



# PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

PORTUGAL

---

2021

**PROGRAMA NACIONAL PARA A  
PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA  
2021**

#### FICHA TÉCNICA

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

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

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2021.

#### PALAVRAS CHAVE

Atividade física, comportamento sedentário

#### EDIÇÃO

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

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

www.dgs.pt

#### AUTORIA

Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

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

Diretora | Marlene Nunes Silva

Adjuntos | Cristina Godinho, Romeu Mendes, Rute Santos

Apoio Técnico-Científico | Catarina Santos Silva

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

Lisboa, dezembro 2021

# Índice

<b>Resumo em Linguagem Clara</b>	<b>9</b>
<b>Summary in Plain Language</b>	<b>9</b>
<b>1. Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde</b>	<b>11</b>
<b>2. Enquadramento: Diagnóstico da Situação</b>	<b>13</b>
<b>3. Atividades desenvolvidas   2021</b>	<b>21</b>
3.1. Inquérito Nacional REACT-COVID 2.0, sobre prática de atividade física e hábitos alimentares dos portugueses um ano depois do início da pandemia por COVID-19 (estudo de <i>follow-up</i> )	21
3.2. Tradução portuguesa das novas recomendações globais para a atividade física e comportamento sedentário da Organização Mundial da Saúde	23
3.3. Aconselhamento breve para a promoção da atividade física nos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde	24
3.4. Capacitação de profissionais de saúde para a promoção da atividade física nos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde	32
3.5. Projeto-piloto de promoção da atividade física no SNS	33
3.6. Projeto europeu EUPAP – <i>An European Physical Activity on Prescription Model</i>	<b>34</b>
3.7. Atividade física e sua promoção pelos médicos em Portugal	35
3.8. Guias de referência rápida para a prescrição de exercício na doença crónica	38
3.9. Revisões sistemáticas da literatura científica, para suporte ao trabalho em curso	38
3.10. Colaboração na elaboração do Plano Nacional de Saúde 2021-2030	40
3.11. Outras atividades desenvolvidas no âmbito dos eixos de ação do PNPAF	41
3.12. Reflexo internacional das atividades desenvolvidas	50
<b>4. Roteiro de ação 2022</b>	<b>51</b>
<b>5. Referências Bibliográficas</b>	<b>53</b>
<b>6. Glossário</b>	<b>55</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>56</b>

# Índice de Gráficos

- Gráfico 1. **Prevalência da atividade física na população portuguesa entre 2015 e 2020, segundo os resultados de estudos nacionais conduzidos durante este período.** ..... 15
- Gráfico 2. **Níveis de atividade física dos portugueses (percentagem total e por sexo) um ano após o início da pandemia (resultados do estudo REACT-COVID 2.0; dados recolhidos em maio de 2021).** ..... 22
- Gráfico 3. **Níveis de tempo sentado diário dos portugueses (percentagem total e por sexo) um ano após o início da pandemia.** ..... 22
- Gráfico 4. **Prevalência nacional e regional de utentes utilizadores dos CSP, com  $\geq 15$  anos, com atividade física avaliada (pelo menos, um registo no SClínico CSP), por 100 000 utentes.** ..... 25
- Gráfico 5. **Número de consultas dos CSP do SNS (e respetiva tipologia) com registo do nível de atividade física e comportamento sedentário dos utentes no sistema informático SClínico – Cuidados de Saúde Primários (períodos 2017-2020 e 2021).** ..... 26
- Gráfico 6. **Incidência anual nacional de utentes utilizadores dos CSP, com  $\geq 15$  anos, cujos níveis de atividade física e comportamento sedentário foram avaliados, pelo menos uma vez, através do SClínico CSP (por 100 000 utentes).** ..... 26
- Gráfico 7. **Incidência anual de utentes utilizadores dos CSP (todas as idades) cujos níveis de atividade física e comportamento sedentário foram avaliados, pelo menos uma vez, através do SClínico CSP, por ARS (por 100 000 utentes).** ..... 27
- Gráfico 8. **Proporção (%) de utentes em cada uma das categorias do semáforo de prática de atividade física moderada, por grupo etário e sexo, avaliado através da ferramenta digital do SClínico – Cuidados de Saúde Primários.** ..... 28
- Gráfico 9. **Comparação da prevalência nas categorias do semáforo de atividade física (%) entre utentes avaliados 3 vezes quanto à sua atividade física no período 2017-2021, com registo através da ferramenta digital do SClínico – Cuidados de Saúde Primários.** ..... 28
- Gráfico 10. **Proporção (%) de utentes em cada uma das categorias do semáforo de tempo sentado diário, por grupo etário e sexo, avaliado através da ferramenta digital do SClínico – Cuidados de Saúde Primários.** ..... 29
- Gráfico 11. **Comparação da prevalência nas categorias do semáforo de tempo sentado diário (%) entre utentes avaliados 3 vezes quanto ao seu comportamento sedentário no período 2017-2021, com registo através da ferramenta digital do SClínico – Cuidados de Saúde Primários.** ..... 29
- Gráfico 12. **Prevalência nacional e regional de utentes, com  $\geq 15$  anos a quem foram emitidos recursos de aconselhamento breve para a atividade física através da PEM (por 100 000 habitantes).** ..... 30
- Gráfico 13. **Incidência anual nacional de utentes, com  $\geq 15$  anos, a quem foram emitidos recursos de aconselhamento breve para a atividade física através da PEM (por 100 000 habitantes).** ..... 30

- Gráfico 14. **Incidência anual de utentes, com  $\geq 15$  anos, a quem foram emitidos recursos de aconselhamento breve para a atividade física através da PEM, por ARS (por 100 000 habitantes).** ..... 31
- Gráfico 15. **Evolução do número mensal de guias de apoio ao aconselhamento breve para a atividade física emitidos através da PEM – Prescrição Eletrónica Médica.** ..... 31
- Gráfico 16. **Tipologia de guias de apoio ao aconselhamento breve para a atividade física emitidos através da PEM – Prescrição Eletrónica Médica (2017-2021).** ..... 32
- Gráfico 17. **Número de guias de aconselhamento breve para a atividade física emitido entre 2017 e 2021, por idade e sexo dos utentes.** ..... 32
- Gráfico 18. **Perceção de frequência de promoção da atividade física de utentes na prática clínica por parte dos médicos inquiridos.** ..... 36
- Gráfico 19. **Nível de atividade física semanal dos médicos inquiridos, avaliado por autorreporte, através do *International Physical Activity Questionnaire – Short form* (IPAQ-SF).** ..... 37
- Gráfico 20. **Nível de comportamento sedentário (tempo sentado) diário dos médicos inquiridos, avaliado por autorreporte, através do *International Physical Activity Questionnaire – Short form* (IPAQ-SF).** ..... 37
- Gráfico 21. **Evolução do número de acessos ao microsite do PNPAF entre 31 de Dezembro de 2020 e 12 de novembro de 2021.** ..... 47

## Índice de Tabelas

Tabela 1. <b>Abordagem five-to-five (“cinco para cinco”) para combate às doenças crónicas não transmissíveis.</b>	13
Tabela 2. <b>Cinco principais recomendações para a operacionalização das estratégias de intervenção propostas no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2021-2030.</b>	40
Tabela 3. <b>Roteiro de ação estratégica 2022.</b>	51

## Índice de Figuras

Figura 1. <b>Caracterização dos padrões de saúde identificados na população portuguesa durante o primeiro confinamento social (março-maio 2020) devido à COVID-19.</b>	16
Figura 2. <b>Os oito grandes investimentos para a promoção da atividade física com efetividade comprovada.</b>	20
Figura 3. <b>Objetivos Operacionais do PNPAF 2021.</b>	21
Figura 4. <b>Tradução portuguesa das recomendações para a atividade física e comportamento sedentário da Organização Mundial da Saúde 2020.</b>	24

## Siglas e Acrónimos

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

## Resumo em Linguagem Clara

Este documento resume os dados da atividade física em Portugal e faz um ponto de situação sobre as principais estratégias para a promoção da atividade física implementadas em 2021. Neste documento, também se elenca um resumo das ações e estratégias previstas para o próximo ciclo.

### Diagnóstico da situação

- A atividade física regular contribui para aumentar a longevidade e reduzir a carga de doença. Além do seu papel preventivo e terapêutico na saúde das populações, tem sido notória a produção científica no âmbito do seu contributo concomitante para o combate às alterações climáticas e promoção do desenvolvimento sustentável.
- Dados de prevalência dos comportamentos do movimento recolhidos durante o primeiro confinamento geral obrigatório decorrente da pandemia da COVID-19, revelaram que a prevalência de portugueses adultos que atingiam as recomendações de atividade física era de 46,0%; contudo, quase a mesma proporção (46,4%) afirmava passar 7 horas ou mais por dia em tempo sentado.
- A pandemia da COVID-19 parece ter contribuído para o aumento das iniquidades em saúde de determinados grupos populacionais, ao nível de comportamentos de saúde como a atividade física e a alimentação, devido à interação com fatores socioeconómicos.
- Em 2021, a *International Society for Physical Activity and Health (ISPAH)* publicou um documento atualizado identificando as oito principais áreas de investimento com retorno, a ter em conta no contexto das políticas nacionais e locais para a promoção da atividade física.

### Atividades | 2021

Atividades-chave implementadas:

- Inquérito nacional REACT-COVID 2.0, sobre prática de atividade física e hábitos alimentares dos portugueses um ano depois do início da pandemia por COVID-19 (estudo de follow-up).

## Summary in Plain Language

This document summarizes physical activity (PA) data for Portugal and presents what was accomplished regarding the key actions implemented in 2021. It also presents future strategies and actions for physical activity promotion.

### Current situation

- Regular physical activity contributes to increase longevity and to reduce the burden of disease. Besides its preventive and therapeutic roles in populations' health, current scientific literature is increasingly highlighting its contribution to fight climate changes and to promote sustainable development.
- Epidemiologic data of movement behaviours collected during the first COVID-19 general confinement showed that 46,0% of Portuguese adults were sufficiently active (according to WHO guidelines); however, almost the same proportion (46,4%) reported spending 7 hours or more a day in sitting time.
- The COVID-19 pandemic seemed to have increased health inequities regarding physical activity and healthy eating due to the interaction of socioeconomic factors.
- In 2021, the *International Society for Physical Activity and Health (ISPAH)* published an updated document regarding the eight best investments that work on physical activity promotion.

### Activities | 2021

Key actions implemented:

- REACT-COVID 2.0 national survey implementation regarding physical activity practice and eating habits one year after the beginning of COVID-19 pandemic (follow up study).

- Tradução portuguesa das novas recomendações globais para a atividade física e comportamento sedentário da Organização Mundial da Saúde
- Conclusão da recolha de dados para avaliação de processo da Consulta de Atividade Física piloto no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e preparação da retoma da sua implementação.
- Promoção do aconselhamento breve para a atividade física, através de iniciativas de capacitação de profissionais de saúde, nomeadamente através do lançamento de mais edições de curso e-learning, especialmente importante no atual contexto pandémico, que afetou negativamente a avaliação e aconselhamento breve da atividade física nos Cuidados de Saúde Primários.
- Desenvolvimento de trabalhos no âmbito do lançamento de inquérito nacional sobre atitudes e práticas profissionais de médicos no âmbito da atividade física e sua promoção (estudo de follow-up).
- Desenvolvimento de trabalhos preparatórios conducentes à publicação de guias de referência para a prescrição de exercício na doença crónica.
- Revisões sistemáticas da literatura, para suporte ao trabalho em curso.
- Portuguese translation of the new global guidelines on physical activity and sedentary behaviour 2020 of the World Health Organization.
- Conclusion of the process evaluation data collection of the physical activity pilot consultation within the Portuguese National Health Service (NHS) and planning of the national resumption.
- Physical activity brief counselling promotion, through health professionals training initiatives, namely the launch of new editions of a national e-learning course.
- Work development regarding the follow up study on doctors' physical activity attitudes and promotion practices.
- Work development regarding the production and launching of quick reference guides on physical activity prescription in chronic diseases.
- Systematic reviews of scientific literature to support ongoing work.

### Roteiro de ação futura | ≥2022

Estão previstas várias ações futuras, que visam:

- Melhorar a capacitação da população para a escolha e implementação de um estilo de vida ativo.
- Melhorar a prevenção da doença e a prestação de cuidados de saúde, integrando uma abordagem a determinantes de saúde como a AF e o comportamento sedentário.
- Melhorar a qualidade da oferta de oportunidades de prática de AF em diferentes contextos, ao longo do ciclo de vida.
- Promover a tomada de decisão informada (vigilância epidemiológica e monitorização).

### Action plan | 2019-2020

Several future actions are planned, aiming to:

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

# 1. Nota Introdutória da Diretora-Geral da Saúde

O ano de 2021 continuou a estar marcado pelo contexto pandémico. Muitos dos constrangimentos verificados em 2020, consequência das necessárias medidas de mitigação da transmissão do vírus SARS-COV-2, voltaram a aplicar-se em 2021. Tal contexto ditou a suspensão de algumas atividades no âmbito da promoção da atividade física, mas originou outras, criando novas dinâmicas e novas oportunidades de promoção (potenciadas também pela via digital).

O inquérito populacional aos hábitos de atividade física e alimentares da população portuguesa, um ano depois do início da pandemia por COVID-19, parece apontar para uma tendência de melhoria dos níveis de AF da população (54,3% reporta níveis adequados de atividade física para a promoção da saúde, vs. 46% em 2020). Serão potencialmente boas notícias, fruto de uma alteração da norma social em torno da atividade física nos últimos anos e da maior e mais diversificada oferta (incluindo mais oferta digital e maior criação de contextos de prática, como ciclovias e parques pedonais), mas principalmente da valorização deste comportamento (p. ex., exceção permitida durante os confinamentos; proteção da saúde e gestão do stress, etc.). Não obstante, parece ter também aumentado o tempo sedentário, sendo este de 7 ou mais horas por dia para 46,4% dos inquiridos (vs. 38.9%, em 2020). Tal contribui para um perfil populacional “Ativo mas Sedentário” (sendo estes dois indicadores de saúde/risco independentes), ao qual importa atentar.

**É sabido, e os dados deste relatório também o sublinham, que os fatores de risco se potenciam, mas o mesmo acontece com os fatores protetores. Ora concorrendo para um padrão salutogénico estão níveis mais elevados de atividade física. A este nível, investigar, intervir de forma baseada na evidência encontrada e gerada, e comunicar bem (tanto com a comunidade científica, como com a técnica, bem como com público em geral) são fundamentais. A ação do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física em tudo segue estas premissas, sendo o conteúdo deste relatório (e as atividades a vários níveis nele espelhadas) o seu melhor reflexo.**

Em todas as suas vertentes de atuação temos a ancoragem científica (pela investigação e publicação em revistas científicas de circulação internacional), bem como a sua tradução para a comunidade de especialistas e técnicos. Exemplo disso é o desenvolvimento de recursos e plataformas de formação digital, disseminando a formação de formadores, por forma a aumentar a capacitação de profissionais para o uso das ferramentas de avaliação e aconselhamento breve para a promoção da atividade física. Estas ferramentas, ainda que existentes para download livre por profissionais em qualquer contexto, encontram-se integradas nos sistemas eletrónicos de apoio às consultas do Serviço Nacional de Saúde (especialmente nos cuidados de saúde primários).

O volume total de consultas de Cuidados de Saúde Primários em que foi realizada a avaliação e registo dos níveis de atividade física e comportamento sedentário dos utentes, desde a disponibilização da ferramenta em sistema (final 2017), foi de 261 476 consultas, das quais 23,2% foram realizadas no último ano. A proporção de utentes, utilizadores dos CSP, avaliados corresponde, em média, a 2 em cada 100 utentes, representando o dobro do valor monitorizado no final de 2020. Quanto à utilização da ferramenta de apoio ao aconselhamento breve para a promoção da atividade física, desde que foi disponibilizada, corresponde à emissão de 42 645 guias de aconselhamento breve para a atividade física, um aumento de 18%, comparativamente aos dados apurados no final de 2020 (dados acumulados).

Quanto aos resultados desta avaliação nos próprios Cuidados de Saúde Primários, eles são compatíveis com os já indicados pelos dados do questionário epidemiológico: Durante o período em análise (2017-2021), os utentes a quem foi realizada uma segunda e terceira avaliações da atividade física evidenciaram uma tendência de aumento do seu nível de atividade física ao longo do tempo.

A população é assim o destinatário último e principal da ação do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, o trabalho de disseminação via comunicação social, infografias e redes é disso reflexo. Sublinha-se aqui a produção da tradução portuguesa das novas recomendações globais para a atividade física e comportamento sedentário da Organização Mundial da Saúde e sua disseminação. É baseado nelas que fica o mote (tanto para a ação do programa, como para a da população): Todo o movimento conta!

## 2. Enquadramento: Diagnóstico da Situação

### Enquadramento geral

Na Europa, um pequeno número de doenças crónicas não transmissíveis é responsável por cerca de 86% das mortes e 77% da carga de doença (1). São elas a diabetes, as doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias crónicas e a doença mental/outras condições de saúde mental. Este conjunto de patologias é atualmente designado por “Big five” (“cinco grandes”), tendo sido sugerida uma abordagem “five-to-five”, no contexto da qual o combate a estes cinco tipos de grandes patologias é mediado por uma atuação prioritária ao nível dos cinco principais fatores de risco: inatividade física, maus hábitos alimentares, consumo de tabaco, consumo prejudicial de bebidas alcoólicas e fatores de risco ambientais (2) (Tabela 1).

Tabela 1. **Abordagem five-to-five (“cinco para cinco”) para combate às doenças crónicas não transmissíveis.**

5 Grandes grupos de doenças crónicas não transmissíveis (“Big five”)	5 Grandes fatores de risco
Diabetes	Inatividade física
Doenças cardiovasculares	Maus hábitos alimentares
Cancro	Consumo de tabaco
Doenças respiratórias crónicas	Consumo prejudicial de bebidas alcoólicas
Doença mental e outras condições de saúde mental	Fatores de risco ambientais

Fonte: Stein et al, 2019.

Analisando o contributo específico da inatividade física para a carga de doença e mortalidade precoce, a evidência científica aponta para que cerca de 10% dos casos de cancro do cólon, 10% dos casos de cancro da mama, 7% dos casos de diabetes e 6% dos casos de doença coronária na população mundial possam ser prevenidos, caso a população mundial tivesse níveis de prática de atividade física compatíveis com as recomendações globais, sendo que 9% dos casos de morte prematura poderiam igualmente ser evitados (3).

Dados publicados em 2020, do último estudo do *Global Burden of Disease* acerca da carga de doença e mortalidade atribuídas aos principais fatores de risco para a saúde entre 1990 e 2019 (4) indicam que a atividade física insuficiente é o 16º fator de risco de nível 2 ao qual são atribuídas mais mortes (11,1 mortes por 100 000, ajustadas para a idade, a nível mundial) e o 18º ao qual são atribuídos mais anos de saúde prematuramente perdidos, com um valor de DALYs (*disabled-adjusted life-years*) ajustados para a idade de 194,8 por 100 000, em todo o mundo (5). Informação mais completa sobre estes indicadores poderá ser consultada no Relatório do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física de 2020, disponível [AQUI](#).

Além do seu papel preventivo fundamental, a prática de atividade física constitui igualmente um importante coadjuvante terapêutico, ao contribuir para o atraso da progressão de diversas doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente de sete grupos importantes de patologias: cardiovasculares, oncológicas, pulmonares, metabólicas, psiquiátricas, neurológicas e musculo-esqueléticas (6).

Num período em que a saúde das populações nunca esteve tão ligada à saúde do planeta (7), e em que as alterações climáticas nunca estiveram tanto na ordem do dia, importa salientar o contributo central que a prática de atividade física representa para a saúde do planeta, ao contribuir directamente para 8 dos 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (8). No que respeita, especificamente, à redução da poluição do ar decorrente do aumento da mobilidade ativa em áreas urbanas, através do uso da marcha e/ou bicicleta para deslocamentos de curta distância, em substituição do uso do carro, estima-se que possam ser prevenidas 21 a 99 mortes prematuras por milhão num ano (dados estimados para uma cidade como Londres ou Deli,

respectivamente), apenas devido à melhor qualidade do ar (7). Contudo, os benefícios serão ainda superiores, se considerarmos o aumento concomitante dos níveis de atividade física, per se, decorrente do maior uso de formas de mobilidade ativa para as deslocações do dia-a-dia (7).

A um outro nível, a prática de atividade física ao ar livre e em contextos de natureza, designada por “blue exercise” (quando em contextos aquáticos naturais) e “green exercise” (quando em contextos de vegetação) tem recebido crescente atenção por parte da comunidade científica, pelo seu duplo contributo, por um lado, ao nível dos efeitos benéficos potenciados na saúde e bem-estar físico e mental dos indivíduos, por outro lado, no seu contributo para a sustentabilidade dos ambientes naturais (9).

A este nível, uma aposta forte em políticas intersetoriais de promoção da atividade física da população, alinhadas com a sustentabilidade ambiental do planeta, quer ao nível da mobilidade suave, quer ao nível de outras formas de atividade física em diferentes contextos de vida, será fundamental.

Destaque-se um exemplo recente a este nível, liderado pela *United Nations Climate Change*, um secretariado das Nações Unidas especificamente dedicado à resposta às alterações climáticas, que criou a “Sports for Climate Change Framework” (10), um referencial ao qual as grandes organizações desportivas podem aderir e que, aliado a outras iniciativas, pretende potenciar o seu papel no combate às alterações climáticas, quer através de ações concretas de redução das emissões de gases com efeito de estufa decorrentes das atividades diretamente ligadas ao setor (viagens, eventos, etc.), quer tornando-se líderes de influência no combate às alterações climáticas, ao alavancar a sua posição de influência nas sociedades em prol do planeta, no âmbito da sua responsabilidade social. Mais recentemente, no âmbito da Cimeira do Clima COP26, foi apresentado o compromisso “Race to Zero” (11), que integra ações concretas a ser assumidas pelas organizações desportivas, bem como um conjunto definido de metas a ser atingidas.

Será o esforço conjunto e concertado dos diferentes setores sociais (saúde, transportes, educação, desporto, ciência e inovação, trabalho, etc.) que fará a diferença, quer ao nível da promoção da saúde das populações e combate às doenças crónicas não transmissíveis, quer, intimamente ligado ao anterior, à promoção da saúde do planeta e combate às alterações climáticas.

### **Atividade física e comportamentos sedentários: Tendências na pandemia**

A pandemia por COVID-19 afectou severamente a Região Europeia, tendo as suas sucessivas “vagas” determinado esforços e políticas nacionais e internacionais diversos, para contenção da infeção e dos seus efeitos negativos diretos e indiretos na saúde das populações e no funcionamento dos serviços de saúde. Devido à elevada transmissão do vírus pessoa-a-pessoa, o distanciamento físico e social são elementos-chave na gestão da pandemia e integraram os planos de ação da maioria dos países para travar a propagação da doença. Tal envolveu, em diversos momentos, períodos de confinamento e teletrabalho obrigatórios, com o encerramento temporário de escolas, locais de trabalho e outros serviços, como estruturas públicas para prática de exercício físico, parques, ginásios e clubes desportivos (12).

