a fazer julgamentos e a tomar decisões vida diária relacionadas com os cuidados de saúde, prevenção de doenças e



promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o decurso da vida”. (Sørensen e colegas, 2012: 3 - definição proposta pelo Consórcio Europeu de Literacia em Saúde e adotada pela WHO, 2013: 4).

#### Literacia em atividade física:

A motivação, confiança, competência física, conhecimento e entendimento para cada indivíduo valorizar e manter a atividade física durante todo o curso da vida (Whitehead, 2010: 11-12; 2013: 29).

A capacidade de cada um se mover com confiança e competência, usando todos os recursos físicos que se pode dispor e em qualquer momento, através de variados contextos. A literacia física envolve uma aprendizagem contínua capacitando os indivíduos para atingirem os seus objetivos, para desenvolver o seu conhecimento, movimentação e potencial, e participar por inteiro na sua comunidade e na sociedade em geral” (Dudley *et al.*, 2017: 441).

#### Política da atividade física:

Declaração formal que define a atividade física como uma área prioritária, estabelece metas de população específicas e fornece um plano ou estrutura própria e adequada para a ação, descrevendo os procedimentos para promover a atividade física na população pelas instituições governamentais, não governamentais e pelo sector privado, e define ainda as responsabilidades dos parceiros neles envolvidos (Schöppe, Bauman e Bull, 2004: 9; Bull *et al.*, 2004c: 95).

#### Políticas públicas saudáveis:

Atuações de política pública que visam melhorar as condições em que as pessoas vivem: meios seguros, adequados e sustentáveis de subsistência, estilos de vida e ambientes, incluindo habitação, educação, nutrição, troca de informações, creche, transporte, e da comunidade necessária e serviços sociais e de saúde pessoal. A adequação política pode ser medida pelo seu impacto sobre a saúde da população, tendo em conta estes parâmetros (Milio, 2001: 622).

#### Promoção da atividade física:

Conjunto de ações de política pública, devidamente formalizadas, implementadas, concluídas e avaliadas, com o objetivo de agir sobre os determinantes de saúde que influenciam a atividade física, e conducentes à melhoria dos níveis de saúde da população, em geral.

#### Promoção da saúde:

Processo de capacitação de indivíduos e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde e, portanto, melhorar a saúde. Representa uma estratégia nos campos

da saúde e da sociedade que pode ser vista, por um lado, como uma estratégia política e, por outro lado, como uma abordagem habilitadora da saúde dirigida aos estilos de vida Nutbeam (1986: 351).

Promoção da saúde – incluindo a promoção da atividade física – é adotada neste estudo como o conjunto de ações de política pública que visam alterar os determinantes de saúde, no sentido possibilitar aos cidadãos e às comunidades a melhoria da saúde geral.

#### Recomendações:

Fontes de informação para a atuação informada dos decisores políticos, prestadores de cuidados de saúde, cidadãos e outros atores, e expressam-se normalmente em diretrizes ou orientações (guidelines) contidas em qualquer documento sobre intervenções em saúde, quer elas sejam de âmbito clínico, de saúde pública ou de cariz político. A implementação de recomendações implica escolhas entre diferentes intervenções com impacto na saúde pública (WHO, 2012b: 1, 4).

#### Saúde em Todas as Políticas (HIAP):

Abordagem para as políticas públicas em todos os sectores, que tenha sistematicamente em conta as implicações para a saúde e os sistemas de saúde das decisões, procura sinergias e evita efeitos nocivos para a saúde, a fim de melhorar saúde da população e a equidade em saúde. Uma abordagem HiAP baseia-se na relação entre direitos e deveres de saúde. Ela enfatiza as consequências das políticas públicas nas determinantes de saúde, e visa melhorar a responsabilização dos decisores políticos para os impactos na saúde em todos os níveis da elaboração de políticas (Baum, Ollila e Peña (2013: 6).

#### Sedentarismo:

Segundo o SBRN, comportamento sedentário é qualquer comportamento em vigília caracterizado por um gasto energético  $\leq 1,5$  equivalentes metabólicos (METs), na postura sentada, reclinada ou deitada.

#### Soft law

As regras ou instrumentos não vinculativos que interpretam ou informam o entendimento de regras legais vinculativas, ou que representam compromissos, os quais por sua vez, criam expectativas sobre condutas futuras (Guzman e Meyer, 2010: 174).

## **ANEXOS**



## ANEXO A

### Recomendações das principais entidades internacionais sobre a atividade física

<b>Orientações do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (1996; 28-29) - sumário:</b>
Todas as pessoas com idade superior a 2 anos devem acumular pelo menos 30 minutos de atividade física de resistência, no mínimo de moderada Intensidade, de preferência todos os dias da semana.
Benefícios adicionais de saúde e funcionais da atividade física podem ser alcançados adicionando mais tempo em atividade de intensidade moderada, ou substituindo esta por atividade mais vigorosa.
As pessoas com doença cardiovascular sintomática, diabetes ou outros problemas crônicos de saúde que pretendam aumentar a sua atividade física devem ser avaliadas por um médico e obter um programa de exercícios apropriado para sua situação de saúde.
Homens anteriormente inativos com mais de 40 anos, mulheres com mais de 50 anos, e pessoas com alto risco de Doença cardiovascular devem consultar primeiro um médico antes de iniciar de atividade física vigorosa a que não estão acostumados.
Atividades de desenvolvimento de força (treinamento de resistência) devem ser realizadas pelo menos duas vezes por semana. Devem ser realizados pelo menos 8-10 exercícios de desenvolvimento de força que utilizem os principais grupos musculares das pernas, tronco, braços e ombros em cada sessão, com um ou dois conjuntos de 8-12 repetições de cada exercício.