Em Portugal, as medidas nacionais restritivas para contenção da pandemia foram sempre acompanhadas pela inclusão da prática individual de atividade física ao ar livre como excepção às medidas de isolamento social, em alinhamento com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) – um claro reconhecimento do papel fundamental da prática de atividade física como determinante de saúde física e mental (13). Também no contexto específico da infeção por COVID-19, a produção científica mais recente tem suportado a relação linear entre os níveis de prática de atividade física e a função imunitária/defesa viral e, neste contexto, a existência, em pessoas mais ativas, de uma maior proteção contra a doença severa, especialmente

aquando da coocorrência da infeção por COVID-19 com comorbilidades como a obesidade, a diabetes, a hipertensão ou doenças cardiovasculares (14). Reforça-se, assim, a importância da manutenção de uma prática de atividade física compatível com as atuais recomendações, de, pelo menos, 150 minutos de atividade física de intensidade moderada, ou 75 minutos de intensidade vigorosa, ou uma combinação de ambas.

Perante as alterações sociais profundas que a COVID-19 trouxe, a vigilância epidemiológica dos comportamentos de atividade física, a par de outros comportamentos de saúde, obteve especial atenção em vários países, tendo a atividade física ganho relevo em termos de sensibilização da população para a importância deste comportamento (12).

Em Portugal, durante o primeiro confinamento social obrigatório (março de 2020), decorreu a primeira recolha de dados do estudo REACT-COVID, da responsabilidade científica conjunta do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) e Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), para caracterização da prática de atividade física e hábitos alimentares dos portugueses durante este período. Especificamente no âmbito dos comportamentos de atividade física, os dados apontaram para um quadro em que pouco mais de um terço (33,5%) da população reportou níveis baixos de atividade física, 20,5% eram moderadamente ativos e 46,0% reportou níveis de atividade física compatíveis com as recomendações internacionais (categoria “ativo”). Comparativamente a dados nacionais anteriores provenientes de estudos populacionais que utilizaram o mesmo instrumento de estimação, verificou-se que, durante o período do primeiro confinamento obrigatório, ocorreu um aumento da prevalência de pessoas com níveis baixos de atividade física face a dados de 2017 (valores que tinham tendência decrescente desde 2015) e permaneceu praticamente inalterada a prevalência de pessoas com um nível de atividade física compatível com as recomendações internacionais, comparativamente a 2017 (mantendo-se a prevalência superior relativamente a 2015) (Gráfico 1).

Gráfico 1. **Prevalência da atividade física na população portuguesa entre 2015 e 2020, segundo os resultados de estudos nacionais conduzidos durante este período.**



Fonte: DGS, 2020.

No que respeita aos comportamentos sedentários, durante este período, quase metade dos portugueses (46,4%) afirmou passar mais de 7 horas por dia de tempo sentado, um valor preocupante, já que durações de tempo sentado diário desta grandeza se associam a maior risco de mortalidade (15).

A outro nível, há, contudo, que realçar que o contexto de contenção social parece ter contribuído para o agravamento das iniquidades em saúde, em função das características socioeconómicas individuais, em que a adopção de comportamentos de saúde benéficos teve menos expressão em grupos populacionais mais desfavorecidos. Uma análise simultânea de um conjunto de variáveis de 3 grandes grupos (atividade física, alimentação e literacia) permitiu identificar aglomerados populacionais com dois padrões de saúde distintos: um padrão de risco – em pessoas que apresentaram um baixo nível de atividade física, coocorreu a pioria dos hábitos alimentares (aumento do consumo de snacks salgados, refeições pré-preparadas, refrigerantes e take-away e diminuição do consumo de hortofrutícolas), o desconhecimento das recomendações da Direção-Geral da Saúde (DGS) sobre atividade física e alimentação saudável em contexto de isolamento social, perceção de situação financeira difícil ou muito difícil, menor nível de escolaridade, bem como mais tempo em situação de confinamento social (5 semanas ou mais) – e um padrão protetor – pessoas que apresentaram níveis de atividade física “ativo” ou “moderadamente ativo” não tinham piorado os seus hábitos alimentares, tiveram acesso às recomendações da DGS na área da atividade física e alimentação saudável em contexto de contenção social, percecionavam ter uma boa situação financeira, tinham maior nível de escolaridade (12º ano ou superior), eram mais jovens e estavam há menos tempo em situação de confinamento social (Figura 1).

Os resultados completos relativos ao estudo desta primeira recolha de dados podem ser aprofundados [AQUI](#).

Figura 1. **Caracterização dos padrões de saúde identificados na população portuguesa durante o primeiro confinamento social (março-maio 2020) devido à COVID-19.**



## PADRÃO PROTETOR DA SAÚDE

### ATIVIDADE FÍSICA

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

### ALIMENTAÇÃO

Não pioraram hábitos alimentares\*

### ACESSO ÀS RECOMENDAÇÕES

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

### SITUAÇÃO FINANCEIRA E ESCOLARIDADE

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

### IDADE

Idade entre os 16 e os 54 anos

### TEMPO DE CONFINAMENTO

Em confinamento há menos 5 semanas

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

Fonte: DGS, 2020.

Este estudo contemplou, ainda uma segunda fase de recolha de dados, um ano após o início da pandemia em Portugal, cujos resultados se descreve na secção deste relatório dedicado às atividades desenvolvidas durante 2021. Contudo, é possível identificar uma clara tendência para a manutenção destes dois tipos de aglomerados populacionais. Importará, assim, acomodar uma estratégia robustecida para a redução das iniquidades em saúde, aquando do planeamento futuro de políticas de promoção da saúde.

Um pouco por toda a região europeia, a pandemia trouxe efeitos mistos no contexto da promoção da atividade física. Contudo, apesar do profundo impacto negativo que a primeira vaga da pandemia teve nas oportunidades de prática de atividade física em cada país e dos resultados mistos (positivos e negativos) ao nível das políticas nacionais de promoção da atividade física e gestão das doenças crónicas não transmissíveis em cada um dos diferentes países, há que salientar um claro efeito positivo ao nível da consciencialização da população para a prática de atividade física (12), um dado de relevo, já que esta tomada de consciência constitui um dos determinantes da prática de atividade física na população.

Particularmente em Portugal, num ano em que foi publicada a Resolução da Assembleia da República nº 195/2021, que salienta, entre outros, a importância do cumprimento efetivo das medidas previstas ao nível do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, e durante o qual já será possível beneficiar de um pequeno incentivo fiscal no contexto da prática de atividade física em ginásios e centros desportivos (dedução de 15% do IVA associado a estas despesas no IRS de 2021, aplicável até ao limite global de 250€ por agregado), nunca foi tão importante continuar robustecer cada vez mais a promoção da atividade física da população portuguesa, através de medidas com efetividade comprovada pela ciência e de âmbito transversal a todos os setores sociais.

## Promoção da atividade física: As novas recomendações globais e os investimentos com retorno

A OMS lançou no final de 2020 as novas recomendações globais para a atividade física e comportamento sedentário (16). De acordo com a revisão sistematizada do conhecimento científico produzido ao longo da última década, uma das mensagens principais que estas novas recomendações vieram trazer é que “CADA MOVIMENTO CONTA”, constituindo uma importante alteração face às anteriores recomendações de 2010 (17), em que, no caso da atividade física aeróbica, apenas uma duração de prática de, pelo menos, 10 minutos consecutivos era considerada como tendo impacto benéfico na saúde. À luz da nova evidência científica, toda a atividade física, independentemente da duração consecutiva de cada período de prática, tem impactos positivos na saúde, o que vem trazer implicações importantes na forma de comunicar sobre atividade física com a população e na forma como esta a percebe (18), já que contempla, naturalmente, uma noção de maior flexibilização dos comportamentos da atividade física e, por conseguinte, um maior potencial de integração destes comportamentos em diferentes momentos e contextos ao longo do dia, uma vez que “tudo conta” – desde o movimento mais natural, como deslocar-se a pé ou subir escadas, até ao exercício físico ou atividade desportiva programados.

Esta caracterização da atividade física como algo de fácil integração no dia-a-dia, independentemente da sua duração, com elevado potencial de abranger atividades consideradas agradáveis (por ex. corrida ao pôr do sol) e/ou congruentes com outras prioridades de vida (por ex., brincar com os filhos ou os netos em contacto com a natureza) é especialmente relevante num contexto de promoção que se quer transversal a diferentes contextos.

A este nível, importa sublinhar o importante trabalho de revisão sistemática da literatura científica que tem sido levado a cabo no sentido de se identificar os investimentos com retorno no âmbito da promoção da atividade física, ou seja, as ações de promoção da atividade física que, efetivamente, funcionam e nas quais se deve apostar. **A *International Society for Physical Activity and Health (ISPAH)* publicou em 2021 um documento atualizado identificando as oito principais áreas de investimento com retorno, a ter em conta no contexto das políticas nacionais e locais para a promoção da atividade física (19):**

1. **Programas escolares, com uma abordagem transversal a toda a escola (“whole-of-school”):** Uma abordagem “whole-of-school” implica integrar no programam de promoção da atividade física um conjunto abrangente de componentes escolares que, em conjunto, estão comprometidos em promover a atividade física para todos os membros da comunidade escolar, através de políticas de apoio, ambientes e oportunidades sustentáveis. Tais programas visam proporcionar aos alunos múltiplas oportunidades de atividade física ao longo do dia, tendo benefícios diretos nos resultados escolares e comportamento em sala de aula.
2. **Mobilidade ativa:** Constitui uma forma prática e sustentável de aumentar a prática de atividade física de muitas pessoas, estando identificado um conjunto de políticas que encorajam de forma efetiva a caminhada, o uso da bicicleta e dos transportes públicos pela população, com impactos positivos importantes também ao nível dos objectivos para o desenvolvimento sustentável.
3. **Desenho urbano promotor da atividade física:** A forma como os ambientes urbanos e suburbanos são projetados e construídos influencia os nossos comportamentos conscientes e subconscientes. Ambientes promotores da atividade física aumentam o nível de prática dos seus habitantes, pelo que a implementação de políticas que promovem o acesso equitativo a parques, infra-estruturas locais que promovam a caminhada, o uso da bicicleta e dos transportes públicos são fundamentais.
4. **Cuidados de saúde:** Os profissionais de saúde têm um papel fundamental no aconselhamento da atividade física aos utentes, quer pela confiança que a população lhes deposita, quer pelo contacto

que têm com grandes segmentos da população. A evidência científica mostra que intervenções de promoção da atividade física implementadas no contexto dos cuidados de saúde, especialmente em Cuidados de Saúde Primários (CSP), são efetivas e, em muitos casos, custo-efetivas. Existe uma forte evidência para a implementação, por exemplo, de modelos de aconselhamento breve para a atividade física, em articulação com os recursos de atividade física da comunidade envolvente.

5. **Educação pública, incluindo iniciativas de *mass media*:** Envolve comunicação/sensibilização/educação pública utilizando diferentes meios de comunicação social (desde a imprensa escrita, televisão, rádio, meios digitais, entre outros). Estas intervenções têm um elevado potencial para o aumento da consciencialização de um vasto segmento da população face à importância da atividade física, da intenção de prática e, em última instância, dos níveis de prática. Em especial, as campanhas nacionais de *mass media* são consideradas uma das estratégias com maior custo-efetividade na promoção da atividade física, sendo que a sua implementação deve seguir os princípios de boas práticas, nomeadamente um enquadramento positivo, a adaptação e direcionamento da mensagem, baseando-se na teoria e investigação científica. A educação pública a este nível deve ser combinada com o aumento das oportunidades de prática de atividade física, quer ao nível do ambiente construído, quer ao nível da oferta de outros recursos comunitários de prática.
6. **Desporto e exercício físico recreativo para todos:** A prática desportiva e de recreação evidencia benefícios sociais, económicos e de saúde importantes. Aliado ao significado cultural atribuído por largos segmentos da população, a participação desportiva e de recreação pode ser incentivada com o aumento da oferta de infra-estruturas ou espaços de prática e de programas formais e informais dinamizados pelos clubes. Também os eventos de massa (por ex., corridas de massa), por envolverem centenas de participantes, incentivam a instalação de uma norma social de participação na prática de exercício físico recreativo.
7. **Locais de trabalho:** Constituem dos locais mais oportunos para a promoção da saúde, em que os efeitos diretos na saúde dos trabalhadores se traduzem em benefícios claros para as entidades empregadoras, através da redução das taxas de absentismo e de burn out. As políticas e programas a este nível podem incluir o desenho de espaços de trabalho que promovam a atividade física incidental, a promoção da mobilidade ativa, encorajar uma cultura de trabalho ativa (por ex., reuniões ambulantes), proporcionar aos trabalhadores horário remunerado ou flexível para a prática de atividade física, sessões de educação, entre outras.
8. **Programas para toda a comunidade:** Os programas comunitários podem e devem integrar várias abordagens de promoção da atividade física, uma vez que podem actuar a múltiplos níveis, desde o individual, às redes comunitárias locais ou sociedade como um todo. Podem basear-se em abordagens mais sistémicas, no âmbito da criação de políticas sociais, ambientes e iniciativas promotoras da atividade física. Estes programas podem incluir componentes identificadas nas áreas de investimento anteriores, sendo que a inclusão de múltiplas componentes de acção tem um potencial de alcance e efetividade superiores. Também os contextos devem ser múltiplos e diversificados, o que é particularmente importante para uma abordagem inclusiva de toda a comunidade..

A Figura 2 sistematiza estas oito grandes áreas de investimento no âmbito da promoção da atividade física.

Figura 2. Os oito grandes investimentos para a promoção da atividade física com efetividade comprovada.



Fonte: Milton et al, 2021.

Em Portugal, várias têm sido as iniciativas passadas e em curso coordenadas por diferentes setores que se alinham com as áreas de investimento descritas – por ex. a campanha nacional de *mass media* “Siga o Assobio”, o modelo nacional de aconselhamento breve para a atividade física nos CSP, o Desporto Escolar, a Estratégia Nacional para a Mobilidade Ciclável, a campanha Fit@work para promoção da atividade física nos contextos de trabalho, entre outros.

Todavia, uma questão fundamental ao nível da qual urge atuar em Portugal e que constitui uma recomendação transversal para a promoção da atividade física e dos comportamentos de saúde em geral, prende-se com uma coordenação concertada de base intersetorial, com a articulação combinada e comprometida por parte dos diferentes setores, de responsabilidade governamental. Este caminho iniciou o seu percurso em 2017, com a criação da Comissão Intersetorial para a Promoção da Atividade Física, formada por representantes das Secretarias de Estado da Saúde, Educação, Juventude e Desporto, Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Emprego e Inclusão das Pessoas com Deficiência e com o lançamento do Plano de Ação Nacional para a Atividade Física.

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

## 3. Atividades desenvolvidas | 2021

A atividade desenvolvida no âmbito do PNPAF abrange diferentes áreas de atuação no contexto da promoção da atividade física, abrangendo quatro eixos estratégicos de ação, que constituem os quatro Objetivos Operacionais (OOp) deste Programa: Comunicação (OOp1); Sistema e serviços de saúde (OOp2); Ambientes e contextos de vida (OOp3); Vigilância epidemiológica e monitorização (OOp4) (Figura 3).

Figura 3. **Objetivos Operacionais do PNPAF 2021.**



O ano de 2021 foi marcado pela continuidade de várias ações em curso, a avaliação de ações implementadas anteriormente e uma aposta em novos desígnios. Neste segundo ano marcado pela pandemia da COVID-19, foram também implementadas ações ao nível deste contexto particular, no âmbito da mitigação de impactos negativos nos determinantes de saúde decorrentes do contexto pandémico, nomeadamente a acentuação de iniquidades em saúde identificadas aquando do primeiro confinamento social obrigatório, ao nível da atividade física e hábitos alimentares (cf. secção sobre inquérito REACT-COVID 2020). Nas próximas secções, será feita uma descrição das principais atividades desenvolvidas em 2021.

### 3.1. Inquérito Nacional REACT-COVID 2.0, sobre prática de atividade física e hábitos alimentares dos portugueses um ano depois do início da pandemia por COVID-19 (estudo de *follow-up*)

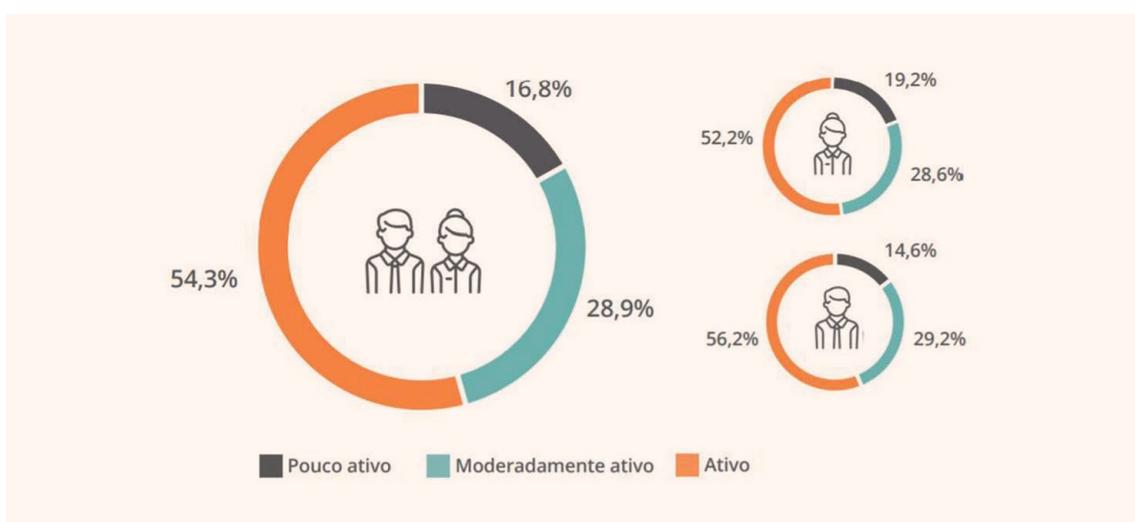
O PNPAF, em parceria com o PNPAS e com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa realizou uma segunda ronda do estudo iniciado em 2020, com o objetivo de descrever os comportamentos de alimentares e de atividade física um ano após o início da pandemia da COVID-19. A recolha de dados decorreu entre maio e junho de 2021, tendo participado um total de 4930 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos.

De uma maneira geral, os resultados vieram confirmar o impacto da COVID-19 nos hábitos alimentares e de atividade física dos portugueses ao longo do último ano de pandemia, sugerindo que as alterações observadas nos primeiros meses da pandemia, se mantiveram posteriormente, após o primeiro período de contenção social.

No que diz respeito à atividade física (Gráfico 2), os dados deste inquérito parecem confirmar, quando em

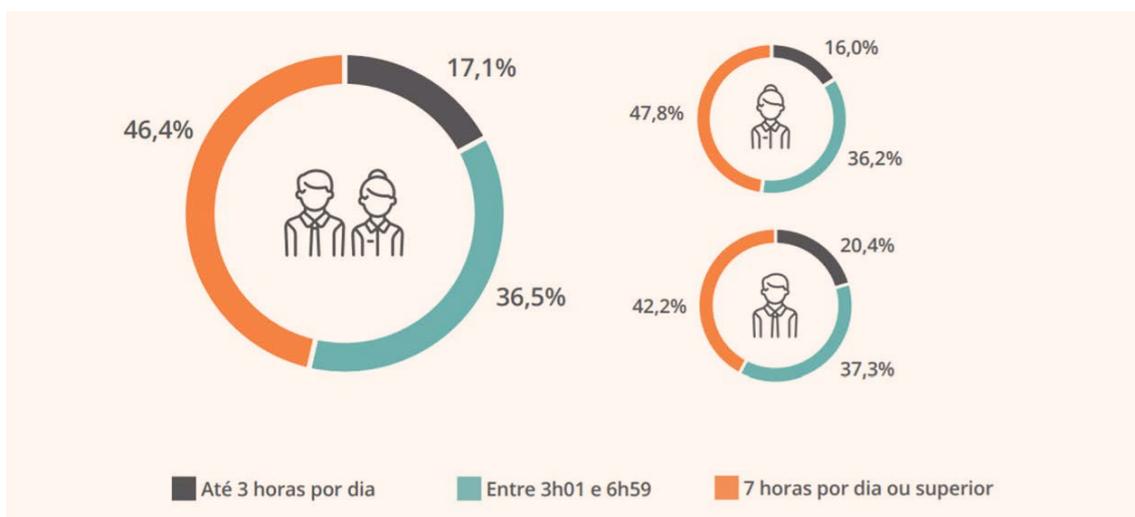
comparação com inquéritos anteriores, a tendência de melhoria dos níveis de atividade física (AF) da população, apontando para um quadro em que 54,3% reporta níveis adequados de AF para a promoção da saúde (28,9% nível moderado; 16,8% nível baixo). Há um ano, este valor era de 46% e no período pré pandemia (Barómetro 2017) era de 48.1%. Não obstante, parece ter aumentado o tempo sedentário (Gráfico 3), sendo este de 7 ou mais horas por dia para 46,4% dos inquiridos (vs. 38.9% em 2020). Passados os períodos de confinamento obrigatório, o trabalho/aulas tomam, naturalmente, o primeiro lugar nas atividades que mais contribuem para o comportamento sedentário da população, seguidos pelo tempo de ecrã. Tal contribui para um perfil populacional “Ativo mas Sedentário” (sendo estes dois indicadores de saúde/risco independentes).

Gráfico 2. **Níveis de atividade física dos portugueses (percentagem total e por sexo) um ano após o início da pandemia (resultados do estudo REACT-COVID 2.0; dados recolhidos em maio de 2021).**



Resultados do estudo REACT-COVID 2.0; dados recolhidos em maio de 2021.

Gráfico 3. **Níveis de tempo sentado diário dos portugueses (percentagem total e por sexo) um ano após o início da pandemia.**



Resultados do estudo REACT-COVID 2.0; dados recolhidos em maio de 2021.

Os dois principais motivos para a prática de atividade física continuam a prender-se com a saúde física e mental (manter-se saudável e aliviar o stress/tensão). As principais razões apontadas para o aumento prendem-se com ter adquirido hábitos de AF no último ano e estar a conseguir mantê-los e ter mais tempo ou ser capaz de o gerir de melhor. De entre aqueles que percecionam ter diminuído a AF, as principais razões apontadas são sentir-se mais triste e ansioso e ter deixado de poder praticar AF em grupo durante o confinamento. Estas razões foram principalmente apontadas pelos mais jovens e com perceção de situação financeira difícil.

De entre as atividades mais praticadas destacam-se a caminhada, seguida pelas atividades de fitness, treino de força e corrida (estas últimas duas significativamente mais adotadas pelos homens). Quanto às atividades do dia a dia, as tarefas domésticas continuam a prevalecer nas mulheres (84.7% vs. 46.3% nos homens) e o subir e descer escadas como forma de se manter ativo é reportado por cerca de 62% dos inquiridos, uma opção que ganhou força no confinamento (50%) e parece ter vindo para ficar.

De destacar são os resultados de uma análise simultânea das variáveis relacionadas com a alimentação e AF, mantendo-se as tendências já verificadas há um ano atrás. Os dados apontam para dois aglomerados de indicadores de risco e de proteção para a saúde: O primeiro aglomerado é compatível com um padrão de risco, apontando para a coocorrência de níveis de atividade física baixos, mudança para piores comportamentos alimentares, saúde percecionada como razoável ou fraca, situação financeira percecionada como difícil ou muito difícil, níveis de escolaridade mais baixos (i.e., sem habilitações superiores), idade até aos 45 anos e ser mulher. Torna-se então fundamental sublinhar que os indicadores de risco se parecem potenciar entre si. Não obstante, também o contrário é verdadeiro. Há fatores protetores da saúde, tendo os resultados revelado também um padrão salutogénico em que coocorrem níveis mais elevados de AF e a manutenção ou melhoria de hábitos alimentares, bem como uma perceção da saúde como ótima ou muito boa, ter uma idade igual ou superior a 46 anos e ser homem.

Género, idade e situação socioeconómica têm que ser tidos em conta na promoção de comportamentos de saúde ligados à alimentação e AF, apontando ainda os dados para a importância de estratégias de promoção integradas destes dois determinantes centrais da saúde que se influenciam mutuamente, uma via fundamental para potenciar a sua promoção.

O relatório infográfico de resultados pode ser consultado no Anexo 1.

### **Resultados do estudo REACT-COVID 1.0 (primeiro confinamento) publicados em revista científica de circulação internacional**

Depois de realizada, em 2020, a primeira recolha de dados do estudo REACT-COVID e respectiva publicação nacional do respectivo relatório infográfico de resultados, este estudo inicial foi igualmente alvo de publicação em revista científica de circulação internacional, podendo esta publicação ser consultada em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/8/2685?lang=pt>

## **3.2 Tradução portuguesa das novas recomendações globais para a atividade física e comportamento sedentário da Organização Mundial da Saúde**

O documento-resumo das novas recomendações globais da atividade física e comportamento sedentário da OMS, lançadas em novembro de 2020, foi traduzido para português, pela DGS-PNPAF, com o aval da OMS, estando disponíveis para livre download, através do [website](#) da OMS, podendo igualmente ser consultada no Anexo 2 deste relatório.

Estas recomendações integram a evidência científica mais actualizada no âmbito da relação dose-resposta da atividade física e do comportamento sedentário na saúde física e mental. Contemplam a prática de atividade física aeróbia, a realização de exercícios de fortalecimento muscular e a limitação do comportamento sedentário diário, tendo por base a faixa etária (crianças e adolescentes, adultos até aos 64 anos e adultos com 65 anos ou mais) e considerando subgrupos populacionais de acordo com condições crónicas de saúde e/ou incapacidade, bem como os períodos de gravidez e pós-parto.

Figura 4. **Tradução portuguesa das recomendações para a atividade física e comportamento sedentário da Organização Mundial da Saúde 2020.**



Documento-resumo completo disponível no Anexo 2.

### 3.3 Aconselhamento breve para a promoção da atividade física nos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde

O Despacho nº 8932/2017, de 10 de outubro determinou a criação e disponibilização nacional, através dos *softwares* de saúde, de ferramentas digitais de apoio à avaliação breve dos níveis de atividade física e comportamento sedentário dos utentes, bem como ferramentas de suporte ao aconselhamento breve para a atividade física por parte dos profissionais de saúde aos seus utentes. A monitorização da implementação destas ferramentas tem permitido traçar a evolução da sua utilização ao longo do tempo, cujos resultados até 31 de dezembro de 2021 se apresentam seguidamente.

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

A promoção da atividade física através dos sistemas e serviços de saúde, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, é fortemente recomendada a nível internacional. Com efeito, ao nível do Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030 da OMS (20), já havia sido recomendada a implementação de modelos de avaliação sistemática da atividade física e aconselhamento breve nos cuidados de saúde primários, articulando os cuidados de saúde prestados neste âmbito com os recursos de atividade física da comunidade e promovendo a capacitação dos profissionais de saúde para o aconselhamento nesta área. Do mesmo modo, a capacitação dos profissionais de saúde para a promoção da atividade física dos utentes, nomeadamente ao nível dos CSP, é uma ação fortemente recomendada.

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

A monitorização periódica da utilização destas ferramentas pelos profissionais de saúde revela uma evolução bastante positiva dos dados ao longo do tempo, embora nos anos civis 2020 e 2021 se assinale um impacto menos positivo que a pandemia por COVID-19 teve ao nível da promoção deste determinante de saúde em particular.

Ao nível da ferramenta digital de avaliação do nível de atividade física, disponível no SClínico – Cuidados de Saúde Primários, a última monitorização efetuada aponta para (Gráficos 4 e 5):

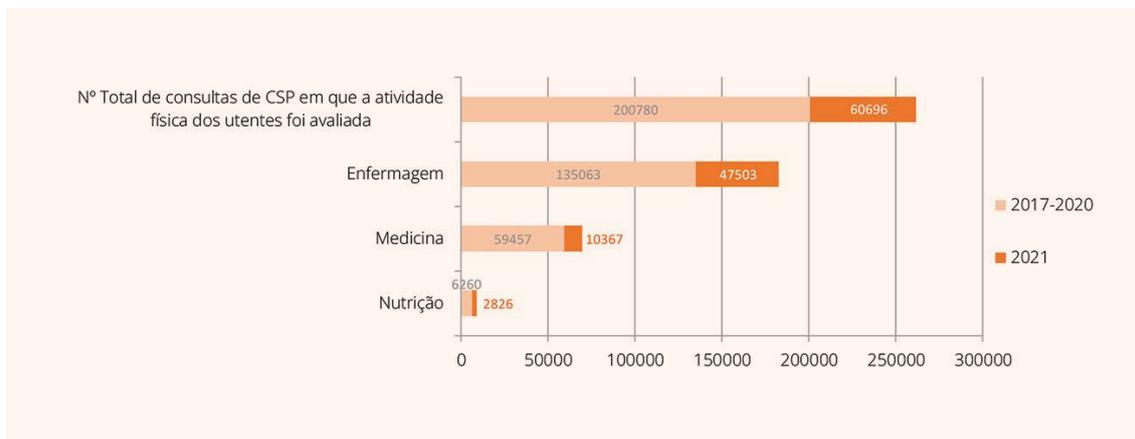
- Uma proporção de utentes utilizadores dos CSP avaliados correspondente a 2235 por 100 mil utentes em todo o país, até 31 de dezembro de 2021 (dados acumulados);
- Em média, 2 em cada 100 utentes utilizadores dos CSP foram avaliados, pelo menos uma vez, quanto aos seus níveis de atividade física e comportamento sedentário, representando o dobro do valor monitorizado no final de 2020 (ARS Norte: 2,4%; ARS Centro: 2,7%; ARS LVT: 1,9%; ARS Alentejo: 1,7%; ARS Algarve: 1,9%);
- Desde a disponibilização da ferramenta de avaliação, Tendo em conta que existem utentes cujos níveis de atividade física e comportamento sedentário são monitorizados mais regularmente (i.e. utentes avaliados mais do que uma vez desde a disponibilização da ferramenta em 2017), o volume total de consultas de CSP em foi realizada a avaliação e registo dos níveis de atividade física e comportamento sedentário dos utentes, desde a disponibilização da ferramenta em sistema, foi de 261476 consultas, das quais 23,2% (60696 consultas) foram realizadas no último ano. As consultas de enfermagem, à semelhança dos anos anteriores, são aquelas em que a avaliação destes determinantes de saúde é implementada mais frequentemente.

Gráfico 4. **Prevalência nacional e regional de utentes utilizadores dos CSP, com ≥15 anos, com atividade física avaliada (pelo menos, um registo no SClínico CSP), por 100 000 utentes.**



Dados acumulados deste 2017 até 31 dezembro de 2021.

Gráfico 5. **Número de consultas dos CSP do SNS (e respetiva tipologia) com registo do nível de atividade física e comportamento sedentário dos utentes no sistema informático SClínico – Cuidados de Saúde Primários (períodos 2017-2020 e 2021).**



Quando analisamos estes dados sob a perspetiva da **incidência anual de utentes avaliados**, pelo menos uma vez, quanto aos seus níveis de atividade física e comportamento sedentário, observamos que, de entre os utentes utilizadores dos CSP com 15 anos ou mais (Gráficos 6 e 7):

- Entre 2017 e 2019, ouve um aumento bastante expressivo da proporção de utentes avaliados a nível nacional, atingindo um pico em 2019 (1031 utentes avaliados por cada 100000 utentes);
- Em 2020 e 2021, coincidindo com o período de pandemia por COVID-19 e maior volume de trabalho decorrente por parte dos profissionais de saúde, este valor reduziu para 2/3, sensivelmente, não se identificando ainda, em 2021, tendência de recuperação desta atividade;
- Os dados regionais de incidência seguem a mesma evolução que os nacionais, sendo já possível, contudo, observar uma tendência ascendente neste indicador em 2021, por parte da ARS Norte e ARS Algarve.

Gráfico 6. **Incidência anual nacional de utentes utilizadores dos CSP, com  $\geq 15$  anos, cujos níveis de atividade física e comportamento sedentário foram avaliados, pelo menos uma vez, através do SClínico CSP (por 100 000 utentes).**

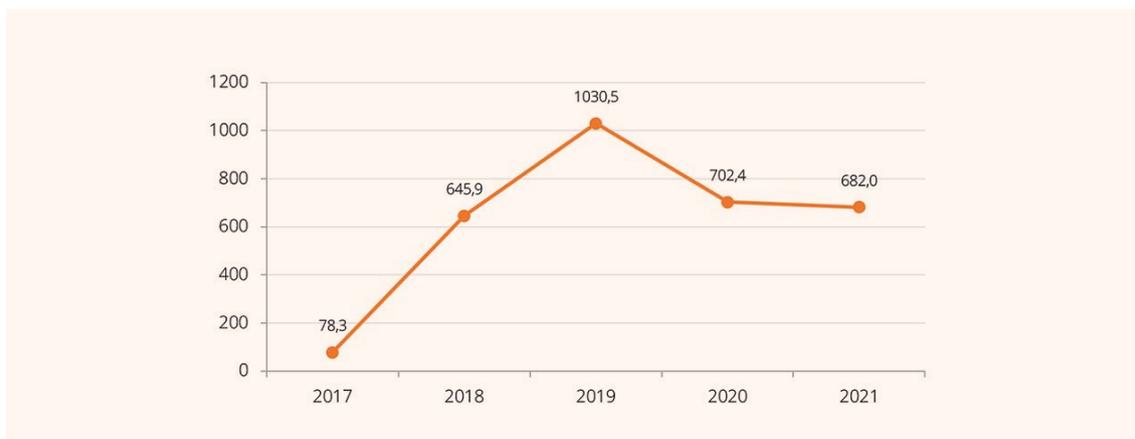
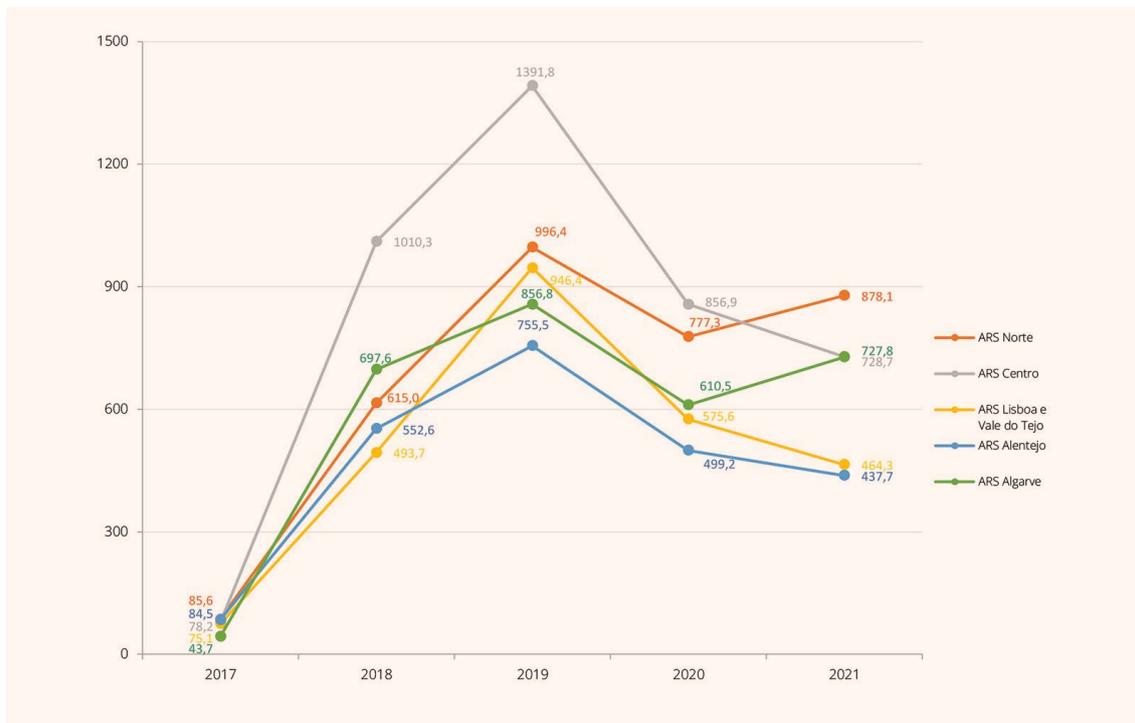


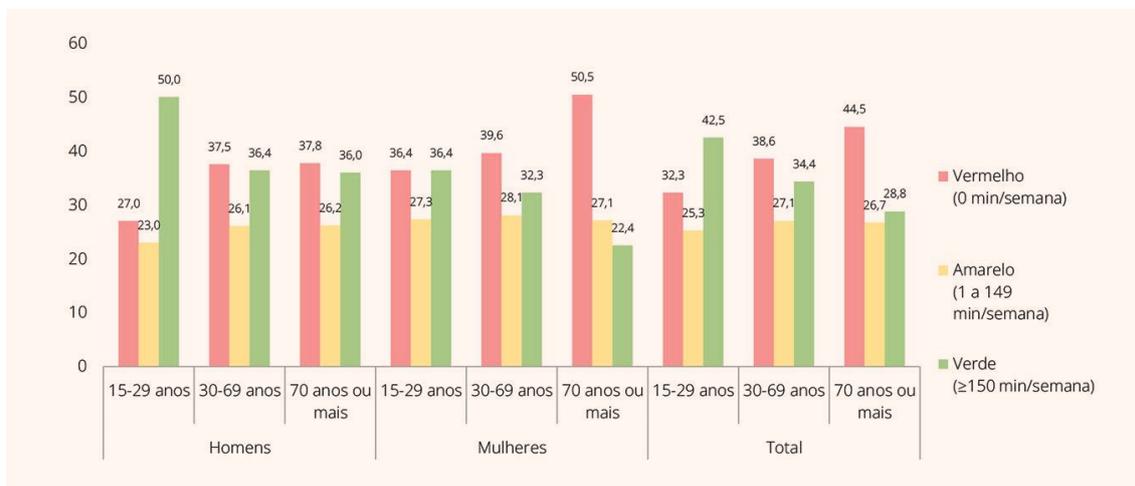
Gráfico 7. Incidência anual de utentes utilizadores dos CSP (todas as idades) cujos níveis de atividade física e comportamento sedentário foram avaliados, pelo menos uma vez, através do SClínico CSP, por ARS (por 100 000 utentes).



**Em relação ao nível da atividade física de utentes com 15 anos ou mais, e aquando da primeira avaliação, os níveis registados em sistema revelam que:**

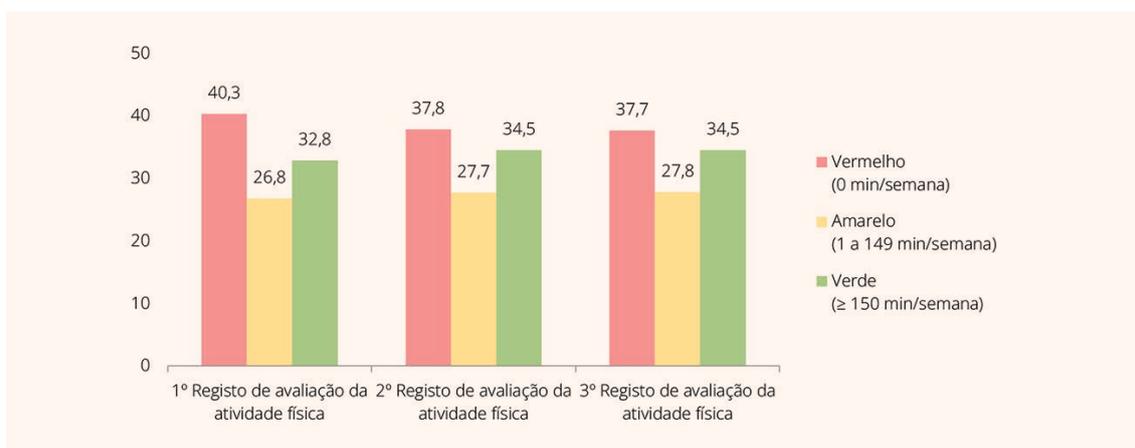
- 32,8% dos utentes avaliados atingia a recomendação de prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada.
- A mediana de prática de atividade física de intensidade moderada por parte dos utentes avaliados era de 120 minutos por semana na categoria etária dos 15 aos 29 anos; 70 minutos por semana na categoria etária dos 30 aos 69 anos; e 40 minutos por semana na categoria etária dos 70 anos ou mais, sendo inferior nas mulheres (50 minutos) comparativamente aos homens (90 minutos).
- À semelhança de estudos representativos da população, o nível de atividade física semanal diminui com o aumento da idade – a prevalência de utentes que não pratica qualquer atividade física de intensidade moderada (semáforo vermelho) aumenta com a idade, sendo que a prevalência de utentes que pratica, pelo menos, 150 minutos por semana (semáforo verde) varia de forma oposta – e difere consoante o sexo – sendo os homens mais ativos ao longo de todo o ciclo de vida (Gráfico 8).

Gráfico 8. **Proporção (%) de utentes em cada uma das categorias do semáforo de prática de atividade física moderada, por grupo etário e sexo, avaliado através da ferramenta digital do SCLínico – Cuidados de Saúde Primários.**



Durante o período em análise (2017-2021), os utentes a quem foi realizada uma segunda e terceira avaliações da atividade física evidenciaram uma tendência de aumento do seu nível de atividade física ao longo do tempo (Gráfico 9).

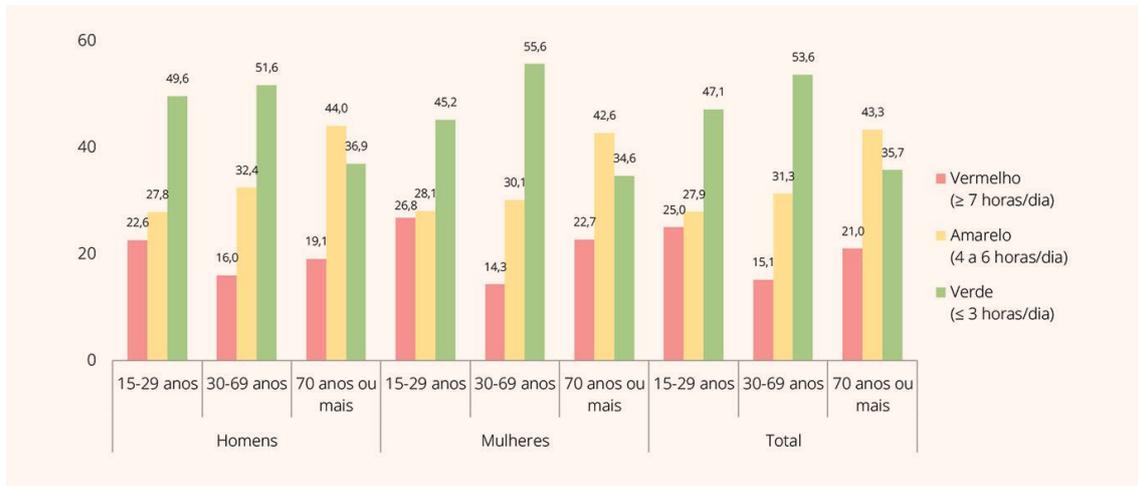
Gráfico 9. **Comparação da prevalência nas categorias do semáforo de atividade física (%) entre utentes avaliados 3 vezes quanto à sua atividade física no período 2017-2021, com registo através da ferramenta digital do SCLínico – Cuidados de Saúde Primários.**



No que respeita aos níveis de comportamento sedentário de utentes com 15 ou mais anos, os dados de utentes **avaliados pela primeira vez** no período 2017-2021 revelam que:

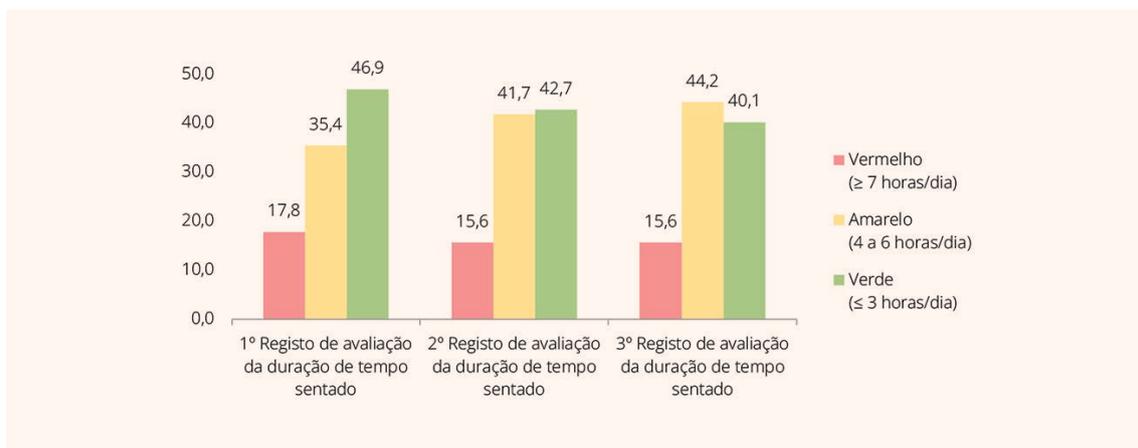
- Cerca de metade dos utentes reportaram passar 4 ou mais horas sentados por dia (mediana), à exceção da categoria etária dos 30-69 anos, que reportou passar 3 horas ou mais (mediana).
- A classe etária com maior volume de tempo sentado diário é a dos 15 aos 29 anos (25,0% passa 7 ou mais horas por dia em tempo sentado), seguida pelo grupo dos 70 ou mais anos (21,0%) e, por último, a faixa etária entre os 30 e os 69 anos (15,1%) (Gráfico 10).