União Europeia - 2009

<b>Recomendações aprovadas pelos ministros do desporto em 27-28 de novembro de 2008 (EU, 2008; IDP, 2009) – sumário:</b>
Os jovens em idade escolar devem participar em pelo menos 60 minutos de atividades de intensidade moderada a intensa por dia, sob formas adequadas do ponto de vista do crescimento, que sejam divertidas e que envolvam várias atividades. O tempo total poderá ser composto por sessões acumuladas de pelo menos 10 minutos. O desenvolvimento de competências motoras deve ser promovido desde a infância. O tipo de atividade física desenvolvida deve ajustar-se às necessidades específicas do grupo etário: resistência aeróbia, força, levantamento de pesos, equilíbrio, flexibilidade, desenvolvimento motor.
A meta mínima recomendada pela OMS para adultos saudáveis entre os 18 e os 65 anos é de 30 minutos de atividade física de intensidade moderada 5 dias por semana ou pelo menos 20 minutos de atividade física de alta intensidade 3 dias por semana. A quantidade necessária de atividade física pode ser composta por várias sessões de pelo menos 10 minutos, podendo ainda consistir numa combinação de períodos de intensidades moderada e elevada. <sup>9</sup> Devem ainda ser acrescentadas, 2 a 3 dias por semana, atividades que visem reforçar a força muscular e a resistência.
No caso dos adultos com mais de 65 anos, em princípio as metas a atingir devem ser idênticas às dos adultos saudáveis mais jovens. Nesta faixa etária são ainda especialmente importantes os exercícios de treino da força e do equilíbrio a fim de evitar quedas.

<p><b>Recomendações da Organização Mundial de Saúde para a actividade física (WHO, 2010: 18-33) – sumário:</b></p>
<p><b><i>Dos 5 aos 17 anos:</i></b></p> <p>Para crianças e jovens desta faixa etária, a actividade física deve incluir jogos, desportos, transporte, actividades lúdicas e de recreação, educação física ou exercício planeado no contexto de actividades familiares, escolares e comunitárias. A fim de melhorar a aptidão cardiorrespiratória e muscular, a saúde óssea, cardiovascular e biomarcadores metabólicos, e reduzir sintomas de ansiedade e depressão, são recomendados os seguintes parâmetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crianças e jovens devem acumular pelo menos 60 minutos de actividade física de intensidade vigorosa diária.</li> <li>2. A actividade física de quantidades superiores a 60 minutos por dia proporcionará benefícios adicionais para a saúde.</li> <li>3. A maior parte da actividade física diária deve ser aeróbica. Devem ser incorporadas actividades de intensidade vigorosa, incluindo aqueles que fortalecem músculos e ossos, pelo menos 3 vezes por semana.</li> </ol>
<p><b><i>Dos 18 aos 64 anos:</i></b></p> <p>Para os adultos desta faixa etária, a actividade física inclui actividade física recreativa ou de lazer, transporte (por exemplo, a pé ou de bicicleta), ocupacionais (isto é, trabalho), tarefas domésticas, jogos, desportos ou exercícios planeados, no contexto das actividades familiares e comunitárias diárias. A fim de melhorar a aptidão cardiorrespiratória e muscular, a saúde óssea e reduzir o risco de DNT e de depressão são recomendados os seguintes parâmetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adultos com idades entre 18-64 anos devem fazer pelo menos 150 minutos de actividade física aeróbica de intensidade moderada durante toda a semana, ou fazer pelo menos 75 minutos de actividade física aeróbica de intensidade vigorosa durante a semana, ou uma combinação equivalente de actividade de intensidade moderada e vigorosa.</li> <li>2. A actividade aeróbica deve ser realizada em períodos de pelo menos 10 minutos de duração.</li> <li>3. Para benefícios adicionais de saúde, os adultos devem aumentar a sua actividade física aeróbica de intensidade moderada para 300 minutos por semana, ou empenharem-se em 150 minutos de actividade física aeróbica de intensidade vigorosa por semana, ou uma combinação equivalente de actividade de intensidade moderada e vigorosa.</li> <li>4. As actividades de fortalecimento muscular devem ser realizadas envolvendo grupos musculares maiores em 2 ou mais dias por semana.</li> </ol>
<p><b><i>Com 65 ou mais anos:</i></b></p> <p>Para os adultos desta faixa etária, a actividade física inclui actividade física recreativa ou de lazer, transporte (por exemplo, a pé ou de bicicleta), ocupacional (se a pessoa ainda tem emprego), tarefas, jogos, desportos ou exercícios planeados no contexto de actividades familiares e comunitárias diárias. A fim de melhorar a aptidão cardiorrespiratória e muscular, a saúde óssea e funcional e reduzir o risco de DNTs, de depressão e declínio cognitivo, recomenda-se o seguinte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adultos com 65 anos ou mais devem fazer pelo menos 150 minutos de actividade física aeróbica de intensidade moderada durante toda a semana, ou fazer pelo menos 75 minutos de actividade física aeróbica de intensidade vigorosa durante a semana, ou uma combinação equivalente de actividade de intensidade moderada e vigorosa.</li> <li>2. A actividade aeróbica deve ser realizada em períodos de pelo menos 10 minutos de duração.</li> <li>3. Para benefícios de saúde adicionais, adultos com 65 anos ou mais devem aumentar sua actividade física aeróbica de intensidade moderada para 300 minutos por semana, ou</li> </ol>

empenharem-se em 150 minutos de Actividade física aeróbica intensa por semana, ou uma combinação equivalente de actividade de intensidade moderada e vigorosa.

4. Adultos desta faixa etária com mobilidade limitada devem realizar actividade física para evitar quedas, em 3 ou mais dias por semana.
5. As actividades de fortalecimento muscular devem ser realizadas envolvendo grupos musculares maiores, em 2 ou mais dias a semana.
6. Quando os adultos desta faixa etária não puderem fazer as quantidades recomendadas de actividade física devido às suas condições de saúde, devem ser tão fisicamente ativos tanto quanto suas capacidades e condições o permitam.

***Recomendações acessórias:***

Em geral, em todas as faixas etárias, os benefícios da implementação das recomendações acima, e de se estar fisicamente ativo, superam os danos. No nível recomendado de 150 minutos por semana de actividade de intensidade moderada, as taxas de lesões músculo-esqueléticas parecem ser baixas. Numa abordagem baseada na população, a fim de diminuir os riscos de lesões músculo-esqueléticas, será apropriado encorajar um começo moderado, com progresso gradual para níveis mais elevados de actividade física.

União Europeia - 2015

**Recomendações conjuntas com a WHO-Europe (2015a):**

Recomendações idênticas às emanadas pelo OMS em 2010.