Gráfico 10. **Proporção (%) de utentes em cada uma das categorias do semáforo de tempo sentado diário, por grupo etário e sexo, avaliado através da ferramenta digital do SClínico – Cuidados de Saúde Primários.**



Durante o período em análise (2017-2021), os utentes a quem foi realizada uma **segunda e terceira avaliações do comportamento sedentário** evidenciaram uma tendência de aumento do nível intermédio de tempo sentado diário (4 a 6 horas por dia – “semáforo amarelo”) ao longo do tempo (Gráfico 11).

Gráfico 11. **Comparação da prevalência nas categorias do semáforo de tempo sentado diário (%) entre utentes avaliados 3 vezes quanto ao seu comportamento sedentário no período 2017-2021, com registo através da ferramenta digital do SClínico – Cuidados de Saúde Primários.**



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

O aconselhamento breve para a atividade física, realizado em contexto de cuidados de saúde de rotina é considerado pela OMS como uma das medidas mais custo-efetivas para a promoção da atividade física, sendo uma política de saúde fortemente recomendada por esta autoridade de saúde. Em Portugal, desde o final de 2017, estão disponibilizados a nível nacional recursos de apoio a esta intervenção – os “guias da atividade física” - baseados nos princípios científicos da modificação de comportamentos de saúde.

Desde a sua disponibilização, no final de 2017, que a emissão destes guias de promoção da atividade física, destinados a ser explorados com e pelos utentes, tem crescido cumulativamente. Até 31 de dezembro de 2021, 177 em cada 100 000 habitantes com 15 anos ou mais, havia recebido, pelo menos, um guia de aconselhamento breve para a atividade física (Gráfico 12).

Gráfico 12. **Prevalência nacional e regional de utentes, com  $\geq 15$  anos a quem foram emitidos recursos de aconselhamento breve para a atividade física através da PEM (por 100 000 habitantes).**



Dados acumulados deste 2017 até 31 dezembro de 2021.

À semelhança do descrito para a ferramenta de avaliação da atividade física e comportamento sedentário, a incidência anual da utilização da ferramenta de apoio ao aconselhamento breve para a promoção da atividade física (Gráfico 13) aumentou até ao final de 2019, reduzindo substancialmente em 2020 e 2021, anos fortemente marcados pela pandemia por COVID-19. Apesar de se observar um aumento muito ténue da incidência de utilização desta ferramenta entre 2020 e 2021, existe uma necessidade clara de promoção destas práticas nos cuidados de saúde ao longo dos próximos anos.

Este decréscimo da incidência deste indicador em anos de pandemia é espelhado a nível regional (Gráfico 14), notando-se, em 2021, uma tendência de melhoria neste indicador nas ARSs Norte, Centro, Alentejo e Algarve.

Gráfico 13. **Incidência anual nacional de utentes, com  $\geq 15$  anos, a quem foram emitidos recursos de aconselhamento breve para a atividade física através da PEM (por 100 000 habitantes).**

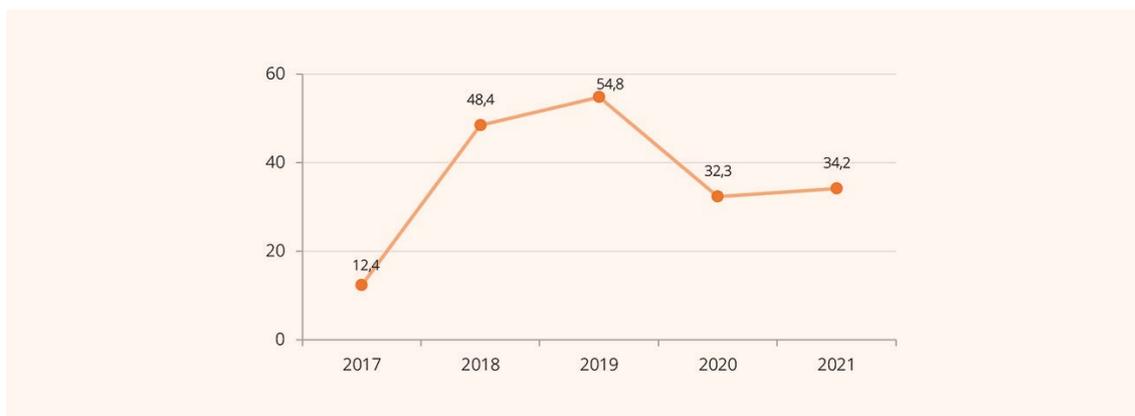
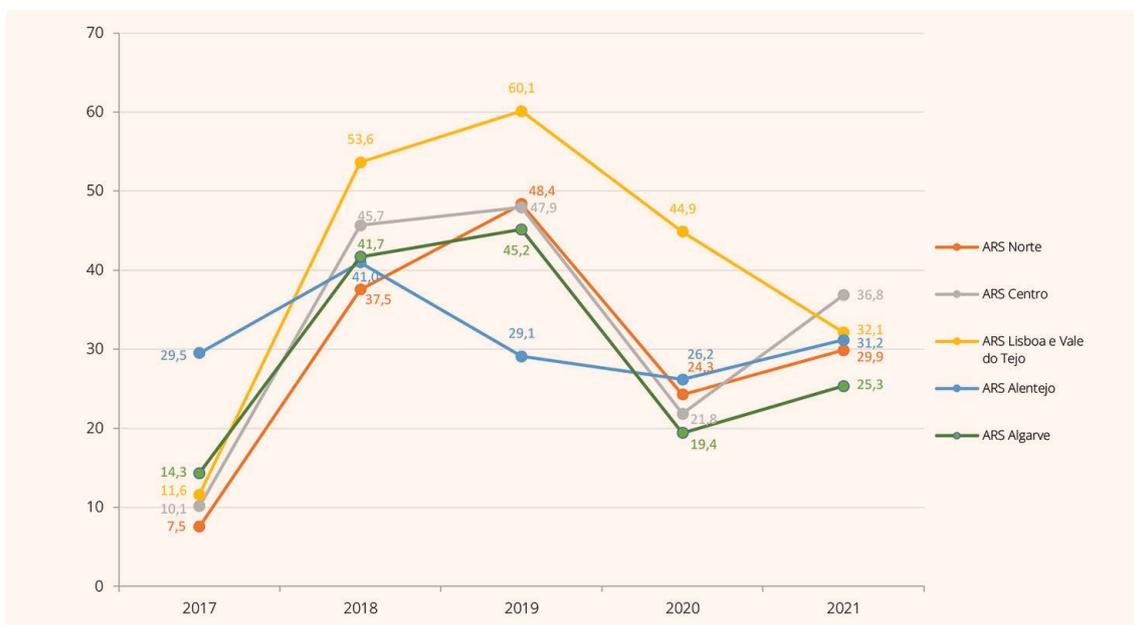


Gráfico 14. **Incidência anual de utentes, com ≥ 15 anos, a quem foram emitidos recursos de aconselhamento breve para a atividade física através da PEM, por ARS (por 100 000 habitantes).**



Desde o final de 2017, altura em que foi disponibilizada esta ferramenta, foram emitidos 42 645 guias de aconselhamento breve para a atividade física, correspondendo a um aumento de 18%, comparativamente aos dados apurados no final de 2020 (dados acumulados). Dados mensais (Gráfico 15) mostram que, a partir de Março de 2020, ocorre um decréscimo acentuado no número de guias emitidos mensalmente, ao qual se segue uma ténue recuperação, atingindo um novo mínimo histórico em julho de 2021, com ténue tendência de aumento até ao final de 2021.

Gráfico 15. **Evolução do número mensal de guias de apoio ao aconselhamento breve para a atividade física emitidos através da PEM – Prescrição Eletrónica Médica.**



Mais de um terço dos guias emitidos correspondem ao “Guia para a atividade física” (38,1%), seguido do “Plano de ação – Iniciação” (25,0%) e do “Auxiliar de decisão” (21,3%) (Gráfico 16). A emissão de guias de aconselhamento breve para a atividade física destina-se maioritariamente num perfil demográfico de utentes adultos com idades compreendidas entre os 30 e os 69 anos, sendo ligeiramente superior nas mulheres (Gráfico 17).

Gráfico 16. **Tipologia de guias de apoio ao aconselhamento breve para a atividade física emitidos através da PEM – Prescrição Eletrónica Médica (2017-2021).**

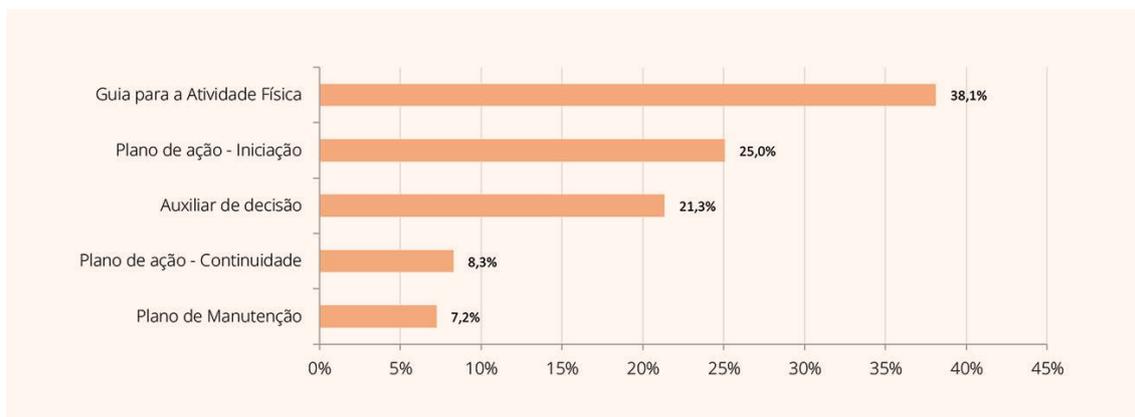
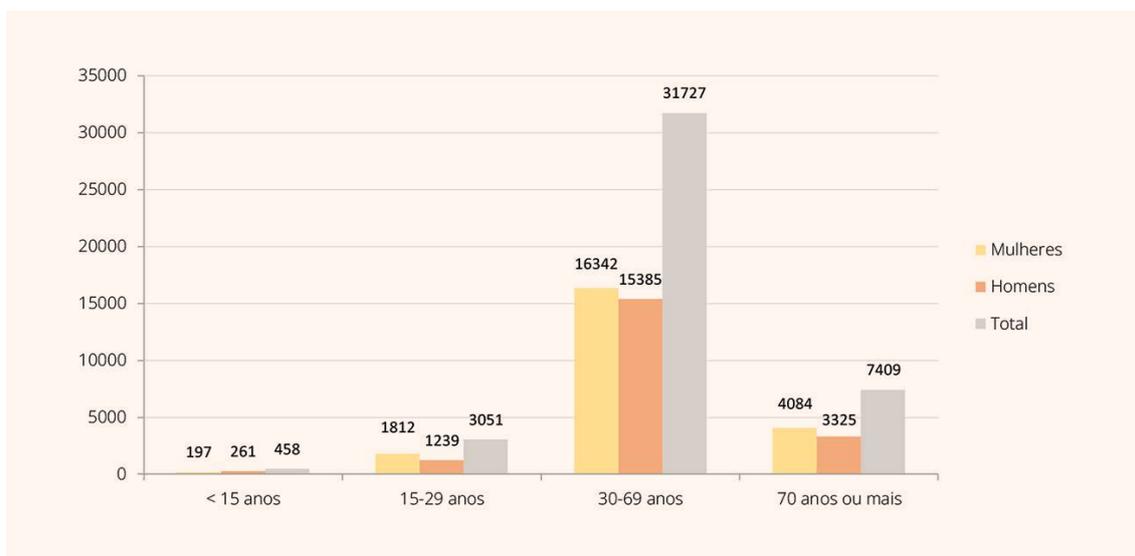


Gráfico 17. **Número de guias de aconselhamento breve para a atividade física emitido entre 2017 e 2021, por idade e sexo dos utentes.**



### 3. 4. Capacitação de profissionais de saúde para a promoção da atividade física nos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde

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

O curso desenvolvido em formato *e-learning* “Promoção do Aconselhamento Breve para a Atividade Física no Serviço Nacional de Saúde” permitiu formar psicólogos do SNS enquanto pontos focais junto de outros profissionais de saúde para promoção dos princípios comunicacionais facilitadores da mudança comportamental. Desenvolvido em colaboração com a Ordem dos Psicólogos Portugueses, esta formação baseia-se num modelo de formação de formadores, que visa primariamente capacitar os psicólogos com atuação direta nos CSP do SNS para intervir formativamente, no sentido de potenciar o aconselhamento breve para a

atividade física e a boa utilização das ferramentas digitais de aconselhamento breve atualmente disponíveis nos softwares de saúde do SNS, a utilizar pelos profissionais de saúde com os seus utentes.

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

O curso foi lançado em outubro de 2020 e foi recebido com bastante interesse, tendo sido realizadas 6 edições até junho de 2021, 3 edições em 2020 e 3 edições em 2021. No total, houve 309 inscrições. Quanto à avaliação do curso ao longo das 6 edições, numa escala de 1 a 4 num conjunto de 12 critérios (ex., Interatividade, ferramentas, conteúdo, metodologia, satisfação global), a média global de avaliação foi de 3.6 pontos, indicador revelador da qualidade dos materiais desenvolvidos e da boa aceitação por parte dos profissionais inscritos.

No sentido de maior disseminação da oferta formativa, para além destes cursos de formação de formadores, está em marcha uma parceria com a plataforma de cursos online NAU, de forma a alargar a oferta formativa *e-learning* em aconselhamento breve para a atividade física junto de outras profissões da saúde.

### > Colaboração em curso *e-learning* sobre promoção da atividade física em contexto de pandemia

A um outro nível, mas igualmente no contexto da capacitação dos profissionais de saúde, o PNPAF colaborou com o Grupo de Estudos de Nutrição e Exercício Físico da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, ao nível do “Curso Nutrição e Atividade Física em Contexto de Pandemia”, enquadrado na Escola de Primavera de Medicina Geral e Familiar. O PNPAF coordenou a sessão “Recursos digitais de apoio ao aconselhamento breve para a promoção da atividade física em Cuidados de Saúde Primários”, integrada no módulo 6 deste curso.

O curso é *online*, decorre em várias edições e é dirigido a médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar.

## 3.5. Projeto-piloto de promoção da atividade física no SNS

### > Avaliação dos determinantes de implementação da consulta de atividade física piloto e preparação da retoma da implementação

No primeiro semestre de 2021, e em virtude do segundo confinamento, não foi possível retomar a implementação do projeto-piloto. Para maior aprofundamento sobre a suspensão das atividades ligadas ao projeto-piloto, consulte-se o [relatório 2020 do PNPAF](#).

Durante este período, foi concluída a recolha de dados para a avaliação de barreiras e facilitadores da implementação da primeira fase do projeto-piloto (pré-pandemia), através da realização de entrevistas às equipas de médicos profissionais de exercício físico (6 entrevistas a médicos e 5 entrevistas a profissionais do exercício), assim como aos utentes (14 entrevistas). Tais dados serão alvo de análise, a publicar no próximo ano, com o objetivo de contribuir para a melhoria de intervenções neste âmbito, potenciando a sua eficácia e utilização eficiente de recursos, maximizando o seu potencial salutogénico e a possibilidade de posterior alargamento a outras unidades funcionais.

Já no segundo semestre foram realizados contactos e reuniões com várias unidades implementadoras do projeto-piloto e com novas unidades que manifestaram interesse em implementar a consulta de atividade

física. Está também a ser preparada uma nova formação, a decorrer no primeiro trimestre de 2022, dirigida a todas as equipas das unidades que irão implementar o projeto-piloto no período pós-pandemia e que irá determinar o arranque da nova fase de implementação da consulta piloto.

### 3.6. Projeto europeu EUPAP – *An European Physical Activity on Prescription Model*

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

Com uma duração prevista de 36 meses, com início em março de 2019 o EUPAP sofreu uma extensão temporal de 12 meses, devido à pandemia da COVID-19, estando agora prevista a sua conclusão em 2023.

Ao longo de 2021 e considerando os diferentes pacotes de trabalho como referenciais das atividades desenvolvidas, salientam-se as seguintes atividades, relativas a cada *Work Package* (WP):

**WP1. Project coordination.** Gestão do projeto em proximidade com a coordenação sueca. Participação na 4ª e 5ª reuniões do *steering committee* nos dias 24 de janeiro e 5 de maio, em formato online, e nos dias 15 e 16 de novembro, presencialmente em Bruxelas. Foram entregues os relatórios semestrais referentes aos períodos setembro 2020-fevereiro 2021 e março 2021-agosto 2021. Foram realizadas duas reuniões de monitorização do estado do projeto em Portugal nos dias 20 de abril e 27 de setembro.

**WP2. Dissemination.** Foi efetuada uma reunião com a entidade líder do WP3 relativamente à validação do *brandbook* no dia 23 de março. Nesse sentido, ficou também decidido, por proposta da DGS, que seria criado um espaço na plataforma *Researchgate* para colocação dos recursos produzidos, o qual está disponível em <https://www.researchgate.net/project/EUPAP-A-European-Physical-Activity-on-Prescription-model>. No âmbito do EUPAP, foi ainda produzido um artigo de disseminação na Revista Portugal Social dirigido aos membros do Programa Municípios Amigos do Desporto e que está disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/eupap-revista-portugal-social1.aspx>.

**WP3. Evaluation.** Lém dos relatórios de monitorização referentes aos semestres setembro2020-fevereiro2021 e março2021-agosto2022, houve efetiva participação na avaliação das atividades realizadas (maioritariamente reuniões) com vista à avaliação do projeto. Simultaneamente, a construção das fichas através das quais recolher os dados no âmbito do WP7 (referentes ao processo de implementação da consulta de atividade física) foram desenvolvidas em conjunto com a entidade líder do WP3, uma vez que será esta a responsável por avaliar o impacto da implementação.

**WP4. Feasibility study.** Tendo sido encerradas as tarefas relativas ao WP4, foi criado em 2021 o espaço do projeto na plataforma *Researchgate*, tal como já mencionado no âmbito do WP2, tendo sido nestes colocados os 2 documentos produzidos no âmbito deste WP.

**WP5. Implementation tools.** Os trabalhos referentes a este WP já foram encerrados, estando as ferramentas produzidas disponíveis no espaço do projeto EUPAP na plataforma *Researchgate*.

**WP6. Education and training.** No dia 11 de outubro, decorreu o 3º Seminário dirigido ao *Steering Committee*, sobre “The importance of national and regional governance for the implementation of FaR”. Com este seminário, foram encerradas as atividades referentes ao WP6.

**WP7. Local implementation and monitoring.** Este é o WP liderado pela DGS. Durante 2021, foram realizadas duas reuniões com os restantes membros do consórcio a 17 de maio e 4 de outubro. Durante 2021 foram desenvolvidas as seguintes atividades: (1) Definição final dos indicadores de avaliação a utilizar, (2) Identificação dos indicadores a utilizar por parte de cada parceiro do projeto, respetivos instrumentos e procedimentos de recolha, (3) Relatório sobre os indicadores, instrumentos e procedimentos de recolha por parte de cada parceiro do projeto, (4) Desenho do draft para seguimento por parte dos parceiros do projeto na elaboração dos seus planos de implementação, (5) Validação dos planos de implementação de cada um dos parceiros, e (6) Início da implementação por parte dos parceiros membros, incluindo a realização de formação (transferindo a formação efetuada no WP6 para os contextos nacionais). No caso de Portugal, a implementação é efetuada de forma articulada com o projeto-piloto da consulta de atividade física previsto no Despacho n.º 8932/2017, de 10 de outubro, que prepara a retoma da sua atividade após o período pandémico mais delicado atravessado.

### 3.7. Atividade física e sua promoção pelos médicos em Portugal

Tal como mencionado, o contexto dos cuidados de saúde apresenta condições únicas para a promoção da atividade física da população, já que proporciona aos profissionais de saúde um contacto privilegiado com largos segmentos da população. A confiança da população nos serviços de saúde, particularmente naqueles prestados pelo seu médico assistente, bem como a evidência de que médicos fisicamente mais ativos parecem promover mais frequentemente a atividade física nos seus utentes, coloca estes profissionais, a par dos restantes profissionais de saúde, numa posição favorecida para a promoção da atividade física dos seus utentes.

Deste modo, uma monitorização dos níveis de atividade física dos médicos, bem como das suas práticas profissionais de promoção da atividade física de utentes, é fundamental, para melhor atuar ao nível da promoção da efetividade destas intervenções breves.

Previamente à implementação nacional das medidas previstas no Despacho nº 8932/2017, de 10 de outubro, nomeadamente de apoio à avaliação e aconselhamento breve da atividade física de utentes por parte dos profissionais de saúde, através dos sistemas informáticos de saúde, o PNPAF coordenou a realização de um inquérito nacional realizado a médicos a trabalhar no sistema de saúde português, exatamente para caracterizar os seus hábitos de atividade física e práticas profissionais de promoção da atividade física dos utentes. Adicionalmente, foram também recolhidos indicadores relacionados com os determinantes dessas práticas, nomeadamente atitudes e conhecimentos relativos à atividade física e sua promoção.

Este estudo, pioneiro em Portugal, permitiu-nos fazer uma caracterização base da realidade portuguesa ao nível destes indicadores, de forma a proceder-se a uma monitorização da sua evolução ao longo do tempo, em sincronia com a monitorização de políticas nacionais implementadas a este nível, possibilitando o seu ajuste atempado, sempre que necessário.

Em dezembro de 2021 / janeiro de 2022, está programada uma segunda recolha de dados no âmbito da monitorização epidemiológica destes indicadores. Considerou-se, assim, pertinente apresentar um retrato de base, previamente à apresentação de dados longitudinais (prevista para o próximo ano), que integram esta nova recolha de dados.

### > Inquérito nacional a médicos do sistema de saúde português (janeiro de 2018) – Principais resultados

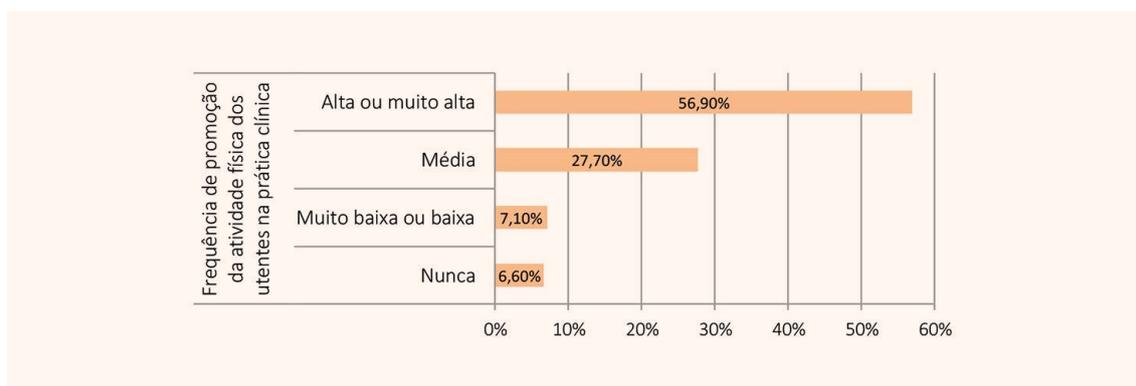
Este inquérito nacional, realizado em Janeiro de 2018, através da aplicação de um questionário online disseminado a nível nacional via software PEM, teve como objetivos:

- Caracterizar as práticas profissionais de promoção da atividade física dos utentes por parte de médicos a trabalhar no sistema de saúde português;
- Explorar os preditores da frequência de implementação destas práticas, nomeadamente os hábitos de atividade física e comportamento sedentário destes médicos.

Dos cerca de 30 mil médicos utilizadores do software PEM, perto de 2 mil acederam ao link e 968 responderam de forma completa ao questionário, dos quais 961 foram incluídos neste estudo transversal (58,6% mulheres), após aplicação dos critérios de exclusão.

Verificou-se que, no início de 2018, mais de metade dos médicos inquiridos afirmava promover com um frequência “Alta ou muito alta” a atividade física dos seus utentes e apenas 6,6% afirmava nunca o fazer (Gráfico 18).

Gráfico 18. **Perceção de frequência de promoção da atividade física de utentes na prática clínica por parte dos médicos inquiridos.**



Dados recolhidos em 2018

A frequência de implementação destas práticas em contexto de cuidados de saúde parece ser especialmente determinada por cinco aspetos:

- Contexto de prática clínica, em que **médicos a trabalhar em CSP** tendem a promover, com maior frequência, a atividade física dos seus utentes, comparativamente a médicos a exercer funções em meio hospitalar;
- Posição na carreira médica, em que **médicos especialistas** tendem a promover com maior frequência a atividade física dos seus utentes, face a médicos não especialistas;
- Relevância atribuída à promoção da atividade física em contexto de cuidados de saúde, em que médicos que atribuem maior relevância a estas práticas tendem a implementá-las com maior frequência;
- Perceção de solicitação por parte dos utentes de aconselhamento em atividade física, em que médicos com uma **perceção de maior frequência de solicitação pelos utentes** tendem a aconselhar com maior frequência também.
- Nível de atividade física dos médicos, em que **médicos com um maior volume de horas semanais de prática de atividade física** tendem a aconselhar mais frequentemente os seus utentes na área da atividade física

De entre os preditores acima identificados, a **relevância atribuída à promoção da atividade física dos utentes em contexto de cuidados de saúde** e a **perceção de elevada frequência de solicitação de aconselhamento por parte dos utentes** são aqueles que demonstravam exercer um efeito mais forte em termos de uma maior frequência de promoção da atividade física dos utentes por parte dos médicos.

Especificamente ao nível dos hábitos de atividade física e comportamento sedentário dos médicos inquiridos, que também nesta amostra se corroborou estarem associados à promoção da atividade física dos utentes, verificou-se que menos de um terço (26,10%) atingia as recomendações mínimas de prática de atividade física compatíveis com a saúde (categoria “ativo”) e que a maioria despendia 7 horas ou mais por dia de tempo sentado (Gráficos 19 e 20).

Gráfico 19. **Nível de atividade física semanal dos médicos inquiridos, avaliado por autorreporte, através do *International Physical Activity Questionnaire – Short form (IPAQ-SF)*.**



Gráfico 20. **Nível de comportamento sedentário (tempo sentado) diário dos médicos inquiridos, avaliado por autorreporte, através do *International Physical Activity Questionnaire – Short form (IPAQ-SF)*.**



Uma maior duração de tempo sentado diário estava significativamente associado ao desempenho de funções em contexto de CSP e a médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar ( $p < 0.001$ ). Contrariamente ao nível de tempo sentado, os níveis de atividade física desta amostra de médicos não se associavam ao contexto de trabalho ou a outras características sociodemográficas.

Os níveis de atividade física dos médicos tendiam a influenciar, além da frequência de promoção nos utentes, também o conteúdo do aconselhamento em si. Uma abordagem à importância da prática de formas de atividade física mais informais, enquadradas nas rotinas diárias (por ex., mobilidade ativa, como deslocar-se

a pé ou de bicicleta) era uma prática mais frequente em médicos com um nível de atividade física superior, comparativamente a médicos com menor nível de atividade física.

Quando questionados sobre as principais barreiras à promoção da atividade física dos utentes, a ausência de interesse imediato dos utentes sobre o tema (apontada por 63,6% dos inquiridos) e a falta de tempo (apontada por 59,4% dos inquiridos) foram as duas principais razões identificadas.

A monitorização regular destes indicadores será fundamental para o ajuste contínuo e avaliação das políticas de promoção da atividade física implementadas no sistema de saúde, em período posterior a esta primeira recolha de dados, bem como para a tomada de decisão informada, no contexto da identificação de necessidade de delineamento de futuras políticas a este nível, centradas quer na promoção da atividade física dos utentes, quer na promoção da atividade física dos médicos e demais profissionais de saúde.

### > Próximos passos

- Realização da segunda recolha de dados, tendo o sistema sido carregado em dezembro de 2021, para disseminação em 2022, já contratualizada com a empresa
- Avaliação da evolução longitudinal destes indicadores para o período 2018-2021 e publicação de relatório de resultados;

## 3.8. Guias de referência rápida para a prescrição de exercício na doença crónica

O papel da atividade física na gestão e controlo de doenças crónicas, enquanto coadjuvante terapêutico, é plenamente suportado pela literatura científica. Neste sentido, o desenvolvimento de guias de referência para a prescrição de exercício físico em populações com doença crónica ou populações especiais, baseados nas recomendações de atividade física para a saúde, são uma necessidade no nosso país. Estes guias serão uma mais-valia na hora de prescrever exercício para estas populações.

Em 2021, iniciou-se a elaboração de 3 guias de referência rápida de Prescrição de Exercício Físico em Doenças Crónicas, um para adultos e idosos, outro para crianças e adolescentes e outro para pessoas com deficiência.

Até ao momento, definiu-se a estrutura dos guias de referência e potenciais especialista-chave a envolver. Foi ainda desenvolvido o primeiro guia relativo à doença oncológica que contou com o apoio do PNDO, nomeadamente do seu diretor, o Dr. José Dinis (será lançado no mês de Abril de 2022) e servirá como exemplo para os restantes capítulos e autores.

## 3.9. Revisões sistemáticas da literatura científica, para suporte ao trabalho em curso

### > Revisão sistemática sobre instrumentos de monitorização da atividade física e comportamento sedentário para adultos e idosos

#### Enquadramento

A atividade física, o comportamento sedentário e o sono têm importantes efeitos na saúde. Os níveis populacionais destes comportamentos levaram os líderes de saúde pública a interessarem-se pela forma como

os vários comportamentos de movimento interagem e influenciam a saúde. Devido a esta preocupação, tem vindo a ser adotado um novo paradigma para as recomendações de atividade física, transitando-se de uma perspetiva de recomendações para cada um dos comportamentos de movimento para uma abordagem integrada no que diz respeito a estes três comportamentos do movimento.

Atualmente, o grupo de investigação liderado pela Professora Doutora Rute Santos (Investigadora Coordenadora do Centro de Investigação em Atividade Física Saúde e Lazer, da Universidade do Porto e diretora adjunta do PNPAF) está a desenvolver estas recomendações adaptadas para a população portuguesa, por faixa etária. **Este novo paradigma – recomendações 24h do movimento – leva à necessidade de também serem desenvolvidos novos instrumentos de vigilância e monitorização destes comportamentos, adaptadas ao novo formato que este paradigma nos traz. Neste sentido, torna-se necessário o total conhecimento dos vários instrumentos existentes de auto-resposta (questionários) para a avaliação destes comportamentos.** Esforço fundamental para a futura criação ou adaptação de novos questionários, que permitam monitorizar a população portuguesa. Com isto, será possível avaliar as tendências ao longo do tempo da população portuguesa de forma sistemática e fiável, no que aos comportamentos de movimento respeita.

Neste contexto, foi feita uma revisão sistemática que teve como objetivo identificar e analisar o conteúdo e as propriedades de medida de todos os questionários encontrados que avaliem a quantidade de sono, comportamento sedentário e sono, em adultos e idosos. Para tal foram seguidas as recomendações preconizadas pela COSMIN - *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments* (21). A pesquisa foi realizada através das bases de dados PubMed, a CINAHL, a PsycINFO e a SPORTDiscus. Além disso, foi realizada uma pesquisa manual de artigos que pudessem não ter sido encontrados através da pesquisa sistemática. Os critérios de inclusão foram rigorosos no sentido de apenas serem identificados os questionários de melhor qualidade metodológica. Por exemplo, para a extração de dados, foram apenas aceites os artigos que avaliassem tanto a validade e fiabilidade de um determinado questionário.

#### **Breve sumário/conclusões\*:**

No âmbito geral, foi encontrada uma grande heterogeneidade entre questionários uma vez que avaliavam diferentes domínios (lazer, trabalho, transporte, desporto, lides domésticas, etc.), através de diferentes métodos de resposta (perguntas abertas, perguntas fechadas, escalas) e de diferentes unidades de medida (temporais, METs), que resultavam em diferentes scores (por intensidade, por domínio, por dispêndio energético, etc.). Esta heterogeneidade dificulta a comparação entre eles e mostra que o questionário deve ser escolhido consoante a proposta de estudo e com base nas suas características.

O *International Physical Activity Questionnaire* foi o único questionário considerado com uma validade e fiabilidade adequadas. No entanto apenas avalia a atividade física e comportamento sedentário, não tendo sido encontrado nenhum questionário que tivesse em conta no novo paradigma das recomendações de comportamentos de movimento 24h, o que realça a complexidade de avaliar todo o espectro de comportamentos de movimento ao longo do período de 24h e reforça a necessidade de melhores questionários para medir as combinações de comportamentos de movimento (22).

### **> Revisões sistemáticas dos benefícios da AF e malefícios do comportamento sedentário para a saúde**

Paralelamente e em colaboração com o grupo de investigação liderado pela Professora Doutora Rute Santos (Investigadora Coordenadora do Centro de Investigação em Atividade Física Saúde e Lazer, da Universidade do Porto e diretora adjunta do PNPAF) que está a desenvolver as recomendações integradas do movimento adaptadas para a população portuguesa, por faixa etária, estão em curso 5 revisões sistemáticas sobre os

\*Esta revisão sistemática foi submetida e aceite para publicação em revista científica com revisão por pares internacional, e servirá de base para a criação de novos questionários para a avaliação dos comportamentos de movimento, adaptados às novas recomendações.

benefícios da atividade física, da aptidão física, da duração do sono e da combinação de comportamentos de movimento, bem como sobre os malefícios do comportamento sedentário. Prevê-se o seu término em 2022.

### 3.10. Colaboração na elaboração do Plano Nacional de Saúde 2021-2030

Vários têm sido os contributos e iterações conjuntos a este nível, quer no âmbito da definição das estratégias de intervenção, quer no que respeita às principais recomendações para a operacionalização dessas estratégias.

Devido à sua maior especificidade no âmbito da promoção da atividade física e pela sua pertinência no presente relatório, é importante destacar as cinco principais recomendações para a operacionalização das estratégias de intervenção propostas, nomeadamente (Tabela 2):

Tabela 2. **Cinco principais recomendações para a operacionalização das estratégias de intervenção propostas no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2021-2030.**

Designação do programa de saúde:	Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física										Observações
	A quem se dirige a recomendação? (Entidade/Sector)										
	Entidade(S)	Saúde	Social	Educação e Ciência	Económico/Empresarial	Ambiental	Político	População em Geral	Cidadão Individual	Outro (especificar)	
Publicação de Orientação da DGS sobre aconselhamento breve para a atividade física nos Cuidados de Saúde Primários ("best-buy" da OMS para a combate às doenças crónicas não transmissíveis"; em linha com o Despacho nº 8932/2017)	Direção-Geral da Saúde; Ministério da Saúde	X					X				Proposta já elaborada pelo PNPAF (Descrição das ferramentas de aconselhamento breve já alvo de publicação em revista científica internacional (Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 815; doi:10.3390/ijer-ph17030815)
Reativação da campanha de comunicação "Siga o Assobio" ("best-buy" da OMS para a combate às doenças crónicas não transmissíveis")	Direção-Geral da Saúde; Ministério da Saúde; Instituto Português do Desporto e da Juventude; Ministério da Educação; Federações Desportivas	X	X	X		X	X				1ª campanha implementada em 2019, cuja avaliação muito positiva (de processo e de resultado) já se encontra publicada em revista científica internacional (Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 8062; doi:10.3390/ijer-ph17218062)
Reativação e reforço da CIPAF (Comissão Intersetorial para a Promoção da Atividade Física; em linha com o Despacho nº3632/2017)	Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social; Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior; Ministério do Ambiente e Ação Climática	X	X	X	X	X	X				CIPAF sem atividade desde o início do atual ciclo legislativo (outubro 2019), a aguardar parecer por parte do gabinete SEAS

Designação do programa de saúde:	Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física										Observações
	A quem se dirige a recomendação? (Entidade/Sector)										
Recomendações para a operacionalização das estratégias de intervenção propostas	Entidade(S)	Saúde	Social	Educação e Ciência	Económico/Empresarial	Ambiental	Político	População em Geral	Cidadão Individual	Outro (especificar)	
Implementação da Consulta de Atividade Física nos Cuidados de Saúde Primários; em linha com o Despacho nº 8932/2017)	Ministério da Saúde; Administração Central dos Serviços de Saúde	X					X				Atualmente em projeto-piloto
Inclusão de conteúdos programáticos em atividade física nos currículos pré- e pós-graduados dos profissionais de saúde	Ministério da Saúde; Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior; Ordens Profissionais	X					X				Algumas Escolas Médicas já incluíram conteúdos neste âmbito nos Cursos de Medicina; DGS já operacionalizou curso de formação de formadores de profissionais de saúde, com a Ordem dos Psicólogos; está ainda em desenvolvimento curso na plataforma NAU

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

Seguidamente, serão brevemente descritas outras atividades e iniciativas levadas a cabo ao longo de 2021, no âmbito dos quatro eixos estratégicos do PNPAF, além das atividades principais, anteriormente descritas.

#### > Comunicação e sensibilização

##### Participação em eventos de comemoração do Dia Mundial da Atividade Física

No Dia Mundial da Atividade Física, dia 6 de abril, em que o Relatório Anual de Atividades 2020 do PNPAF foi tornado público, a prática de atividade física foi tema em vários órgãos de comunicação social que disseminaram o relatório, através da agência Lusa..



O dia foi ainda marcado por três comunicações de vários membros do PNPAF em diferentes eventos.

- A diretora do PNPAF, Professora Marlene Nunes Silva, participou no 2º *webinar* organizado pela Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade de Évora, com o tema “Atividade Física, Estilos de Vida e Envelhecimento Saudável”. Esta iniciativa pretendeu promover a importância da atividade física para um estilo de vida saudável, através das diferentes palestras levadas a cabo por especialistas na área, onde a diretora do PNPAF apresentou os eixos centrais do programa para a promoção de estilos de vida fisicamente ativos a nível populacional.



**Webinar**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA DE SAÚDE  
E DESENVOLVIMENTO HUMANO

**ATIVIDADE FÍSICA, ESTILOS DE VIDA E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

**6 abril 2021**

**14h45** | O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física: Eixos centrais na promoção de estilos de vida fisicamente ativos a nível populacional  
**Prof.ª Dr.ª Marlene N. Silva**  
Diretora do Programa Nacional para a promoção da Atividade Física da Direção Geral da Saúde (DGS) | Doutorada em Exercício e Saúde

- O PNPAF esteve também representado pela Professora Rute Santos e pelo Doutor Romeu Mendes, diretores-adjuntos do PNPAF, no *webinar* “Atividade Física e Saúde”, organizado pela Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), e pelo P20 - Programa de promoção da Comunidade Educativa na vida da Escola (Plano Estratégico da ESEnFC 2020-2024). A comunicação da Professora Rute Santos incidiu sobre o papel do PNPAF na capacitação dos profissionais de saúde para a promoção da atividade física, e a comunicação do Doutor Romeu Mendes focou-se no projeto “Diabetes em Movimento”.



**webinar**

**ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE**

**6 de abril** (Dia Mundial da Atividade Física)

Rute Santos | Romeu Mendes | Armenio Armenio

- Também para assinalar este dia, a Câmara Municipal de Braga entrevistou o Doutor Bruno Rodrigues, membro da equipa do PNPAF, acerca da importância da atividade e do exercício físico na saúde e qualidade de vida, enquanto terapêutica não farmacológica. Esta entrevista pode ser vista, na íntegra, aqui::

[https://www.facebook.com/watch/live/?v=458603698697528&ref=watch\\_permalink&458603698697528](https://www.facebook.com/watch/live/?v=458603698697528&ref=watch_permalink&458603698697528)



### Resultados do inquérito REACT-COVID 2.0 na comunicação social

Este estudo da DGS, com participação do PNPAF e do PNPAS, em parceria com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa teve como objetivo conhecer os comportamentos alimentares e de atividade física dos portugueses um ano após o início da pandemia COVID-19 (maio-junho 2021), depois de um primeiro momento de recolha dados em 2020.

No dia 16 de outubro de 2021, Dia Mundial da Alimentação, foi lançado o Relatório Infográfico de Resultados do 2º Inquérito Nacional sobre Hábitos de Alimentação e de Atividade Física em Contexto de Pandemia COVID-19 (REACT-COVID 2.0), disseminado em vários órgãos de comunicação, também como celebração deste dia comemorativo.



### Entrevistas à Comunicação Social

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

- Participação da diretora do PNPAF, Professora Marlene Nunes Silva, no programa **É ou Não É? – O Grande Debate, da RTP1**, num debate sobre forma de combater a epidemia da obesidade em tempos de pandemia COVID-19, no dia 29 de junho de 2021. Pode assistir ao programa completo aqui: <https://www.rtp.pt/play/p8396/e-ou-nao-e-o-grande-debate>.



- Entrevista para o programa Quarto do Fundo, da Rádio Renascença, no dia 9 de outubro, onde a diretora do PNPAF, Professora Marlene Nunes Silva, esteve à conversa com Carla Rocha acerca da importância do exercício físico. Pode ouvir a entrevista completa aqui: <https://rr.sapo.pt/artigo/256410/65-da-populacao-portuguesa-nao-pratica-qualquer-exercicio-fisico-records-marlene-nunes-silva-psicologa>.
- Entrevista para a Revista Deco Proteste edição de junho/julho de 2021, sob o mote “Prioridade: pôr Portugal a mexer-se”, da diretora do PNPAF, Professora Marlene Nunes Silva, sobre o papel do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, procurando explicar porquê e como aumentar os níveis de atividade física da população nacional. Pode ler a entrevista completa [https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/entrevista\\_decoproteste\\_20211.aspx](https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/entrevista_decoproteste_20211.aspx).



- Entrevista para o *podcast* vitamina P, do jornal Público, no dia 29 de junho de 2021, no qual a diretora do PNPAF, Professora Marlene Nunes Silva, fala sobre os objetivos do programa e sobre o que é que funciona melhor para motivar os portugueses para a atividade física, desde as atividades em família ao futebol. Pode ouvir a entrevista completa aqui:

<https://www.publico.pt/2021/06/29/impar/noticia/acabar-vida-sedentaria-faz-saude-nao-funciona-1968274>.

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

Entre janeiro de 2021 e outubro de 2021, vários elementos da equipa do PNPAF participaram em diversos fóruns científicos e não científicos sobre saúde e atividade física, em formato digital e não digital. No início deste ano, à semelhança do que aconteceu em 2020 devido a todas as condicionantes provocadas pela COVID-19, levou à massificação da utilização de plataformas digitais de vídeo e áudio no contexto da comunicação em saúde e, especificamente, na realização de diversos fóruns públicos. Contudo, com o controlo da pandemia e o aliviar de medidas de contenção, nos últimos meses já tem sido possível participar em conferências de forma presencial.

Segue-se uma lista dos 19 fóruns nos quais o PNPAF participou, entre janeiro e outubro de 2021:

- *Webinar* “Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física”, no 5º Congresso de Envelhecimento Ativo: Atividade Física e Saúde, organizado pela Câmara Municipal de Viseu (20 fevereiro 2021);
- *Webinar* “Promoção da Atividade Física no Sistema Nacional de Saúde”, no 5º Congresso de Envelhecimento Ativo: Atividade Física e Saúde, organizado pela Câmara Municipal de Viseu (20 fevereiro 2021);
- *Webinar* “Identificação de Boas Práticas em Intervenções Comunitárias para a Promoção da Atividade Física”, no 5º Congresso de Envelhecimento Ativo: Atividade Física e Saúde, organizado pela Câmara Municipal de Viseu (24 fevereiro 2021);
- *Webinar* “Recomendações de Atividade Física: Modelo das 24h de Movimento”, no 5º Congresso de Envelhecimento Ativo: Atividade Física e Saúde, organizado pela Câmara Municipal de Viseu (24 fevereiro 2021);
- *Webinar* “Atividade Física durante a Pandemia”, inserido no *webinar* Prevenção a Dobrar – Alimentação e Peso Saudável em Tempo de COVID-19, organizado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro – Núcleo Regional do Norte (10 março 2021). Pode assistir ao *webinar*, a partir do minuto 35:20, no link: [https://www.youtube.com/watch?v=FdY-2C\\_PMJg&ab\\_channel=LigaPortuguesaContraCancro-Norte](https://www.youtube.com/watch?v=FdY-2C_PMJg&ab_channel=LigaPortuguesaContraCancro-Norte);
- Ciclo de Debates online “O Desporto: Que Futuro? – Na Saúde”, organizado pelo Centro de Estudos do Desporto da Tempo Livre (25 março 2021);
- *Webinar* “Atividade Física, Estilos de Vida e Envelhecimento Saudável”, organizado pela Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade de Évora (6 abril 2021);
- *Webinar* “Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física - A capacitação dos profissionais de saúde”, organizado pela Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) (6 abril 2021);
- *Webinar* “Diabetes em Movimento”, organizado pela Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) (6 abril 2021);
- Entrevista/*Webinar* “Atividade Física Enquanto Terapêutica Não Farmacológica”, organizado pela Câmara Municipal de Braga (6 abril 2021). Pode assistir ao *webinar* completo aqui: [https://www.facebook.com/watch/live/?v=458603698697528&ref=watch\\_permalink&458603698697528](https://www.facebook.com/watch/live/?v=458603698697528&ref=watch_permalink&458603698697528);
- *Webinar* “Atividade Física para a Saúde”, incluído no VIII Fórum da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (16 abril 2021). Pode assistir ao *webinar* completo no link: [https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch\\_permalink&v=462046885030088](https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=462046885030088);
- *Webinar* “La Actividad Física y la Actualidad de la Contingencia Sanitaria”, organizada pela Rede Euroamericana de Atividade Física, Educação e Saúde (20 abril 2021). Pode assistir ao *webinar* completo no link: <https://www.facebook.com/100114333669974/videos/1140343683153960>;

- *Webinar* “Como vencer a inatividade física na comunidade?”, integrado no I Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Associação Científica dos Enfermeiros (21 abril 2021);
- *Webinar* “Promoção da Atividade Física”, no âmbito da cooperação efetuada pela Federação Académica do Porto (FAP) e a DGS no projeto Saúde de Qualidade - Compromisso para o Ensino Superior (28 abril 2021);
- Moderação do *webinar* “Manter o Coração em Forma - À Conversa com Cidades Ativas e Saudáveis”, organizado pela Fundação Portuguesa de Cardiologia e pela Câmara Municipal de Lisboa (19 maio 2021). Pode assistir ao *webinar* completo no link: <https://maionocoracao.pt/2021/05/01/manter-o-coracao-em-forma-a-conversa-com-cidades-ativas/>;
- *Webinar* “A Promoção da Atividade Física, Comportamento Sedentário: Iniciativas do PNPAF para 2021”, incluído num ciclo de *webinars* promovido pela Câmara Municipal de Tondela, sob o mote “Uma hora do seu dia, para a saúde de uma vida” (26 junho 2021). Pode assistir ao *webinar* completo no link [https://www.facebook.com/watch/live/?v=870674110212788&ref=watch\\_permalink](https://www.facebook.com/watch/live/?v=870674110212788&ref=watch_permalink);
- Conferência “Atividade física para todos”, do evento National Dialogue Forum, organizado pelo projeto CO-CREATE – Confronting obesity: Co-creating policies with youth, financiado pela Comissão Europeia através do programa Horizonte 2020 e cujo membro nacional é o Centro de Estudos e Investigação em Dinâmicas Sociais e Saúde (CEIDSS) (20 setembro 2021);
- Masterclass “A Promoção da Atividade Física em Portugal – O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física da Direção-Geral da Saúde”, integrada no Ciclo de Conferências da Semana Europeia do Desporto da Universidade Europeia (28 setembro 2021). Pode assistir a esta masterclass no link: [https://www.youtube.com/watch?v=Q\\_LhQFF3gro&ab\\_channel=UniversidadeEuropeia](https://www.youtube.com/watch?v=Q_LhQFF3gro&ab_channel=UniversidadeEuropeia);
- Conferência “Atividade física e a sua promoção pelos médicos em Portugal”, inserida nas X Jornadas Médico Ativo Paciente Ativo, organizadas pela Clínica das Conchas (16 outubro 2021).