## **ANEXO B**

### **Síntese das principais recomendações de política pública contidas nos documentos da OMS e da UE**

#### **1. Estratégia Global em dieta, atividade física e saúde (WHO, 2004)**

- O papel dos governos é crucial para alcançar mudanças duradouras na saúde pública.
- Os governos são incentivados a desenvolver estruturas e processos existentes e que já se debruçam sobre aspectos da dieta, nutrição e atividade física
- Os ministérios da saúde têm a responsabilidade essencial de coordenar e facilitar as contribuições de outros ministérios e agências governamentais.
- As estratégias, políticas e planos de ação nacionais precisam de amplo apoio. O apoio deve ser fornecido por meio de legislação eficaz, infraestruturas adequadas, programas de implementação, financiamento adequado, monitorização e avaliação, e também pesquisa contínua. Entre elas:
  - As orientações nacionais para a atividade física promotora da saúde devem ser preparadas de acordo com as metas e objetivos da Estratégia e as recomendações dos especialistas.
- Os governos devem fornecer informação precisa e equilibrada, que incluam:
  - (1) Educação, comunicação e consciencialização pública;
  - (2) Programas de literacia e educação de adultos;
  - (3) Marketing, publicidade, patrocínio e promoção;
  - (5) Valores da saúde.
- Políticas multissetoriais são necessárias para promover a atividade física:
  - (1) Enquadramento e revisão das políticas públicas;
  - (2) Envolvimento da comunidade e ambientes propícios;
  - (3) Parcerias;
  - (4) Mensagens públicas claras.
- Os governos devem investir em vigilância, pesquisa e avaliação.
- Fortalecimento da capacidade institucional
- Financiamento de programas nacionais



## 2. Recomendações globais para a atividade física e a saúde (WHO, 2010)

<b>Adaptação nacional das recomendações globais</b>	<p>Os decisores políticos a nível nacional são encorajados a adotar os níveis de atividade física para a saúde recomendados propostos neste documento.</p> <p>Os decisores políticos são incentivados a incorporar as recomendações globais níveis de atividade física para a saúde às políticas nacionais, levando em consideração as opções mais adequadas e viáveis, de acordo com suas necessidades, características, domínio da atividade física e recursos nacionais, com o objetivo de favorecer a participação e a inclusão social, principalmente para os grupos mais vulneráveis.</p> <p>Além disso, a adaptação e tradução dos níveis recomendados de atividade física a nível nacional deve levar em consideração o aspeto cultural e histórico, questões de género, minorias étnicas e a carga de doenças relevantes para o país. A seguir listam-se questões adicionais a serem consideradas pelos decisores políticos na utilização dos níveis globais recomendados de atividade física para a saúde em intervenções nacionais ou locais:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Normas sociais.</li><li>• Valores religiosos.</li><li>• Situação de segurança a nível nacional e / ou local.</li><li>• Disponibilidade de espaços seguros para a prática de atividade física.</li><li>• Configurações geográficas, estações e clima.</li><li>• Questões de género.</li><li>• Envolvimento de todos os setores e atores envolvidos.</li><li>• Papel dos municípios e liderança local.</li><li>• Acesso e frequência a escolas e locais de trabalho, principalmente no que diz respeito a raparigas e mulheres.</li><li>• Infraestruturas de transporte existentes, instalações desportivas e recreativas e desenho urbano.</li><li>• Padrões de participação em todos os domínios da atividade física (lazer, transporte e ocupacional).</li></ul>
<b>Países de baixo e médio rendimentos</b>	<p>Em muitos países de baixo e médio rendimento, o nível de participação em atividade física de lazer pode ser limitado e moderado, a atividade física vigorosa pode ser realizada no contexto de transporte e / ou</p>

	<p>atividades ocupacionais e / ou domésticas. Essas características e padrões de atividade física deve ser levado em consideração para uma abordagem mais personalizada e a implementação das intervenções direcionada de forma a promover os níveis globais recomendados de atividade física para a saúde.</p> <p>Em países com altos níveis de ocupação e transporte com intensidade física, os decisores políticos devem reconhecer que, embora esses níveis de atividade possam não ser o resultado de esforços para melhorar a saúde, os mesmos proporcionam grandes benefícios para a saúde da população. É, portanto, necessário cuidado ao implementar políticas e mudanças de infraestrutura que podem levar ao risco de redução nos níveis de atividade física em qualquer domínio.</p> <p>Para aquelas comunidades que atualmente não alcançam as recomendações globais de atividade física para a saúde, a ciência aponta os benefícios das atividades de intensidades moderada e vigorosa. No entanto, é provável que o benefício líquido para a saúde (benefícios versus riscos) em programas comunitários seja maior se o foco principal forem atividades de intensidade moderada.</p> <p>A atividade de intensidade moderada é mais relevante para os objetivos de saúde pública do que a implementação da política de atividade de intensidade vigorosa, devido o menor risco de lesões ortopédicas e outras complicações médicas potencialmente adquiridos durante atividades de intensidade moderada. Se o foco da implementação da política está na promoção de atividades de intensidade vigorosa, devem ser levadas em consideração as questões relacionadas com riscos potenciais, especialmente para idosos e populações com várias morbidades. Para ambos os níveis de intensidade, o uso de equipamento de proteção adequado deve ser sempre encorajado.</p>
<p><b>Políticas de apoio na promoção atividade física</b></p>	<p>Diretrizes ou recomendações nacionais sobre atividade física para o a população em geral, são necessárias para informar a população sobre a frequência, duração, intensidade, tipos e quantidade total de atividade física necessária para saúde. No entanto, níveis crescentes de atividade física na população exigem uma abordagem relevante de base populacional, multissetorial, multidisciplinar e cultural. As políticas e planos nacionais de atividade física devem conter várias estratégias</p>