### Produção Científica de Disseminação Internacional

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

Em 2021, dois artigos científicos foram publicados em revistas de circulação internacional e revisão por pares (Q1 e Q2), abrangendo atividades e temáticas subjacentes ao trabalho desenvolvido:

- Silva, M.N.; Gregório, M.J.; Santos, R.; Marques, A.; Rodrigues, B.; Godinho, C.; Silva, C.S.; Mendes, R.; Graça, P.; Arriaga, M.; Freitas, G. *Towards an In-Depth Understanding of Physical Activity and Eating Behaviours during COVID-19 Social Confinement: A Combined Approach from a Portuguese National Survey*. *Nutrients* 2021, 13, 2685. <https://doi.org/10.3390/nu13082685>;
- Franco, S.; Godinho, C.; Silva, C.S.; Avelar-Rosa, B.; Santos, R.; Mendes, R.; Silva, M.N. *Assessment of Good Practices in Community-Based Interventions for Physical Activity Promotion: Development of a User-Friendly Tool*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 4734. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094734>.

### Artigos em Revistas de Circulação Nacional

Entre janeiro e outubro de 2021, foram publicados dois artigos na Revista Portugal Social, no contexto da colaboração com a Cidade Social:

- Boas Práticas na Promoção da Atividade Física em Cuidados de Saúde Primários: O Exemplo EUPAP - *A European Physical Activity on Prescription Model*, Bruno Avelar Rosa, Cristina Godinho, Cristina Portugal, Catarina Santos Silva, Bruno Rodrigues, Sofia Franco, Adilson Marques, Rute Santos, Romeu Mendes, Marlene Nunes Silva (Equipa PNPAF) (julho 2021);
- Cada Movimento Conta! - As novas recomendações da OMS para a atividade física e comportamento sedentário e as futuras recomendações integradas de comportamentos de movimento 24h do dia para a população portuguesa, Catarina Santos Silva, Bruno Rodrigues, Sofia Franco, Jorge Encantado, Bruno

Avelar Rosa, Adilson Marques, Rute Santos, Cristina Godinho, Romeu Mendes, Marlene Nunes Silva (Equipa PNPAF) (abril 2021).

### Notícias na imprensa nacional

O interesse da comunicação social nas atividades desenvolvidas pela DGS no âmbito da promoção da atividade física não se fez sentir somente a nível televisivo. Ao longo de 2021, foram noticiadas na imprensa escrita diversas iniciativas e atividades levadas a cabo pelo PNPAF, nomeadamente:

- Um em cada três utentes do SNS avaliados praticou 2,5 horas por semana de exercício moderado (Expresso, 06/04/2021)
- Mais de metade dos utentes do SNS diz não praticar qualquer tipo de exercício (Público, 06/04/2021)
- Exercício físico moderado. Um em cada três utentes do SNS avaliados cumpre o tempo recomendado (SIC Notícias, 06/04/2021)
- Um terço dos utentes dos centros de saúde praticam pelo menos 2,5 horas de exercício físico moderado por semana (Observador, 06/04/2021)
- Um em cada três utentes do SNS avaliados praticou 2,5 horas/semana de exercício moderado (Lusa, 06/04/2021)
- OMS lança novas recomendações para atividades físicas em todas as faixas etárias (DNotícias, 13/02/2021)
- OMS lança novas recomendações para atividades físicas (Notícias ao Minuto, 12/02/2021)
- Saiba as novas recomendações da OMS para atividade física em todas as faixas etárias (TVI24, 12/02/2021)
- OMS lança novas recomendações para atividades físicas em todas as faixas etárias (SIC Notícias, 12/02/2021)

### Microsite do PNPAF

O microsite da DGS dedicado à promoção da atividade física está disponível através do endereço [www.pnpaf.pt](http://www.pnpaf.pt), constituindo um importante canal de comunicação digital onde está concentrado um resumo de todas as iniciativas desenvolvidas no âmbito do PNPAF, bem como um conjunto importante de documentação central sobre atividade física para livre download. Atualizado regularmente, tem vindo a obter um número de acessos bastante satisfatório, sendo o sétimo microsite da DGS com maior número total de acessos (de entre mais de 50 microsites sediados em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)), contabilizando, até ao último trimestre de 2021 um total de 199 841 acessos. No Gráfico 21, pode observar-se a evolução face ao ano de 2020.

Gráfico 21. **Evolução do número de acessos ao microsite do PNPAF entre 31 de Dezembro de 2020 e 12 de novembro de 2021.**



Dados acumulados.

## > Sistema e serviços de saúde

### **Colaboração com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, no âmbito do Plano Nacional de Luta Contra o Cancro** (Proposta a 12/2021)

O PNPAF colaborou na definição de objetivos e estratégias, na sua área de atuação, incluídos na Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro, nomeadamente em dois pilares: Pilar da Prevenção/Promoção de Estilos de Vida Saudáveis; Pilar dos Sobreviventes/Caracterização de Necessidades.

## > Ambientes e contextos de vida

### **Colaboração com o Programa Nacional para a Diabetes, no âmbito do projeto “Mais Saúde, Menos Diabetes”**

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

O PNPAF, assim como o PNPAS e Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes, têm colaborado com o PND no desenvolvimento deste programa, que contempla várias sessões formativas de promoção da saúde. O PNPAF desenvolveu, especificamente, duas sessões de promoção da atividade física que procuram explicar os diferentes tipos de atividade física, o que se entende por comportamento sedentário, quais as principais recomendações para a prática de atividade física, como praticar atividade física em segurança e, ainda, desmistificar algumas ideias e desconstruir algumas barreiras apresentadas para a ausência ou níveis reduzidos de prática de atividade física.

Estas sessões serão implementadas, de forma presencial nos Centros de Saúde, por agentes facilitadores previamente formados para dar estas sessões de promoção da saúde. Alternativamente, será também disponibilizado o programa em formato online, através da plataforma NAU. Nesse sentido, a equipa do PNPAF já gravou um conjunto de pequenos vídeos em formato entrevista com especialistas na área da promoção da atividade física, assim como as duas sessões desenvolvidas já foram gravadas em formato digital, de forma que o programa online consiga traduzir, o máximo possível, os conteúdos abordados nas sessões presenciais. Para além disto, foram ainda desenvolvidas questões de escolha múltipla que permitam avaliar as aprendizagens dos formandos ao longo deste programa.

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

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

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

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

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

Este conjunto de critérios foi sistematizado em 2019, estabelecendo-se uma lista final ponderada pela relevância de cada um e, em 2020, desenvolveu-se uma ferramenta para disponibilização pública, possibilitando a sua utilização generalizada e, em particular, por parte das coordenações de projetos no terreno. No Anexo 3, encontra-se esta ferramenta em formato pdf, também já disponível para livre utilização no website do PNPAF.

Em 2021 esta ferramenta foi disponibilizada digitalmente via site do PNPAF, ainda não tendo, no entanto, um formato interativo (i.e. atribuindo automaticamente uma cotação a esta avaliação de boas práticas, e gerando um *feedback* automático acerca dos aspetos que estas intervenções poderão melhorar).

### Ação de regresso às aulas

O regresso à escola constitui um período de oportunidade para estimular a criação de rotinas e estilos de vida saudáveis nas crianças e jovens, fundamentais ao seu desenvolvimento físico e mental plenos, e propícios também a um melhor desempenho escolar. De modo a estimular a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, o PNPAF colaborou, juntamente com outros Programas de Saúde Prioritários, na elaboração de um manual organizado pela Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar.

Este manual comporta recomendações baseadas no paradigma das 24 horas, com sugestões com recomendações e sugestões concretas para a prática de atividade física, interrupção do comportamento sedentário e sobre sono para crianças em idade pré-escolar (bebés, crianças entre 1 a 2 anos e dos 3 aos 5 anos) e crianças e jovens em idade escolar (dos 6 aos 17 anos).

Este manual destina-se aos pais e cuidadores de crianças e jovens, assim como aos professores e outros elementos da comunidade escolar, ou mesmo aos jovens que pretendam obter mais informação.

### >.Outras atividades

Ao longo de 2021 e à semelhança de anos anteriores, o PNPAF respondeu a inúmeras solicitações técnico-científicas de relevo no âmbito da promoção da atividade física nacional, designadamente::

- Pronúncia à proposta de revogação da Lei nº 39/2012, de 28 de agosto e proposta de nova lei que estabelece o regime jurídico da responsabilidade técnica pela direção e pelo exercício de funções na área das atividades físicas e desportivas.
- Validação técnico-científica das brochuras “Ética no desporto: Linhas orientadoras para clubes... estimular uma participação positiva dos pais no desporto” e “Ética no desporto: Linhas orientadoras para pais”, elaboradas pelo Plano Nacional de Ética no Desporto, promovido pelo Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P., bem como oficialização de apoio institucional da DGS a esta iniciativa.
- Colaboração na monitorização das medidas preconizadas na “Estratégia Nacional para a Mobilidade Ciclável”.

### 3.12. Reflexo internacional das atividades desenvolvidas

Os avanços nas políticas de saúde implementadas ao nível da promoção da atividade física em Portugal, no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, têm sido reconhecidos a nível internacional com regularidade, ao longo dos últimos anos.

Em 2021, a OMS publicou as 2021 *Physical Activity Factsheets for the European Union Member States in the WHO European Region* (23), onde vem explanado um destaque especial às políticas de saúde implementadas no SNS, ao nível do aconselhamento breve para a atividade física e consulta de atividade física piloto, bem como as ferramentas digitais desenvolvidas especificamente para apoiar os profissionais de saúde nestas intervenções. Estas políticas, enquadradas pelo [Despacho nº 8932/2017](#), de 10 de outubro, estão descritas em [publicação científica](#) e os resultados da monitorização da sua implementação são publicados anualmente no relatório do Programa.

## 4. Roteiro de ação 2022

O planeamento das atividades do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física para 2022 encontra-se em total sintonia com o Plano Estratégico da DGS 2020-2022 (24), nas suas componentes e subcomponentes fundamentais.

A este nível, a Tabela 3 ilustra a harmonização entre os objetivos estratégicos (OE) da DGS, com as iniciativas estratégicas (IE) e objetivos operacionais (OOp) do PNPAF, fazendo um enquadramento resumido dos desígnios previstos para 2022.

Tabela 3. **Roteiro de ação estratégica 2022.**

Iniciativa Estratégica PNPAF	Objetivo Operacional PNPAF	Objetivo estratégico da DGS para o qual contribui	Principais desígnios previstos para 2022
<b>IE1. Melhorar a capacitação da população para a escolha e implementação de um estilo de vida ativo</b>	OOp1. Promover a comunicação e aumentar a prontidão do cidadão face à atividade física regular e redução do tempo sedentário	OE3   Promover a literacia em saúde ao longo do ciclo de vida	Sendo as campanhas nacionais de mass media uma das estratégias mais custo-efetivas para a promoção da atividade física, a reativação da campanha nacional “Siga o Assobio – A atividade física chama por si” será uma aposta para 2022. A primeira fase de implementação desta campanha teve resultados muito positivos, pelo que a sua reativação reveste-se da maior importância, dois anos após o início da pandemia.
<b>IE2. Melhorar a prevenção da doença e a prestação de cuidados, integrando uma abordagem a determinantes de saúde como a atividade física e o comportamento sedentário</b>	OOp2. Fomentar e melhorar a qualidade da promoção da atividade física nos cuidados de saúde, e a capacitação dos profissionais de saúde a este nível	OE4   Promover a qualidade, segurança e humanização dos cuidados de saúde	A promoção da atividade física através do sistema de saúde é recomendada nos principais planos estratégicos internacionais e nacionais na área. Deste modo, 2022 marcará a continuidade do trabalho a este nível, com particular destaque a três níveis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento dos trabalhos conducentes à disponibilização de ferramentas de aconselhamento breve para a atividade física adaptadas à população pediátrica e juvenil;</li> <li>• Publicação de orientação técnica para a promoção da atividade física no SNS;</li> <li>• Capacitação profissional em promoção da atividade física, nomeadamente através da disponibilização nacional de um curso de e-learning em aconselhamento breve para a atividade física.</li> </ul>
<b>IE3. Melhorar a qualidade da oferta de oportunidades de prática de atividade física em diferentes contextos, ao longo do ciclo de vida</b>	OOp3. Incentivar ambientes promotores da atividade física nos diferentes contextos e ao longo do ciclo de vida, valorizando e disseminando as boas práticas	OE1   Assegurar estratégias integradas de planeamento em saúde	Uma abordagem intersetorial da promoção da atividade física é fundamental. A este nível, a reativação da CIPAF será crucial, algo que, embora dependa da ação da Secretaria de Estado da Saúde, contará com todo o apoio necessário por parte do PNPAF. <p>A outro nível, está também previsto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A continuação dos trabalhos conducentes à publicação e disponibilização nacional gratuita de guias de referência para a prescrição de exercício físico na doença crónica;</li> <li>• Continuação da colaboração com a OMS no refinamento do programa mActive para aumento do tempo de caminhada da população adulta. Potencial teste piloto do programa em Portugal.</li> </ul>

Iniciativa Estratégica PNPAP	Objetivo Operacional PNPAP	Objetivo estratégico da DGS para o qual contribui	Principais desígnios previstos para 2022
<b>IE4. Promover a tomada de decisão informada (vigilância epidemiológica e monitorização)</b>	OOp4. Promover a monitorização, a vigilância epidemiológica e a investigação na área da promoção da atividade física	OE2   Reforçar a monitorização da saúde	Decorrida a segunda recolha de dados com vista ao estudo de monitorização de atitudes e comportamentos de médicos face à atividade física e sua promoção, prevê-se a publicação de resultados longitudinais 2017-2021.
<b>IE5. Melhorar o planeamento e ação em situações de emergência em saúde pública, no âmbito da promoção da atividade física</b>	Todos os anteriores	OE6   Preparação e resposta a emergências em saúde pública	Um ano depois do início da pandemia, o estudo REACT-COVID 2.0 veio confirmar a tendência para o agravamento das iniquidades em saúde, já identificado pelo REACT-COVID 1.0 aquando do primeiro confinamento geral obrigatório. Os dados assim recolhidos e analisados de forma longitudinal serão fundamentais para que as ações futuras de promoção da atividade física atuem ao nível da mitigação destas alterações negativas e fomento das positivas.

## 5. Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Available online: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases> (accessed on 14 November 2021).
2. Stein DJ, Benjet C, Gureje O, Lund C, Scott KM, Poznyak V, et al. Integrating mental health with other non-communicable diseases. *BMJ*. 2019;364:l295.
3. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219-29.
4. Global Burden of Disease 2019 Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223-49.
5. Global Health Metrics. Low physical activity – Level 2 Risk. Institute for Health Metrics and Evaluation; 2020.
6. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015;25 Suppl 3:1-72.
7. Campbell-Lendrum D, Prüss-Ustün A. Climate change, air pollution and noncommunicable diseases. *Bull World Health Organ*. 2019;97(2):160-1.
8. International Society for Physical Activity and Health. The Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development. *Br J Sports Med*. 2017;51(19):1389-91.
9. Loureiro N, Calmeiro L, Marques A, Gomez-Baya D, Matos MG. The role of blue and green exercise in planetary health and well-being. *Sustainability*. 2021;13(19):10829.
10. United Nations Climate Change. Sports for Climate Action Framework - Version 02.0. Available online: [https://unfccc.int/sites/default/files/resource/Sports\\_for\\_Climate\\_Action\\_Declaration\\_and\\_Framework\\_0.pdf](https://unfccc.int/sites/default/files/resource/Sports_for_Climate_Action_Declaration_and_Framework_0.pdf) (accessed on 17 November 2021).
11. United Nations Climate Change. Sports for climate action on the race to zero: information pack. Available online: [https://unfccc.int/sites/default/files/resource/S4CA\\_prospective%20signatory%20booklet.pdf](https://unfccc.int/sites/default/files/resource/S4CA_prospective%20signatory%20booklet.pdf) (accessed on 17 November 2021).
12. Gelius P, Tcymbal A, Whiting S, Messing S, Abu-Omar K, Geidl W, et al. Impact of the First Wave of COVID-19 on Physical Activity Promotion in the European Union: Results From a Policymaker Survey. *J Phys Act Health*. 2021:1-5.
13. Silva MN, Gregório MJ, Santos R, Marques A, Rodrigues B, Godinho C, et al. Towards an In-Depth Understanding of Physical Activity and Eating Behaviours during COVID-19 Social Confinement: A Combined Approach from a Portuguese National Survey. *Nutrients*. 2021;13(8).
14. Woods JA, Hutchinson NT, Powers SK, Roberts WO, Gomez-Cabrera MC, Radak Z, et al. The COVID-19 pandemic and physical activity. *SMHS*. 2020;2(2):55-64.

15. Rezende LFM, Sá TH, Mielke GI, Viscondi JYK, Rey-López JP, Garcia LMT. All-Cause Mortality Attributable to Sitting Time: Analysis of 54 Countries Worldwide. *Am J Prev Med.* 2016;51(2):253-63.
16. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
17. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
18. Segar ML, Marques MM, Palmeira AL, Okely AD. Everything counts in sending the right message: science-based messaging implications from the 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020;17(1):135.
19. Milton K, Cavill N, Chalkley A, Foster C, Gomersall S, Hagstromer M, et al. Eight Investments That Work for Physical Activity. *J Phys Act Health.* 2021;18(6):625-30.
20. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
21. Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, de Vet HCW, et al. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res.* 2018;27(5):1147-57.
22. Troiano RP, Stamatakis E, Bull FC. How can global physical activity surveillance adapt to evolving physical activity guidelines? Needs, challenges and future directions. *Br J Sports Med.* 2020;54(24):1468-73.
23. WHO Regional Office for Europe. 2021 Physical Activity Factsheets for the European Union Member States in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.
24. DGS. Plano Estratégico da DGS 2020-2022. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020.

## 6. Glossário

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

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

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

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

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

## 7. Anexos

### Anexo 1 – Relatório infográfico do estudo REACT-COVID 2.0



## INTRODUÇÃO

Este estudo da Direção-Geral da Saúde, em parceria com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa teve como objetivo conhecer os comportamentos alimentares e de atividade física dos portugueses um ano após o início da pandemia COVID-19 (maio-junho 2021).

### DESENHO DO ESTUDO E AMOSTRA

Os resultados aqui apresentados resultam de um desenho de estudo observacional transversal seriado com amostra não probabilística de base nacional de indivíduos com 18 ou mais. A amostra final é composta por 4930 participantes, dos quais 78,6% são mulheres. Metade dos respondentes tem entre 35 e 54 anos; a maioria completou um curso de ensino superior (74,7%) e é profissionalmente ativo (75,4%).



### RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada através de um questionário online auto-preenchido através de amostragem por bola de neve, ativada por divulgação em websites institucionais, redes sociais e media. A amostra inicial foi recolhida entre 09-04-2020 e 04-05-2020. A segunda amostra foi recolhida entre 10-05-2021 e 04-06-2021.



### ANÁLISE DOS DADOS

A informação apresentada foi ponderada para a distribuição da população portuguesa de acordo com informação dos Censos 2011, após estratificação por sexo, grupos etários (entre os 18 e os 34 anos, entre os 35 e os 54 anos e 55 ou mais anos), nível educacional (ensino básico ou secundário, ensino superior) e NUTS II (Norte, Centro, Região Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve, Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores).



## LITERACIA EM SAÚDE

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

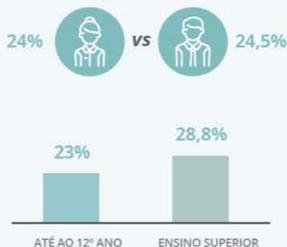


### ACESSO

TIVERAM ACESSO ÀS ORIENTAÇÕES PRODUZIDAS PELA DGS



NA ÁREA DA ALIMENTAÇÃO



### UTILIDADE

AS ORIENTAÇÕES PRODUZIDAS PELA DGS NA ÁREA DA ALIMENTAÇÃO NO CONTEXTO DE ISOLAMENTO OU CONFINAMENTO COVID-19 FORAM ÚTEIS?



CONSIDERARAM ÚTEIS OU MUITO ÚTEIS



O ACESSO A ESTA INFORMAÇÃO FOI MAIS FREQUENTE NOS INDIVÍDUOS COM UM MAIOR NÍVEL DE ESCOLARIDADE, PORÉM ESTA INFORMAÇÃO REVELOU-SE MAIS ÚTIL PARA INDIVÍDUOS COM UM NÍVEL DE ESCOLARIDADE MAIS BAIXO

COVID-19

REACT-COVID 2.0 INQUÉRITO SOBRE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

4

## ALIMENTAÇÃO

### ALTERAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES DURANTE OS PRIMEIROS 12 MESES DA PANDEMIA COVID-19



ALTEROU OS  
HÁBITOS ALIMENTARES  
DURANTE OS PRIMEIROS  
12 MESES DA PANDEMIA  
COVID-19



Alterou para melhor



Alterou para pior

#### Razões para alteração dos hábitos alimentares



As razões para esta alteração parecem relacionar-se com 3 grandes fatores: 1) aumento das refeições realizadas em casa (33,4%) e/ou aumento do número de refeições cozinhadas (19,4%), 2) alterações no apetite motivadas por razões emocionais (24,9%) e por último 3) alteração da frequência de idas às compras (21,7%). Comparativamente ao primeiro período de recolha de dados (abril e maio 2020) os fatores relacionados com as preocupações com a situação económica parecem perder peso.

### ALTERAÇÃO DE ALGUNS COMPORTAMENTOS ASSOCIADOS À ALIMENTAÇÃO DURANTE OS PRIMEIROS 12 MESES DA PANDEMIA COVID-19



Alteraram o número de idas às **compras**



Passaram a **cozinhar mais**



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



Alteraram o número de **refeições diárias**



Aumentaram os **cuidados de higiene** com os alimentos

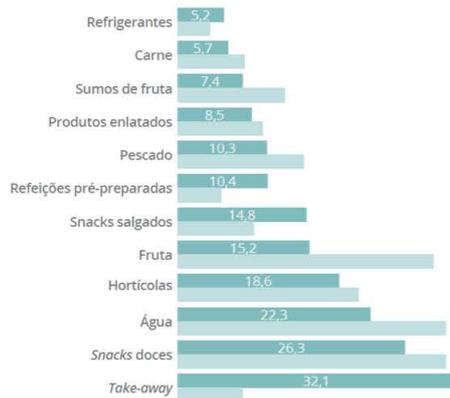
COVID-19

REACT-COVID 2.0 INQUÉRITO SOBRE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

5

### ALTERAÇÕES NO CONSUMO ALIMENTAR DURANTE OS PRIMEIROS 12 MESES DA PANDEMIA COVID-19

#### AUMENTO

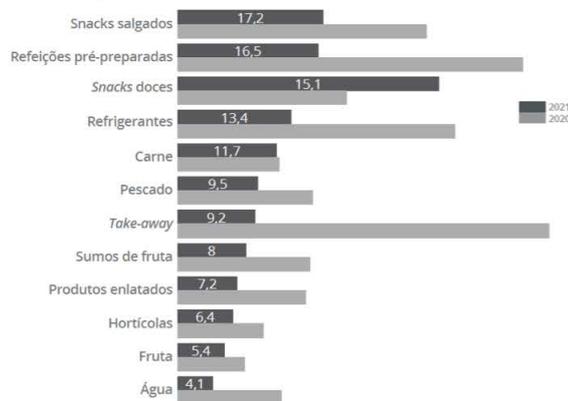


2021  
2020



Take-away (32,2%)  
Snacks doces (26,3%)  
Água (22,3%)  
Hortícolas (18,6%)

#### DIMINUIÇÃO



2021  
2020



Snacks salgados (17,2%)  
Refeições pré-preparadas (16,5%)  
Bebidas alcoólicas (15,4%)  
Snacks doces (15,1%)

#### FOME HEDÓNICA



22,8%

#### NÍVEL ELEVADO DE FOME HEDÓNICA

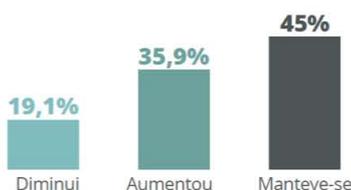
A fome hedónica pode ser definida como um estado subjetivo associado ao desejo ou consumo alimentar pelo prazer.

COVID-19

REACT-COVID 2.0 INQUÉRITO SOBRE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

6

### PERCEÇÃO DA ALTERAÇÃO DO PESO CORPORAL DURANTE OS PRIMEIROS 12 MESES DA PANDEMIA COVID-19



### RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR DURANTE A COVID-19



DOS INDIVÍDUOS COM O 12º ANO DE ESCOLARIDADE REPORTARAM PREOCUPAÇÃO E/OU FALTA DE ALIMENTOS



DOS INDIVÍDUOS COM O CURSO DE ENSINO SUPERIOR REPORTARAM PREOCUPAÇÃO E/OU FALTA DE ALIMENTOS

OS INDIVÍDUOS COM DIFICULDADES ECONÓMICAS SÃO OS QUE APRESENTAM UMA MAIOR PREVALÊNCIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR

6,3%



Confortável ou muito confortável

29,3%



Suficiente

84%



Difícil ou muito difícil

29,6%

REPORTARAM PREOCUPAÇÃO OU INCERTEZA QUANTO AO ACESSO AOS ALIMENTOS POR DIFICULDADES ECONÓMICAS

12,3%

REPORTARAM DIFICULDADES ECONÓMICAS NO ACESSO AOS ALIMENTOS



COVID-19

REACT-COVID 2.0 INQUÉRITO SOBRE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

7

## PADRÕES DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR DURANTE OS PRIMEIROS 12 MESES DA PANDEMIA COVID-19



### ALTERAÇÃO PARA COMPORTAMENTOS ALIMENTARES MAIS SAUDÁVEIS



### ALTERAÇÃO PARA COMPORTAMENTOS ALIMENTARES MENOS SAUDÁVEIS



### CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM AUMENTO DE COMPORTAMENTOS ALIMENTARES MENOS SAUDÁVEIS



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



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



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

### FOME HEDÓNICA



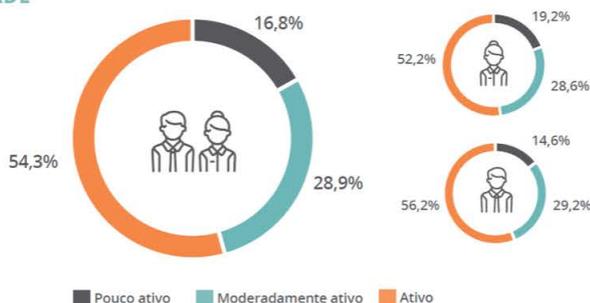
OS INQUERIDOS COM NÍVEL ELEVADO DE FOME HEDÓNICA SÃO OS QUE MAIS ADOTAM O PADRÃO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR NÃO SAUDÁVEL

**Nota metodológica:** Foi realizada uma análise de correspondência múltipla para identificar comportamentos alimentares que se alteraram de forma conjunta durante o período em análise. Indivíduos com padrões similares no que respeita a estas alterações foram agrupados através de uma análise hierárquica de clusters. Os dados foram ponderados por sexo, grupos etários (entre os 18 e os 34 anos; entre os 35 e os 54 anos; 55 ou mais anos), nível educacional (mais ou menos do que o 12º ano; escolaridade obrigatória) e NUTS II.

# ATIVIDADE FÍSICA

## PREVALÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA

### NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA



### COMPARAÇÃO COM ESTUDOS NACIONAIS ANTERIORES

IAN-AF (2015-2016)\*  
 BARÓMETRO NACIONAL DA ATIVIDADE FÍSICA (2017)  
 REACT-COVID 1.0 (2020)  
 REACT-COVID 2.0 (2021)



\*Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

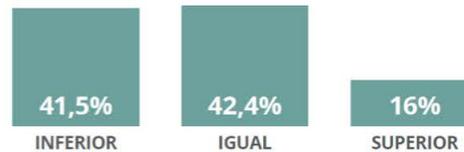
Os dados deste inquérito, aproximadamente um ano após o anterior (em contexto de confinamento social), parecem confirmar a **manutenção da tendência de melhoria dos níveis de atividade física da população**, apontando para um quadro em que 16,8% da população reporta níveis baixos de atividade física, 28,9% são moderadamente ativos e 54,3% reporta níveis adequados de atividade física para a promoção da saúde.

COVID-19

REACT-COVID 2.0 INQUÉRITO SOBRE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

9

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



AS PRINCIPAIS RAZÕES APONTADAS PARA A DIMINUIÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA FORAM:

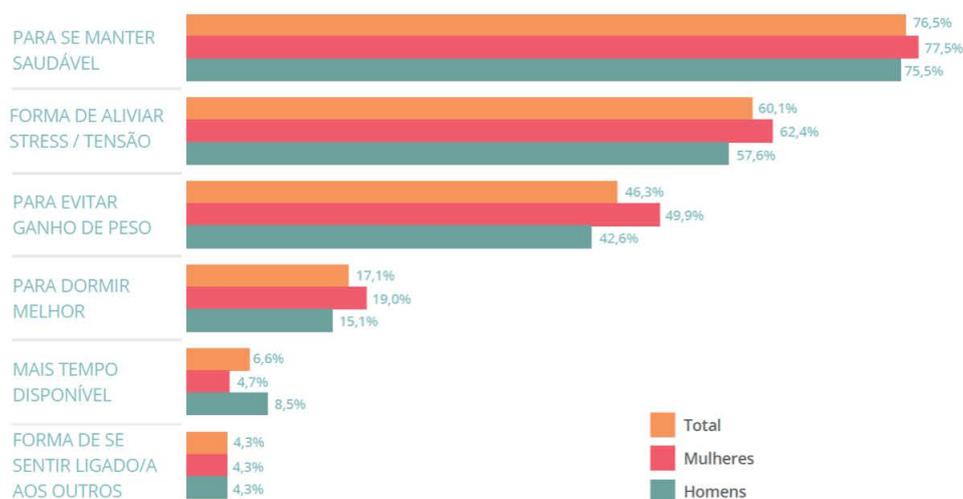
- Sentir-se mais triste e ansioso (27,2%);
- Deixar de poder praticar atividade física em grupo, durante o confinamento (22,2%).

Os sintomas de tristeza e ansiedade foram especialmente indicados pelos mais jovens, menos ativos e com perceção de situação financeira difícil ou muito difícil.

AS PRINCIPAIS RAZÕES APONTADAS PARA O AUMENTO DA ATIVIDADE FÍSICA FORAM:

- Ter adquirido hábitos de atividade física no último ano e estar a conseguir mantê-los (38,3%);
- Ter mais tempo ou ser capaz de o gerir de forma a integrar mais atividade física (25,0%).

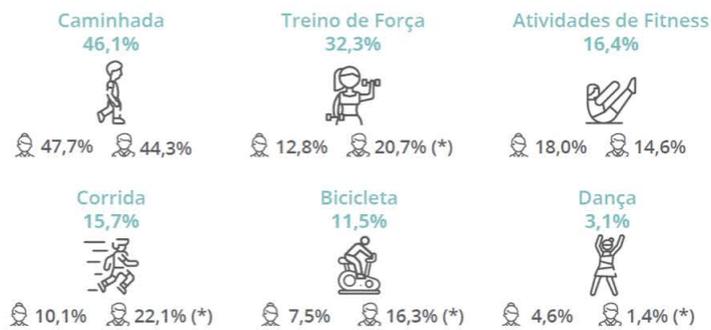
### QUAIS OS PRINCIPAIS MOTIVOS PARA A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA?



À semelhança dos resultados obtidos no inquérito anterior (há um ano) os dois principais motivos para a prática de atividade física continuam a prender-se com a saúde física e mental (manter-se saudável e aliviar o stress/tensão). De um modo geral, as prevalências atribuídas a cada motivo seguem a mesma hierarquia, à exceção do motivo “para dormir melhor”, que parece agora na 5ª posição dos motivos mais prevalentes, ultrapassando o motivo “mais tempo disponível”.

## ATIVIDADES FÍSICAS REALIZADAS

## ATIVIDADE FÍSICA ORGANIZADA/ESTRUTURADA



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

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

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

## ATIVIDADE FÍSICA INTEGRADA NAS TAREFAS DIÁRIAS



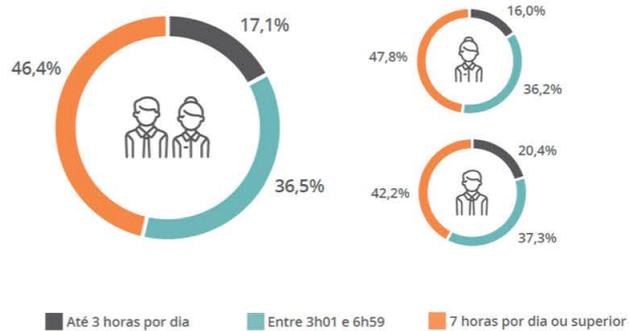
Entre as principais atividades físicas não estruturadas (integradas no quotidiano), metade da população ou mais refere:

- tarefas domésticas\*
- subir/descer escadas

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

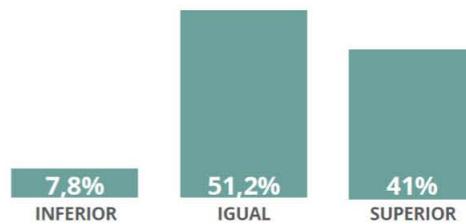
## PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

## NÍVEL DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO



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

## COMPARATIVAMENTE AO PERÍODO PRÉ-PANDEMIA, OS PORTUGUESES CONSIDERARAM QUE O SEU VOLUME DE TEMPO SENTADO DIÁRIO ERA...



O principal motivo apontado para a **redução do tempo sentado diário** foi **levantar-se propositadamente ao longo do dia, de forma a interromper o tempo sentado (43,8%)**. Esta estratégia foi especialmente adotada por indivíduos mais velhos (55 anos ou mais), com escolaridade mais baixa, com perceção de situação financeira pior e com maior nível de atividade física.

O principal motivo apontado para o **aumento do tempo sentado diário** foi **passar mais tempo em casa, em atividades de lazer em que se está sentado/a (53,4%)**. Este motivo foi especialmente apontado pelas pessoas mais velhas (55 anos ou mais) e com menor escolaridade.

## ATIVIDADES EM COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO



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

Passados os períodos de confinamento obrigatório, o trabalho/aulas tomam, naturalmente, o primeiro lugar nas atividades que mais contribuem para o comportamento sedentário da população, seguidos pelo tempo de ecrã.

## PADRÃO DE RISCO PARA A SAÚDE



Uma análise simultânea de um conjunto de variáveis relacionadas com a alimentação e atividade física permitiu identificar dois grandes aglomerados de indicadores de risco e de proteção para a saúde:

O primeiro aglomerado é compatível com um padrão de risco, apontando para a coocorrência de níveis de atividade física baixos, alteração de hábitos alimentares para comportamentos alimentares menos saudáveis (i.e., aumento do consumo de *snacks* salgados e doces, refeições pré-preparadas, refrigerantes, enlatados e *take-away* e/ou diminuição do consumo de fruta, hortícolas e água), saúde percebida como razoável ou fraca, situação financeira percebida como difícil ou muito difícil, níveis de escolaridade mais baixos (i.e., sem habilitações superiores), idade até aos 45 anos e ser mulher.

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

## PADRÃO PROTETOR DA SAÚDE



Um segundo aglomerado identificado é compatível com um padrão protetor da saúde, em que níveis mais elevados de atividade física e a manutenção ou melhoria de hábitos alimentares (i.e., aumento do consumo de fruta, hortícolas e água e/ou diminuição do consumo de *snacks* salgados e doces, refeições pré-preparadas, refrigerantes, enlatados e *take-away*) tendem a coocorrer com a perceção da saúde como ótima ou muito boa, ter uma idade igual ou superior a 46 anos e ser homem.

Anexo 2 – Tradução portuguesa das recomendações globais para a atividade física e comportamento sedentário 2020 da Organização Mundial da Saúde (documento-resumo)



RESUMO

# RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Resumo

[WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance]

ISBN 978-65-00-15021-6 (versão digital)

ISBN 978-65-00-15064-3 (versão impressa)

Esta tradução não foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável pelo conteúdo ou precisão desta tradução. A edição original em inglês [WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; [2020]. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO é a edição vinculativa e autêntica.

**A versão portuguesa resulta da tradução realizada pelo Programa Nacional Para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), da Direção Geral da Saúde (DGS) e está disponível sob o CC BY-NC-SA 3.0.**



# CONTEÚDOS

Agradecimentos	iv
<b>Mensagens principais</b>	<b>1</b>
<b>Introdução</b>	<b>2</b>
<b>Âmbito de aplicação</b>	<b>2</b>
<b>População alvo</b>	<b>2</b>
<b>Processo de desenvolvimento</b>	<b>2</b>
<b>Recomendações</b>	<b>2</b>
> Crianças e adolescentes (5 a 17 anos)	3
> Adultos (18 a 64 anos)	4
> Idosos (65 anos ou mais)	6
> Mulheres grávidas e no pós parto	8
> Adultos e idosos com doenças crónicas (18 anos ou mais)	10
> Crianças e adolescentes (5–17 anos) com deficiência	12
> Adultos (18 anos ou mais) com deficiência	14
<b>Lacunas na evidência</b>	<b>16</b>
<b>Adoção e disseminação</b>	<b>16</b>
<b>Das recomendações à ação</b>	<b>17</b>
<b>Implicações na vigilância</b>	<b>17</b>
<b>Referências</b>	<b>17</b>
<b>Anexo na internet:</b> Perfis de evidência <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf</a>	

## AGRADECIMENTOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) agradece a contribuição e o apoio no desenvolvimento destas recomendações das seguintes pessoas e organizações:

Fiona Bull e Juana Willumsen lideraram o processo de desenvolvimento destas recomendações. Valentina Baltag, Maurice Bucagu, Alex Butchart, Neerja Chowdhary, Regina Guthold, Riitta-Maija Hämäläinen, André Ilbawi, Wasiq Khan, Lindsay Lee, Alana Officer, Leanne Riley e Gojka Roglic foram membros do Grupo de Orientação da OMS que geriu o processo de desenvolvimento das recomendações.

Os membros do Grupo Responsável pelas Recomendações (GRR) foram: Salih Saad Al-Ansari, Stuart Biddle, Katja Borodulin, Matthew Buman, Greet Cardon (co-chair), Catherine Carty, Jean-Philippe Chaput, Sebastien Chastin, Paddy Dempsey, Loretta DiPietro, Ulf Ekelund, Joseph Firth, Christine Friedenreich, Leandro Garcia, Muthoni Gichu, Russ Jago, Peter Katzmarzyk, Estelle V. Lambert, Michael Leitzmann, Karen Milton, Francisco B. Ortega, Chathuranga Ranasinghe, Emmanuel Stamatakis (co-chair), Anne Tiedemann, Richard Troiano, Hidde van der Ploeg e Vicky Wari. Roger Chou foi responsável pela GRADE. O grupo de revisão externa incluiu Kingsley Akinroye, Huda Alsiyabi, Alberto Flórez-Pregonero, Shigeru Inoue, Agus Mahendra, Deborah Salvo e Jasper Schipperijn.

As revisões sistemáticas realizadas para o Relatório do Comité Científico Consultivo para as Recomendações de Atividade Física dos EUA de 2018, para a Secretaria da Saúde e Serviços Humanos foram atualizadas graças a pesquisas adicionais, conduzidas por Kyle Sprow (National Cancer Institutes, National Institutes of Health, Maryland, EUA). For fornecido apoio adicional para a revisão dos artigos identificados por Elif Eroglu (University of Sydney), Andrea Hillreiner (University of Regensburg), Bo-Huei Huang (University of Sydney), Carmen Jochem (University of Regensburg), Jairo H. Migueles (Universidad de Granada), Chelsea Stone (University of Calgary) e Léonie Uijtewilligen (Amsterdam UMC).

Os resumos das evidências e as tabelas da GRADE, foram realizados por Carrie Patnode e Michelle Henninger (The Kaiser Foundation Hospitals, Center for Health Research, Portland, Oregon, EUA).

Revisões adicionais da evidência foram conduzidas por N Fairhall, J Oliveira, M Pinheiro, and C Sherrington (Institute for Musculoskeletal Health, School of Public Health, The University of Sydney, Sydney, Australia) and A Bauman (Prevention Research Collaboration, School of Public Health, The University of Sydney, Sydney, Australia; e Centro Colaborativo da OMS para a Atividade Física, Nutrição e Obesidade); S Mabweazara, M-J Laguette, K Larmuth, F Odunitan-Wayas (Research Centre for Health through Physical Activity, Lifestyle and Sports Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Cape Town, Cape Town, South Africa), L Leach, S Onagbiye (Department of Sport, Recreation and Exercise Science, Faculty of Health Sciences, University of the Western Cape, Cape Town, South Africa), M Mthethwa (Chronic Disease Initiative for Africa, University of Cape Town, Cape Town, South Africa), P Smith (The Desmond Tutu VIH Centre, Institute for Infectious Disease and Molecular Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Cape Town, Cape Town, South Africa) and F Mashili (Department of Physiology, Muhimbili University of Allied Sciences, Dar Es Salaam, United Republic of Tanzania); B Cillekens, M Lang, W van Mechelen, E Verhagen, M Huysmans, A van der Beek, P Coenen (Department of Public and Occupational Health at Amsterdam University Medical Centre, Amsterdam, Netherlands).

A Agência de Saúde Pública do Canadá e o Governo da Noruega forneceram apoio financeiro, sem o qual este trabalho não poderia ser concluído.

## MENSAGENS PRINCIPAIS

### 1 **A atividade física é boa para o coração, o corpo e a mente.**

A atividade física regular pode prevenir e ajudar a controlar doenças cardíacas, a diabetes tipo 2 e o cancro, que causam quase três quartos das mortes em todo o mundo. A atividade física também pode reduzir os sintomas de depressão e ansiedade e melhorar o funcionamento cognitivo, a aprendizagem e o bem-estar em geral.

### 2 **Qualquer quantidade de atividade física é melhor do que nenhuma, e quanto mais melhor.**

Para a saúde e bem estar, a OMS recomenda pelo menos 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbia de intensidade moderada (ou atividade física vigorosa equivalente) para os adultos, e uma média de 60 minutos por dia de atividade física moderada para crianças e adolescentes.

### 3 **Toda a atividade física conta.**

A atividade física pode ser realizada como parte integrante do trabalho, desporto e lazer ou transporte (caminhar, patinar e pedalar), bem como de tarefas diárias e domésticas.

### 4 **O fortalecimento muscular beneficia toda as pessoas.**

Idosos (65 anos ou mais) devem adicionar atividades físicas que promovam o equilíbrio e a coordenação, bem como o fortalecimento muscular, para ajudar na prevenção de quedas e na melhoria da saúde.

### 5 **Demasiado comportamento sedentário pode ser prejudicial à saúde.**

Pode aumentar o risco de doenças cardíacas, cancro, e diabetes tipo 2. Limitar o tempo em comportamento sedentário e ser fisicamente ativo é bom para a saúde.

### 6 **Todas as pessoas podem beneficiar com o aumento da atividade física e redução do comportamento sedentário,** incluindo mulheres grávidas e no pós-parto e pessoas com doenças crônicas e deficiências.

Quatro a cinco milhões de mortes por ano poderiam ser evitadas se a população global fosse mais fisicamente ativa. Estas recomendações globais permitem que os países desenvolvam políticas nacionais de saúde baseadas em evidência e apoiem a implementação do Plano de Ação Global da OMS para a atividade física 2018-2030.