	<p>destinadas a apoiar o indivíduo e criar ambientes de apoio para que a atividade física ocorra.</p> <p>A evidência atual mostra que as políticas ambientais que impactam no meio de transporte que as pessoas usam ou que aumentam o espaço público para recreação atividades têm o potencial de aumentar os níveis de atividade física na população e, conseqüentemente, proporcionam benefícios significativos à saúde. Isto é de relevância particular para os países de medio e baixo rendimentos.</p> <p>Possíveis intervenções de promoção de atividade física incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rever o planeamento urbano e da cidade, e as políticas ambientais ao nível nacional e local para garantir que caminhada, ciclismo e outras formas de atividade física são acessíveis e seguras;</li> <li>• proporcionar locais de recreação para crianças (por exemplo, construção de trilhos para caminhada);</li> <li>• facilitar o transporte ativo para o trabalho (por exemplo, andar de bicicleta e caminhar) e outras estratégias de atividade física para a população trabalhadora;</li> <li>• garantir que as políticas escoltares apoiem a oferta de oportunidades e programas de atividade física;</li> <li>• fornecer às escolas espaços e instalações seguras e adequadas para que os alunos podem passar o seu tempo ativamente;</li> <li>• fornecer aconselhamento ou orientação nos cuidados primários de saúde; e</li> <li>• criação de redes de apoio social que incentivem a atividade física.</li> </ul>
<p><b>Estratégias para comunicar as recomendações globais a nível nacional</b></p>	<p>Adotar as recomendações globais e integrá-las nas políticas, programas e intervenções é um passo inicial importante para comunicar os níveis de atividade física às comunidades e ao público.</p> <p>No entanto, a fim de encorajar a aceitação, compreensão e adesão à atividade física pelas populações-alvo, as mensagens adaptadas a nível nacional precisam ser desenvolvidas e amplamente divulgadas a todos as partes interessadas, grupos profissionais e à comunidade em geral.</p> <p>Divulgação efetiva dos níveis recomendados de atividade física para saúde requer planeamento estratégico, forte colaboração entre vários sectores e recursos para apoiar a comunicação e disseminação esforços.</p>

	<p>Países com diferentes níveis de atividade física provavelmente irão precisar de comunicar e disseminar diferentes estratégias e mensagens para as suas comunidades e para o público. Consequentemente, é aconselhável levar em consideração fatores culturais e ambientais nacionais e infranacionais, para desenvolver uma estratégia abrangente de comunicação na divulgação dos níveis globais recomendados de atividade física para saúde, que aborde todas as variações possíveis.</p> <p>É igualmente aconselhável adotar uma estratégia de comunicação que inclua mensagens compreensíveis e adaptáveis e que sejam culturalmente sensíveis. Deve-se destacar, entretanto, que embora as mensagens utilizadas possam variar de país para país, ou podem até diferir dentro do mesmo país, os decisores políticos e os especialistas em comunicação devem ter como objetivo manter os níveis básicos recomendados de atividade física para a saúde no desenvolvimento de suas estratégias nacionais de comunicação.</p>
<p><b>Monitorização e avaliação</b></p>	<p>Avaliação e monitorização contínua do processo e dos resultados das ações para a promoção da atividade física são necessárias para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• examinar o sucesso do programa e identificar áreas-alvo para planos futuros de sua ação;</li> <li>• garantir que a política, plano ou programa é implementado conforme pretendido;</li> <li>• contribuir para a aprendizagem contínua e melhoria contínua das ações implementadas;</li> <li>• auxiliar os decisores políticos na tomada de decisões em relação às políticas e planos existentes e programas, incluindo o desenvolvimento de novos; e</li> <li>• facilitar a transparência e a responsabilidade.</li> </ul>

### **3. Recomendação do Conselho da UE de 26 de novembro de 2013 relativa à promoção trans-sectorial das aticidades física benéficas para a saúde (UE, 2013)**

#### O Conselho da UE RECOMENDA aos Estados Membros:

1 - Desenvolver políticas eficazes no domínio da HEPA, adotando uma abordagem trans-setorial que envolva domínios de intervenção como o desporto, a saúde, a educação, o ambiente e os transportes, tendo

em conta as OR UE AF, bem como outros setores relevantes e de acordo com as especificidades nacionais.

Tal deveria incluir:

- a) O desenvolvimento e a aplicação progressivos de estratégias nacionais e políticas transectoriais voltadas para a promoção da HEPA, de acordo com a legislação e as práticas nacionais;
- b) A identificação de medidas concretas para a execução dessas estratégias ou políticas, num plano de ação se tal for considerado adequado;

2 - Acompanhar os níveis de atividade física e as políticas de HEPA mediante a utilização do quadro de acompanhamento simplificada e dos indicadores estabelecidos no anexo à presente recomendação, de acordo com as circunstâncias nacionais;

3 - No prazo de seis meses a contar da data de adoção da presente recomendação, designar pontos focais nacionais de HEPA de acordo com a legislação e as práticas nacionais, em apoio do referido quadro de acompanhamento, e informar a Comissão da sua designação.

Os pontos focais nacionais da HEPA ficarão, em especial, encarregados de coordenar o processo de disponibilização dos dados sobre a atividade física para o quadro de acompanhamento; esses dados deverão ser introduzidos na atual base de dados europeia da OMS sobre nutrição, obesidade e atividade física (NOPA); deverão também facilitar a cooperação interserviços sobre as políticas de HEPA:

4 - Cooperar estreitamente entre si e com a Comissão através do intercâmbio regular de informações e de melhores práticas sobre a promoção da HEPA nas estruturas relevantes a nível da União para o desporto e a saúde, enquanto base para uma coordenação reforçada das políticas.

CONVIDA a Comissão a:

1 - Assistir os Estados-Membros na adoção de estratégias nacionais, na formulação de abordagens políticas trans-sectoriais de HEPA e na execução dos planos de ação correspondentes, facilitando o intercâmbio de informações e de boas práticas, uma aprendizagem entre pares eficaz, a ligação em rede e a identificação de abordagens bem-sucedidas de promoção da HEPA;

2 - Promover o estabelecimento e o funcionamento do quadro de acompanhamento da HEPA, a partir dos indicadores referidos no anexo, com base nas formas de monitorização e recolha de dados já existentes neste domínio, e utilizando na maior medida do possível as informações e dados disponíveis, nomeadamente:

- a) Prestando, com o auxílio de especialistas, apoio específico ao desenvolvimento de capacidades e à formação dos pontos focais nacionais de HEPA, inclusive tendo em vista o processo de recolha de dados, e, se for caso disso, a outros representantes das autoridades públicas competentes;
- b) Analisando a possibilidade de utilizar os dados recolhidos no contexto desse quadro de acompanhamento para produzir estatísticas europeias sobre os níveis de atividade física de três em três anos;

- c) Apoiando a OMS no aprofundamento dos aspetos relativos à atividade física da base de dados NOPA, adaptando-a ao quadro de acompanhamento estabelecido no Anexo;
- d) Apoiando e cooperando estreitamente com a OMS na elaboração e na publicação de análises específicas por país sobre a HEPA, assim como na análise das tendências em matéria de HEPA.

3 - De três em três anos, apresentar um relatório sobre os progressos realizados na aplicação da presente recomendação, com base nas informações prestadas no contexto das disposições sobre a comunicação de informações previstas no quadro de acompanhamento e noutras informações relevantes acerca do desenvolvimento e da aplicação de políticas de HEPA fornecidas pelos Estados-Membros e para avaliar o valor acrescentado da presente recomendação.

#### 4. Estratégia para a atividade física na região europeia da OMS 2016-2025 (WHO, 2016)

<b>Área prioritária 1 - Fornecer liderança e coordenação para a promoção da atividade física</b>	Objetivo 1.1 - Fornecer liderança de alto nível através do setor de saúde Objetivo 1.2 - Estabelecer mecanismos de coordenação e promover alianças
<b>Área prioritária 2 - Apoiar o desenvolvimento de crianças e adolescentes</b>	Objetivo 2.1 - Promover a atividade física durante a gravidez e a primeira infância Objetivo 2.2 - Promover a atividade física em pré-escolas e escolas primárias Objetivo 2.3 - Promover a atividade física recreativa para crianças e adolescentes
<b>Área prioritária 3 - Promover a atividade física para todos os adultos na vida diária, incluindo durante o uso de transportes, momentos de lazer, no local de trabalho e por meio do sistema de saúde</b>	Objetivo 3.1 - Reduzir o tráfego de automóveis e aumentar a adequação para caminhada e ciclismo Objetivo 3.2 - Fornecer oportunidades e aconselhamento para a atividade física no local de trabalho Objetivo 3.3 - Integrar a atividade física na prevenção, tratamento e reabilitação Objetivo 3.4 - Melhorar o acesso a instalações e ofertas de atividades físicas, especialmente para grupos vulneráveis
<b>Área prioritária 4 - Promover a atividade física entre a população mais velha</b>	Objetivo 4.1 - Melhorar a qualidade do aconselhamento sobre atividade física por profissionais de saúde para idosos Objetivo 4.2 - Fornecer infraestrutura e ambientes adequados para a atividade física entre os idosos Objetivo 4.3 - Envolver os idosos na atividade física social
<b>Área prioritária 5 - Apoiar a ação por meio de monitoramento, vigilância, fornecimento de ferramentas, plataformas habilitadoras, avaliação e pesquisa</b>	Objetivo 5.1 - Fortalecer os sistemas de vigilância Objetivo 5.2 - Fortalecer a base de evidências para a promoção da atividade física

## 5. Declaração de Bangkok sobre atividade física para a saúde global e o desenvolvimento sustentável (ISPAH/WHO, 2016)

1 – Renovação dos compromissos para investir e implementar ações políticas, de forma a diminuir a inatividade física, contribuindo para a redução do impacto global das doenças não transmissíveis e para alcançar os objetivos da Agenda 2030 – ODS 3, 4, 5, 10, 11, 13, 15 e 16;

2 – Estabelecimento plataformas nacionais de envolvimento e coordenação multisectorial;

3 – Promoção da capacitação dos profissionais;

4 – Reforçar a assistência técnica e a partilha de experiências;

5 – Reforçar a monitorização e a vigilância;

6 – Apoiar e promover a colaboração, a investigação e a avaliação de políticas.

## 6 – Plano de Ação global para a atividade física 2018-2030: mais pessoas ativas para um mundo mais saudável (WHO, 2018)

<b>Objetivo 1 – Criar sociedades ativas</b>	<p>Acção 1.1 - Implementar campanhas de comunicação de melhores práticas, vinculadas a programas comunitários, para aumentar a consciência, o conhecimento, a compreensão e a apreciação dos múltiplos benefícios para a saúde da atividade física regular e do comportamento menos sedentário, de acordo com a capacidade, para o bem-estar do indivíduo, família e comunidade.</p> <p>Acção 1.2 - Realizar campanhas nacionais e comunitárias para aumentar a conscientização, a compreensão e a apreciação dos co-benefícios sociais, económicos e ambientais da atividade física e, particularmente, mais caminhadas, ciclismo e outras formas de mobilidade envolvendo o uso de rodas (incluindo cadeiras de rodas, patinetes e patins), e assim, dar uma contribuição significativa para o cumprimento da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável ODS2, ODS3, ODS4, ODS5, ODS9, ODS10, ODS11, ODS13, ODS15 e ODS16).</p> <p>Acção 1.3 - Implementar iniciativas regulares de participação em massa em espaços públicos, envolvendo comunidades inteiras, para fornecer acesso gratuito a experiências de atividade física agradáveis e acessíveis, social e culturalmente apropriadas.</p>
---	---

	<p>Acção 1.4 ~ Fortalecer o treino pré e em serviço de profissionais, dentro e fora do setor de saúde, para aumentar o conhecimento e as habilidades relacionadas com as suas funções e contribuições para a criação de oportunidades inclusivas e equitativas para uma sociedade ativa, incluindo, mas não se limitando a, transporte urbano setores de planeamento, educação, turismo e recreação, desportos e preparação físico, bem como em grupos comunitários de base e organizações da sociedade civil.</p>
<p><b>Objetivo 2 – Criar ambientes ativos</b></p>	<p>Acção 2.1 - Fortalecer a integração de políticas de planeamento urbano e de transportes que priorizem os princípios de uso compacto e misto do solo, em todos os níveis de governo, conforme apropriado, para fornecer bairros altamente ligados, que possibilitem e promovam caminhadas, ciclismo e outras formas de mobilidade envolvendo o uso de rodas (incluindo cadeiras de rodas, scooters e patins) e o uso de transporte público, em comunidades urbanas, periurbanas e rurais.</p> <p>Acção 2.2 - Melhorar o nível de serviço prestado por infraestruturas de redes pedonais e ciclovias, de forma a permitir e promover a caminhada, a bicicleta, outras formas de mobilidade envolvendo o uso de rodas (incluindo cadeiras de rodas, patinetes e patins) e a utilização de transportes públicos, em meio urbano, periurbano e comunidades rurais, respeitando os princípios de acesso seguro, universal e equitativo para pessoas de todas as idades e capacidades, e em conformidade com os demais compromissos.</p> <p>Acção 2.3 - Acelerar a implementação de ações políticas para melhorar a segurança viária e pessoal de pedestres, ciclistas, pessoas engajadas em outras formas de mobilidade envolvendo o uso de rodas (incluindo cadeiras de rodas, patinetes e patins) e passageiros de transporte público, com prioridade para ações que reduzam risco para os usuários mais vulneráveis da estrada, de acordo com a abordagem de sistemas seguros para a segurança no trânsito e em alinhamento com outros compromissos.</p> <p>Acção 2.4 - Fortalecer o acesso a espaços públicos e espaços verdes abertos e de boa qualidade, redes verdes, espaços recreativos (incluindo áreas fluviais e costeiras) e instalações desportivas para todas as pessoas, de todas as idades, e de diversas capacidades em comunidades urbanas, periurbanas e rurais, garantindo o design é consistente com esses princípios de acesso seguro, universal, favorável ao idoso e equitativo, sendo a prioridade reduzir as desigualdades.</p> <p>Acção 2.5 - Fortalecer a política, as diretrizes regulatórias e de design e as estruturas nos níveis nacional e subnacional, conforme apropriado, para promover instalações públicas, escolas, assistência médica, instalações desportivas e recreativas, locais de trabalho e habitação social, que sejam projetados para permitir aos ocupantes e visitantes diversas oportunidades para ser fisicamente ativo dentro e ao redor dos edifícios, e priorizar o acesso universal por pedestres, ciclistas e transporte público.</p>
<p><b>Objetivo 3 – Criar pessoas ativas</b></p>	<p>Acção 3.1 - Fortalecer a oferta de educação física de boa qualidade, e experiências e oportunidades mais positivas para recreação ativa,</p>



	<p>desportos e brincadeiras para raparigas e rapazes, aplicando os princípios da abordagem de toda a escola em todas as instituições de ensino pré-primário, primário, secundário e terciário, para estabelecer e reforçar a saúde e a educação física ao longo da vida, e promover o desfrute e a participação na atividade física, de acordo com a capacidade e habilidade de cada um.</p> <p>Acção 3.2 - Implementar e fortalecer sistemas de avaliação e aconselhamento do paciente sobre aumento da atividade física e redução do comportamento sedentário, por provedores de saúde, comunidade e assistência social devidamente treinados, nos serviços de saúde primária e secundária, e serviços sociais, como parte da atenção universal da saúde, garantindo envolvimento da comunidade e do paciente e ligações coordenadas com recursos da comunidade, quando apropriado.</p> <p>Acção 3.3 - Aumentar a oferta e as oportunidades de mais programas de promoção da atividade física em parques e outros ambientes naturais (como praias, rios e costas), bem como em locais de trabalho públicos e privados, centros comunitários, instalações recreativas e desportivas e centros religiosos, para apoiar a participação em atividades físicas, por todas as pessoas em diversas situações.</p> <p>Acção 3.4 - Melhorar a oferta e as oportunidades para programas e serviços adaptados de forma adequada, voltados para o aumento da atividade física e redução do comportamento sedentário em adultos mais velhos, de acordo com a capacidade, em ambientes-chave, como áreas locais e comunitárias, saúde, ambientes sociais e de cuidados de longa duração, instalações de vida assistida e ambientes familiares, para apoiar o envelhecimento saudável.</p> <p>3.5 - Fortalecer o desenvolvimento e implementação de programas e serviços em vários ambientes comunitários, que se envolvam e aumentem as oportunidades para a atividade física nos grupos menos ativos, conforme identificado para cada país, como meninas, mulheres, adultos mais velhos, rurais e indígenas, comunidades e populações vulneráveis ou marginalizadas, recebendo contribuições positivas de todas as pessoas.</p> <p>Acção 3.6 - Implementar iniciativas de toda a comunidade, nos níveis de cidade, município ou comunidade, que estimulem o envolvimento de todas as partes interessadas e otimizem uma combinação de abordagens políticas, em diferentes ambientes, para promover o aumento da participação na atividade física e redução do comportamento sedentário por pessoas de todas idades e capacidades diversas, com foco no envolvimento, co-desenvolvimento e apropriação da comunidade de base.</p>
<p><b>Objetivo 4 – Criar sistemas ativos</b></p>	<p>Acção 4.1 - Fortalecer as estruturas de políticas, de liderança e sistemas de governança, nos níveis nacional e sub-nacional, para apoiar a implementação de ações destinadas a aumentar a atividade física e reduzir o comportamento sedentário, incluindo: envolvimento multissetorial e mecanismos de coordenação; coerência de políticas entre setores; diretrizes; recomendações e planos de ação sobre atividade física e comportamento sedentário</p>

	<p>para todas as idades; e monitorização e avaliação de progresso, para fortalecer a responsabilidade.</p> <p>Acção 4.2 – Melhorar os sistemas e recursos de dados de nível nacional e, quando apropriado, sub-nacional, para apoiar: vigilância regular da população na atividade física e comportamento sedentário, em todas as idades e em vários domínios; desenvolvimento e teste de novas tecnologias digitais para fortalecer os sistemas de vigilância; desenvolvimento de sistemas de monitorização de determinantes socioculturais e ambientais mais amplos da atividade física; e monitorização multissetorial regular, bem como relatórios sobre a implementação de políticas para garantir a responsabilidade e informar a política pública e a prática.</p> <p>Acção 4.3 – Fortalecer a capacidade de pesquisa e avaliação nacional e institucional, e estimular a aplicação de tecnologias digitais e de inovação para acelerar o desenvolvimento e implementação de soluções políticas eficazes destinadas a aumentar a atividade física e reduzir o comportamento sedentário.</p> <p>Acção 4.4 - Intensificar os esforços de promoção para aumentar a consciencialização, o conhecimento e o envolvimento em ações conjuntas em nível global, regional e nacional, visando públicos-chave, incluindo, mas não se limitando a, líderes de alto nível, decisores políticos em vários setores, aos mass media, o setor privado, os líderes das cidades e das comunidades, bem como a comunidade em geral.</p> <p>Acção 4.5 - Fortalecer os mecanismos de financiamento para garantir a implementação sustentada de ações nacionais e sub-nacionais e o desenvolvimento de sistemas facilitadores que apoiem o desenvolvimento e a implementação de políticas destinadas a aumentar a atividade física e reduzir o comportamento sedentário.</p>
--	---

**ANEXO C**  
**Dependência Institucional da Atividade Física**  
**Quadros governamentais no período considerado**

<b>Governo</b>	<b>Período</b>	<b>Programa de Governo</b>	<b>Dependência Nível 1</b>	<b>Dependência Nível 2</b>	<b>Órgão responsável</b>	<b>Fonte legislativa</b>
XIII	1998 10/1995 a 10/1999	Desporto como fator de saúde	Presidência do Cons. Ministros	Sec. Estado do Desporto	Instituto do Desporto	Decreto-Lei n.º 296-A/95, de 17 de novembro
XIV	1999 10/1999 a 04/2002	Desporto como fator de saúde e bem-estar físico	Ministério da Juventude e Desporto (criado pelo Decreto- Lei n.º 267-A/2000, de 20 de outubro)	Sec. Estado da Juventude e do Desporto	Instituto Nacional do Desporto	Decreto-Lei n.º 474-A/99, de 8 de novembro
XV	2002 04/2002 a 07/2004	Sem ligação	Presidência do Conselho de Ministros	Sec. Estado da Juventude e Desportos		Decreto-Lei n.º 120/2002 de 3 de Maio
XVI	2004 07/2004 a 03/2005	Primeira referência ao Programa Nacional de Promoção da Atividade Física. Ainda depende do Desporto	Presidência do Conselho de Ministros	Sec. Estado do desporto		Decreto-Lei n.º 215- A/2004 de 3 de Setembro

XVII	2005 03/2005 a 10/2009	Referência implícita na saúde	Presidência do Conselho de Ministros	Sec. Estado da Juventude e do Desporto		Decreto-Lei n.º 79/2005 de 15 de Abril
XVIII	2009 10/2009 a 06/2011	Referência no âmbito do Desporto	Presidência do Conselho de Ministros	Sec. Estado da Juventude e do Desporto		Decreto-Lei n.º 321/2009, de 11 de Dezembro
XIX	2011 06/2011 a 11/2015	Referência no âmbito do Desporto	Presidência do Conselho de Ministros	Sec. Estado do Desporto e Juventude		Decreto-Lei n.º 86-A/2011, de 12 de Julho
XX	2015 10/2015 a 11/2015	Mais referência explicitas				Sem Lei Orgânica
XXI	2016 11/2015 a 10/2019				DGS	
XXII	2019 10/2019 atual				DGS	

## ANEXO D

### Enquadramento temporal da análise e principais atores, vetores políticos e legislativos

Ano de Publicação	Documento	Governo	Lei de Bases			
			Saúde	Desporto	Meio escolar	Planeamento Urbano
1998	A - Saúde: Um Compromisso. A Estratégia da Saúde para o Virar do Século (1998-2002)	XIII	Lei 48/90	Lei 1/90	Lei 46/86 DL 95/91	Lei 48/98
2004	B - O Plano Nacional de Saúde 2004-2010	XVI	“	Lei 30/2004	“	“
2004	C - Plano de Acção para a Saúde 2004 - Áreas prioritárias	XV / XVI	“	“	“	“
2004	D - Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida	XV / XVI	“	“	“	“
2009	I - Orientações da União Europeia para a Actividade Física	XVII	“	Lei 5/2007	“	“
2011	J - Livro Verde da Actividade Física	XVIII		“	“	“
2011	E - Plano Nacional da Actividade Física	XIX	“	“	“	“
2013	F - Plano Nacional de Saúde 2012-2016	XIX	“	“	“	“
2015	G - Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 – Revisão e Extensão a 2020	XIX	“	“	“	Lei 31/2014
2015	H - Programa Nacional de Saúde Escolar	XIX	“	“	“	“

## ANEXO E

### Frequência dos marcadores de conteúdo em cada um dos documentos avaliados, por dimensão

#### A - Saúde: Um Compromisso. A Estratégia da Saúde para o Virar do Século (1998-2002)

A) Saúde:	- Tratamento da atividade física como determinante de saúde	√
	- Promoção da AF por via das instituições agregadas ao Ministério da Saúde	
	- Liderança intersectorial	
B) Desporto:	- Inserção na saúde pública	
	- Ações dirigidas à generalidade da população (exceto grupos específicos – p. ex. idosos)	
	- Coordenação intersectorial	
C) Educação:	- Atividade física na escola	√
	- Disciplina de educação física	
	- Desporto escolar	
D) Planeamento urbano e ambiente:	- Transportes: transportes públicos e transporte ativo	
	- Espaços verdes de recreação	√
	- Design urbano: ciclovias, trânsito e equipamentos e infraestruturas	

#### B - O Plano Nacional de Saúde 2004-2010

A) Saúde:	- Tratamento da atividade física como determinante de saúde	√
	- Promoção da AF por via das instituições agregadas ao Ministério da Saúde	√
	- Liderança intersectorial	√
B) Desporto:	- Inserção na saúde pública	√
	- Ações dirigidas à generalidade da população (exceto grupos específicos – p. ex. idosos)	
	- Coordenação intersectorial	
C) Educação:	- Atividade física na escola	√
	- Disciplina de educação física	√
	- Desporto escolar	
	- Transportes: transportes públicos e transporte ativo	

D) Planeamento urbano e ambiente:	- Espaços verdes de recreação	
	- Design urbano: ciclovias, trânsito e equipamentos e infraestruturas	

### C - Plano de Acção para a Saúde 2004 - Áreas prioritárias

A) Saúde:	- Tratamento da atividade física como determinante de saúde	√
	- Promoção da AF por via das instituições agregadas ao Ministério da Saúde	√
	- Liderança intersectorial	√
1B) Desporto:	- Inserção na saúde pública	
	- Ações dirigidas à generalidade da população (exceto grupos específicos – p. ex. idosos)	
	- Coordenação intersectorial	
C) Educação:	- Atividade física na escola	
	- Disciplina de educação física	
	- Desporto escolar	
D) Planeamento urbano e ambiente:	- Transportes: transportes públicos e transporte ativo	
	- Espaços verdes de recreação	
	- Design urbano: ciclovias, trânsito e equipamentos e infraestruturas	

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

A) Saúde:	- Tratamento da atividade física como determinante de saúde	√
	- Promoção da AF por via das instituições agregadas ao Ministério da Saúde	√
	- Liderança intersectorial	√
B) Desporto:	- Inserção na saúde pública	√
	- Ações dirigidas à generalidade da população (exceto grupos específicos – p. ex. idosos)	
	- Coordenação intersectorial	
C) Educação:	- Atividade física na escola	
	- Disciplina de educação física	
	- Desporto escolar	
D) Planeamento urbano e ambiente:	- Transportes: transportes públicos e transporte ativo	
	- Espaços verdes de recreação	

	- Design urbano: ciclovias, trânsito e equipamentos e infraestruturas	
--	---	--

### E - Plano Nacional da Actividade Física

A) Saúde:	- Tratamento da atividade física como determinante de saúde	√
	- Promoção da AF por via das instituições agregadas ao Ministério da Saúde	
	- Liderança intersectorial	
B) Desporto:	- Inserção na saúde pública	√
	- Ações dirigidas à generalidade da população (exceto grupos específicos – p. ex. idosos)	√
	- Coordenação intersectorial	√
C) Educação:	- Atividade física na escola	√
	- Disciplina de educação física	
	- Desporto escolar	
D) Planeamento urbano e ambiente:	- Transportes: transportes públicos e transporte ativo	√
	- Espaços verdes de recreação	√
	- Design urbano: ciclovias, trânsito e equipamentos e infraestruturas	√

### F - Plano Nacional de Saúde 2012-2016

A) Saúde:	- Tratamento da atividade física como determinante de saúde	√
	- Promoção da AF por via das instituições agregadas ao Ministério da Saúde	√
	- Liderança intersectorial	√
B) Desporto:	- Inserção na saúde pública	
	- Ações dirigidas à generalidade da população (exceto grupos específicos – p. ex. idosos)	
	- Coordenação intersectorial	
C) Educação:	- Atividade física na escola	
	- Disciplina de educação física	
	- Desporto escolar	
D) Planeamento urbano e ambiente:	- Transportes: transportes públicos e transporte ativo	
	- Espaços verdes de recreação	
	- Design urbano: ciclovias, trânsito e equipamentos e infraestruturas	



### G - Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 – Revisão e Extensão a 2020

A) Saúde:	- Tratamento da atividade física como determinante de saúde	√
	- Promoção da AF por via das instituições agregadas ao Ministério da Saúde	√
	- Liderança intersectorial	√
B) Desporto:	- Inserção na saúde pública	
	- Ações dirigidas à generalidade da população (exceto grupos específicos – p. ex. idosos)	
	- Coordenação intersectorial	
C) Educação:	- Atividade física na escola	
	- Disciplina de educação física	
	- Desporto escolar	
D) Planeamento urbano e ambiente:	- Transportes: transportes públicos e transporte ativo	
	- Espaços verdes de recreação	
	- Design urbano: ciclovias, trânsito e equipamentos e infraestruturas	

### H - Programa Nacional de Saúde Escolar

A) Saúde:	- Tratamento da atividade física como determinante de saúde	√
	- Promoção da AF por via das instituições agregadas ao Ministério da Saúde	
	- Liderança intersectorial	
B) Desporto:	- Inserção na saúde pública	
	- Ações dirigidas à generalidade da população (exceto grupos específicos – p. ex. idosos)	
	- Coordenação intersectorial	
C) Educação:	- Atividade física na escola	√
	- Disciplina de educação física	√
	- Desporto escolar	√
D) Planeamento urbano e ambiente:	- Transportes: transportes públicos e transporte ativo	√
	- Espaços verdes de recreação	√
	- Design urbano: ciclovias, trânsito e equipamentos e infraestruturas	√

### I - Orientações da União Europeia para a Actividade Física

A) Saúde:	- Tratamento da atividade física como determinante de saúde	√
-----------	---	---

	- Promoção da AF por via das instituições agregadas ao Ministério da Saúde	√
	- Liderança intersectorial	√
B) Desporto:	- Inserção na saúde pública	√
	- Ações dirigidas à generalidade da população (exceto grupos específicos – p. ex. idosos)	√
	- Coordenação intersectorial	√
C) Educação:	- Atividade física na escola	√
	- Disciplina de educação física	√
	- Desporto escolar	
D) Planeamento urbano e ambiente:	- Transportes: transportes públicos e transporte ativo	√
	- Espaços verdes de recreação	√
	- Design urbano: ciclovias, trânsito e equipamentos e infraestruturas	√

#### J - Livro Verde da Actividade Física

A) Saúde:	- Tratamento da atividade física como determinante de saúde	√
	- Promoção da AF por via das instituições agregadas ao Ministério da Saúde	√
	- Liderança intersectorial	√
B) Desporto:	- Inserção na saúde pública	√
	- Ações dirigidas à generalidade da população (exceto grupos específicos – p. ex. idosos)	√
	- Coordenação intersectorial	√
C) Educação:	- Atividade física na escola	√
	- Disciplina de educação física	√
	- Desporto escolar	√
D) Planeamento urbano e ambiente:	- Transportes: transportes públicos e transporte ativo	√
	- Espaços verdes de recreação	√
	- Design urbano: ciclovias, trânsito e equipamentos e infraestruturas	√

## ANEXO F

### Correspondência em gráfico da grelha de classificação dos documentos analisados