Ações e investimentos em políticas para promover a atividade física e reduzir o comportamento sedentário podem ajudar a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2030, particularmente: Boa Saúde e Bem-estar (ODS3), Cidades e Comunidades Sustentáveis (ODS11), Ações contra as Mudanças Climáticas (ODS13), Educação de Qualidade (ODS4), entre outros.

### TODO O MOVIMENTO CONTA

*Atividades de intensidade moderada aumentam a sua frequência cardíaca e respiratória. Atividades de intensidade vigorosa aumentam ainda mais a força e a velocidade da respiração. Existem muitas formas de fortalecer os seus músculos, seja em casa ou num ginásio.*



## INTRODUÇÃO

A atividade física regular é um fator chave de proteção para a prevenção e o controlo das doenças não transmissíveis (DNTs), como as doenças cardiovasculares, a diabetes tipo 2 e alguns tipos de câncros. A atividade física também beneficia a saúde mental, incluindo a prevenção do declínio cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade; e pode contribuir para a manutenção do peso saudável e do bem-estar geral. Estimativas globais indicam que 27,5% dos adultos<sup>(1)</sup> e 81% dos adolescentes<sup>(2)</sup> não aderem às recomendações da OMS de 2010 para atividade física<sup>(3)</sup>, com quase nenhuma melhoria observada durante a última década. Existem também desigualdades notáveis: os dados mostram que, na maioria dos países, raparigas e mulheres são menos ativas do que rapazes e homens, e que há diferenças significativas nos níveis de atividade física entre grupos de alta e baixa capacidade económica, e entre países e regiões.

## ÂMBITO DE APLICAÇÃO

As Recomendações da OMS sobre atividade física e comportamento sedentário fornecem recomendações de saúde pública baseadas em evidência para crianças, adolescentes, adultos e idosos, sobre a quantidade de atividade física (frequência, intensidade e duração) necessária para oferecer benefícios significativos à saúde e mitigar riscos à saúde. Pela primeira vez, são fornecidas recomendações sobre as associações entre comportamento sedentário e *outcomes* de saúde, bem como para subpopulações, como mulheres grávidas e no pós-parto, e pessoas que vivem com condições crónicas ou deficiências.

## PÚBLICO ALVO

As recomendações são destinadas a decisores políticos de países de alto, médio e baixo rendimento, nos ministérios da saúde, educação, juventude, desporto e/ou bem-estar social ou familiar; funcionários do governo responsáveis pelo desenvolvimento de planos nacionais, sub-regionais ou municipais para aumentar a atividade física e reduzir o comportamento sedentário em grupos populacionais, por via de documentos de orientação; pessoas que trabalham em organizações não governamentais, setor da educação, setor privado, investigação; e prestadores de serviços de saúde.

<sup>1</sup> GRADE: *Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation*

<sup>2</sup> Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf>

## PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO

As recomendações foram desenvolvidas de acordo com o manual da OMS para o desenvolvimento de recomendações<sup>(4)</sup>. Em 2019, foi formado um Grupo Responsável pelas Recomendações (GRR), incluindo especialistas técnicos e partes interessadas relevantes de todas as seis regiões da OMS. O grupo reuniu em julho de 2019 para formular as perguntas-chave, rever a evidência científica e concordar com os métodos de atualização da literatura e, quando necessário, elaborar novas revisões adicionais. Em fevereiro de 2020, o GRR reuniu novamente para rever a evidência dos *outcomes* críticos e importantes, considerar os benefícios e prejuízos, valores, preferências, viabilidade e aceitabilidade, e as implicações para a equidade e os recursos. As recomendações foram desenvolvidas por consenso e publicadas online para consulta pública. As recomendações finais atualizadas estão resumidas abaixo. As tabelas da GRADE<sup>1</sup> e os perfis de evidência estão disponíveis enquanto anexo<sup>(5)</sup>. Ferramentas práticas para apoiar a adoção, disseminação, campanhas de comunicação e implementação das recomendações, ajudarão os governos e as partes interessadas a trabalhar em conjunto para aumentar a atividade física e reduzir o comportamento sedentário ao longo da vida.

## RECOMENDAÇÕES

As recomendações de saúde pública apresentadas nas Recomendações da OMS sobre atividade física e comportamento sedentário são para todas as populações e grupos etários de 5 a 65 anos e idosos, independentemente do sexo, origem cultural ou nível socioeconómico, e são relevantes para pessoas com todo o tipo de capacidades. Aqueles com condições médicas crónicas e/ou deficiências, e mulheres grávidas e no pós-parto devem tentar seguir as recomendações sempre que possível e forem capazes.

## CRIANÇAS E ADOLESCENTES (5–17 anos)



Em crianças e adolescentes, a atividade física melhora a aptidão física (aptidão cardiorrespiratória e muscular), a saúde cardiometabólica (pressão arterial, dislipidemia, glicose e resistência à insulina), a saúde óssea, a cognição (desempenho acadêmico e funções executivas), a saúde mental (redução dos sintomas de depressão) e redução da gordura corporal.

**Pelo menos**  
**60**  
**minutos por dia**

**Atividade física de intensidade moderada a vigorosa** ao longo da semana; a maior parte dessa atividade deverá ser aeróbia.

É recomendado que:

➤ **As crianças e adolescentes devem realizar pelo menos uma média de 60 minutos por dia, de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, maioritariamente aeróbia.**

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

**Pelo menos**  
**3**  
**dias por semana**

**Atividades aeróbias de intensidade vigorosa**, bem como atividades de **fortalecimento muscular e ósseo**, devem ser incorporadas.

➤ **Atividades aeróbias de intensidade vigorosa, bem como atividades de fortalecimento muscular e ósseo, devem ser incorporadas em pelo menos 3 dias por semana.**

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

### RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS

- Praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma.
- Mesmo se as crianças e adolescentes não cumprirem as recomendações, praticar alguma atividade física será benéfico para a sua saúde.
- As crianças e adolescentes devem começar com pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo.
- É importante oferecer a todas as crianças e adolescentes oportunidades seguras e equitativas, e encorajar a participação em atividades físicas que sejam divertidas, diversificadas, e que sejam adequadas para sua idade e capacidade.

Em crianças e adolescentes, quantidades elevadas de comportamento sedentário estão associadas ao aumento da gordura corporal, à diminuição da saúde cardiometabólica, a uma menor condição física, à redução do comportamento social; e redução da duração do sono.

É recomendado que:

➤ **As crianças e adolescentes devem limitar o tempo em comportamento sedentário, particularmente a quantidade de atividades recreativas em frente aos ecrãs.**

*Recomendação forte, nível de evidência baixo*

**LIMITAR**

**o tempo em comportamento sedentário**, particularmente o tempo de ecrã em recreação.

Recomendações | 3

## ADULTOS (18–64 anos)



Nos adultos, a atividade física reduz a mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares, reduz a incidência de hipertensão, de alguns tipos de câncros<sup>2</sup>, e da diabetes tipo 2; melhora a saúde mental (reduz os sintomas de ansiedade e depressão), o funcionamento cognitivo e o sono. A gordura corporal também pode melhorar.

É recomendado que:

› **Todos os adultos devem realizar atividade física regular.**

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

› Os adultos devem realizar pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada; ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividade física de intensidade moderada e vigorosa, ao longo da semana para benefícios substanciais à saúde.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*



Para benefícios adicionais à saúde:

Em pelo menos

**2 dias por semana**

Atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares.



› Os adultos devem também realizar atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares, pelo menos dois dias por semana, pois estes proporcionam benefícios adicionais à saúde.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*



<sup>2</sup> Câncer da bexiga, da mama, do cólon, do endométrio, adenocarcinoma esofágico, gástrico, e renal.

ADULTOS (18–64 anos)

Para benefícios adicionais à saúde:

mais de **300 minutos** atividade física aeróbia de intensidade moderada

ou

mais de **150 minutos** atividade física aeróbia de intensidade vigorosa

ou uma combinação equivalente ao longo da semana

Os adultos podem aumentar a atividade física aeróbia de intensidade moderada para além de 300 minutos; ou realizar mais de 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, ao longo da semana para benefícios adicionais à saúde.

Recomendação condicional, nível de evidência moderado

RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS

- Praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma.
- Mesmo se os adultos não cumprirem as recomendações, praticar alguma atividade física será benéfico para a sua saúde.
- Os adultos devem começar com pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo.

Em adultos, quantidades elevadas de comportamento sedentário estão associadas ao aumento do risco de morte por todas as causas, por doenças cardiovasculares e por cancro; aumentam a incidência de doença cardiovascular, cancro e diabetes tipo 2.

É recomendado que:

- Os adultos devem limitar o tempo em comportamento sedentário. A substituição do tempo sedentário por atividades físicas de qualquer intensidade (inclusive de baixa intensidade) proporciona benefícios para a saúde.
- Para auxiliar na redução dos efeitos prejudiciais à saúde de elevados níveis de comportamento sedentário, os adultos devem ter como objetivo realizar mais do que as quantidades recomendadas de atividade física de intensidade moderada a vigorosa.

Recomendação forte, nível de evidência moderado

Recomendação forte, nível de evidência moderado

**LIMITAR** o tempo em comportamento sedentário.

**SUBSTITUIR** com mais atividade física de qualquer intensidade (inclusive de baixa intensidade).



## IDOSOS (65 anos ou mais)



Em idosos, a atividade física reduz a mortalidade por todas as causas, e por doenças cardiovasculares, reduz a incidência de hipertensão, de alguns tipos de câncros, e da diabetes tipo 2; melhora a saúde mental (reduz os sintomas de ansiedade e depressão), a saúde cognitiva e o sono. A gordura corporal também pode melhorar. Em idosos, a atividade física ajuda a prevenir quedas e lesões relacionadas, e o declínio da saúde óssea e da capacidade funcional.

É recomendado que:

› **Todos os idosos devem realizar atividade física regular.**

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

› Os idosos devem realizar pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada; ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividade física de intensidade moderada e vigorosa, ao longo da semana para benefícios substanciais à saúde.



*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

Para benefícios adicionais à saúde:

Em pelo menos **2 dias por semana** Atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares.



› Os idosos devem também realizar atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares, pelo menos dois dias por semana, pois estes proporcionam benefícios adicionais à saúde.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

Em pelo menos **3 dias por semana** Atividades físicas multimodais que promovam o equilíbrio funcional e o treino de força de intensidade moderada ou superior.



› Como parte da atividade física semanal, idosos devem realizar atividades físicas multimodais que promovam o equilíbrio funcional e o treino de força de intensidade moderada ou superior, em 3 ou mais dias da semana, para aumentar a capacidade funcional e prevenir quedas.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

## IDOSOS (65 anos ou mais)



Os idosos podem aumentar a atividade física aeróbia de intensidade moderada para além de 300 minutos; ou realizar mais de 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, ao longo da semana para benefícios adicionais à saúde.

Recomendação condicional, nível de evidência moderado

## RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS

- Praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma.
- Mesmo se os idosos não cumprirem as recomendações, praticar alguma atividade física será benéfico para a sua saúde.
- Os idosos devem começar com pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo.
- Os idosos devem ser fisicamente ativos na medida em que as suas capacidades funcionais o permitam, e ajustar o nível de esforço das suas atividades físicas aos seus níveis de aptidão física.

Em idosos, quantidades elevadas de comportamento sedentário estão associadas ao aumento do risco de morte por todas as causas, por doenças cardiovasculares e por cancro; aumentam a incidência de doença cardiovascular, cancro e diabetes tipo 2.

## É recomendado que:

- Os idosos devem limitar o tempo em comportamento sedentário. A substituição do tempo sedentário por atividades físicas de qualquer intensidade (inclusive de baixa intensidade) proporciona benefícios para a saúde.  
*Recomendação forte, nível de evidência moderado*
- Para auxiliar na redução dos efeitos prejudiciais à saúde de elevados níveis de comportamento sedentário, os idosos devem ter como objetivo realizar mais do que as quantidades recomendadas de atividade física de intensidade moderada a vigorosa.  
*Recomendação forte, nível de evidência moderado*



## MULHERES GRÁVIDAS E NO PÓS-PARTO

Nas mulheres grávidas e no pós-parto, a atividade física reduz o risco de pré-eclâmpsia, de hipertensão gestacional, de diabetes gestacional, do ganho excessivo de peso, de complicações no parto e de depressão no pós-parto, de complicações no recém nascido, de efeitos adversos do peso ao nascer e do risco de natimortalidade.



Recomenda-se que todas as mulheres grávidas e no pós-parto sem contraindicações, devem:

› Realizar atividade física regular durante a gravidez e pós-parto.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*



› Realizar pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada ao longo da semana, para efeitos substanciais na saúde.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

› Incorporar atividades aeróbias e de fortalecimento muscular diversificadas. Adicionar alongamentos leves também pode ser benéfico.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

Adicionalmente:

› As mulheres que antes da gravidez, praticavam habitualmente atividades aeróbias de intensidade vigorosa, ou aquelas que eram fisicamente ativas, podem continuar essas atividades durante a gravidez e no pós-parto.



## MULHERES GRÁVIDAS E NO PÓS-PARTO

## RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS

- Praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma.
- Mesmo se as mulheres grávidas e no pós-parto não cumprirem as recomendações, praticar alguma atividade física será benéfico para a sua saúde.
- As mulheres grávidas e no pós-parto devem começar com pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo.
- O treino da musculatura do pavimento pélvico pode ser realizado diariamente para reduzir o risco de incontinência urinária.

## Considerações de segurança adicionais para mulheres grávidas quando realizam atividade física:

- Evitar atividade física durante momentos de calor excessivo, especialmente com alta humidade.
- Permanecer hidratada, antes, durante e depois da atividade física.
- Evitar participar em atividades que envolvam contato físico, devido ao alto risco de quedas, ou atividades que possam limitar a oxigenação (como atividades em altitude, quando não se está acostumada).
- Evitar atividades na posição supina após o primeiro trimestre de gestação.
- Quando forem consideradas competições atléticas ou exercício significativamente acima das recomendações, as mulheres grávidas devem procurar a supervisão de um profissional de saúde especializado.
- Mulheres grávidas devem ser informadas pelos profissionais de saúde dos sinais de perigo, assim como quando parar ou limitar a atividade física e consultar imediatamente um profissional de saúde qualificado quando necessário.
- Retornar à atividade física gradualmente após o parto e consultar um profissional de saúde em caso de cesariana

Em mulheres grávidas e no pós parto, tal como em todos os adultos, quantidades elevadas de comportamento sedentário estão associadas ao aumento do risco de morte por todas as causas, por doenças cardiovasculares e por cancro; aumentam a incidência de doença cardiovascular, cancro e diabetes tipo 2.

**LIMITAR**

o tempo em comportamento sedentário.

**SUBSTITUIR**

com mais atividade física de qualquer intensidade (inclusive de baixa intensidade).



## É recomendado que:

- › As mulheres grávidas e no pós-parto devem limitar o tempo em comportamento sedentário. A substituição do tempo sedentário por atividades físicas de qualquer intensidade (inclusive de baixa intensidade) proporciona benefícios para a saúde.

*Recomendação forte, nível de evidência baixo*

Praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma.

Recomendações

9

## ADULTOS E IDOSOS COM DOENÇAS CRÓNICAS (18 anos ou mais)



A atividade física pode proporcionar benefícios para a saúde de adultos e idosos que vivem com as seguintes condições crônicas: **para sobreviventes de cancro** – a atividade física reduz a mortalidade por todas as causas e por cancro, e reduz o risco de recidiva ou cancro secundário; **para pessoas com hipertensão** – a atividade física reduz a mortalidade por doença cardiovascular e a progressão da doença, melhora a função física e a qualidade de vida relacionada com a saúde; **para pessoas com diabetes tipo 2** – a atividade física reduz as taxas de mortalidade por doença cardiovascular e os indicadores de progressão da doença; e **para pessoas com VIH** – a atividade física pode melhorar a condição física e a saúde mental (reduz os sintomas de ansiedade e depressão) e não afeta negativamente a progressão da doença (Contagem de CD4 e carga viral) ou a composição corporal.

É recomendado que:

› **Todos os adultos e idosos com as condições crônicas referidas, devem praticar atividade física regular.** *Recomendação forte, nível de evidência moderado*

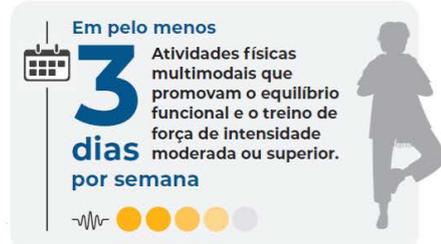
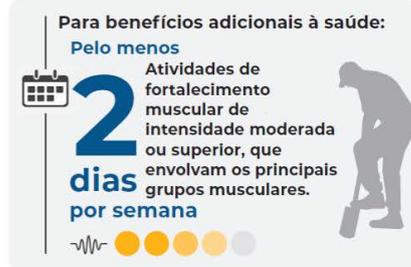


› Os adultos e idosos com estas doenças crônicas devem realizar pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada; ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividade física de intensidade moderada e vigorosa, ao longo da semana para benefícios substanciais à saúde.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

› Os adultos e idosos com estas doenças crônicas devem também realizar atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares, pelo menos dois dias por semana, pois estes proporcionam benefícios adicionais à saúde.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*



› Como parte da atividade física semanal, adultos e idosos com estas doenças crônicas devem realizar atividades físicas multimodais que promovam o equilíbrio funcional e o treino de força de intensidade moderada ou superior, em 3 ou mais dias da semana, para aumentar a capacidade funcional e prevenir quedas.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

## ADULTOS E IDOSOS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS (18 anos ou mais)



› Quando não é contraindicado, adultos e idosos com estas doenças crônicas, podem aumentar a atividade física aeróbica de intensidade moderada para além de 300 minutos; ou realizar mais de 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, ao longo da semana para benefícios adicionais à saúde.

*Recomendação condicional, nível de evidência moderado*

### RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS

- Quando não for possível cumprir as recomendações, adultos com estas doenças crônicas, devem ter como objetivo praticar atividade física de acordo com suas capacidades.
- Os adultos com estas doenças crônicas devem começar com pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo.
- Os adultos com estas doenças crônicas devem consultar um especialista em atividade física ou um profissional de saúde para obter orientações sobre o tipo e a quantidade de atividade física apropriada para suas necessidades individuais, capacidades, limitações funcionais, complicações, medicações e o plano geral de tratamento.
- A avaliação médica pré-exercício é geralmente desnecessária para indivíduos sem contraindicações, para o início de atividades físicas leves ou moderadas que não excedam as demandas de uma caminhada rápida ou atividades da vida diária.

Em adultos, incluindo sobreviventes de cancro e pessoas com hipertensão, diabetes e VIH, quantidades elevadas de comportamento sedentário estão associadas ao aumento do risco de morte por todas as causas, por doenças cardiovasculares e por cancro; aumento da incidência de doença cardiovascular, cancro e diabetes tipo 2.

Para sobreviventes de cancro, e adultos com hipertensão, diabetes tipo 2 e VIH, é recomendado que:

- › Os adultos e idosos com estas doenças crônicas devem limitar o tempo em comportamento sedentário. A substituição do tempo sedentário por atividades físicas de qualquer intensidade (inclusive de baixa intensidade) proporciona benefícios para a saúde.

*Recomendação forte, nível de evidência baixo*

- › Para auxiliar na redução dos efeitos prejudiciais à saúde de elevados níveis de comportamento sedentário, os adultos com estas doenças crônicas devem ter como objetivo realizar mais do que as quantidades recomendadas de atividade física de intensidade moderada a vigorosa.

*Recomendação forte, nível de evidência baixo*



Recomendações

11

## CRIANÇAS E ADOLESCENTES (5–17 anos) COM DEFICIÊNCIA



Muitos dos benefícios da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes, como destacado anteriormente, também se aplicam a crianças e adolescentes com deficiência. Os benefícios adicionais da atividade física são a melhoria da cognição em indivíduos com doenças ou distúrbios que prejudicam a função cognitiva, incluindo o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH); melhorias na função física podem ocorrer em crianças com deficiência intelectual.

**Pelo menos**  
**60**  
**minutos por dia**



**Atividade física de intensidade moderada a vigorosa** ao longo da semana; a maior parte dessa atividade deverá ser aeróbia.



É recomendado que:

➤ **As crianças e adolescentes devem realizar pelo menos uma média de 60 minutos por dia, de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, maioritariamente aeróbia.**

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

**Em pelo menos**  
**3**  
**dias por semana**



**Atividades aeróbias de intensidade vigorosa**, bem como atividades de **fortalecimento muscular e ósseo**, devem ser incorporadas.



➤ **Atividades aeróbias de intensidade vigorosa, bem como atividades de fortalecimento muscular e ósseo, devem ser incorporadas em pelo menos 3 dias por semana.**

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

**Praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma.**



## CRIANÇAS E ADOLESCENTES (5-17 anos) COM DEFICIÊNCIA

### RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS

- Praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma.
- Mesmo se as crianças e adolescentes com deficiência não cumprirem as recomendações, praticar alguma atividade física será benéfico para a sua saúde.
- As crianças e adolescentes com deficiência devem começar com pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo.
- Não há riscos elevados para as crianças e adolescentes com deficiência praticarem atividade física quando estas são apropriadas ao seu nível atual de atividade, estado de saúde e função física; e os benefícios da atividade física são maiores do que os riscos
- As crianças e adolescentes com deficiência podem precisar de consultar um profissional da saúde ou outro especialista em atividade física e deficiência para determinar o tipo, a quantidade e as atividades apropriadas para eles.



Em crianças e adolescentes, quantidades elevadas de comportamento sedentário estão associadas ao aumento da gordura corporal; à diminuição da saúde cardiometabólica, a uma menor condição física, à redução do comportamento social; e à redução da duração do sono.

É recomendado que:

- › **As crianças e adolescentes devem limitar o tempo em comportamento sedentário, particularmente a quantidade de atividades recreativas em frente aos ecrãs.**

*Recomendação forte, nível de evidência baixo*

### LIMITAR

o tempo em comportamento sedentário, particularmente o tempo de ecrã em recreação.



**Começar com pequenas quantidades de atividade física**



Recomendações

13

## ADULTOS (18 anos ou mais) COM DEFICIÊNCIA



Muitos dos benefícios da atividade física para a saúde de adultos, como destacado anteriormente, também se aplicam a adultos com deficiências. Os benefícios adicionais da atividade física para adultos com deficiências incluem: **para adultos com esclerose múltipla** – melhoria da função física e dos domínios físico, mental e social da qualidade de vida relacionada com a saúde; **para indivíduos com lesão na medula espinal** – melhoria da função de caminhada, da força muscular e da funcionalidade das extremidades superiores; e aumenta a qualidade de vida relacionada com a saúde; **para indivíduos com doenças ou desordens que comprometem a função cognitiva** – melhoria da função física e cognitiva (em indivíduos com doenças de Parkinson e histórico de acidente vascular cerebral); efeitos benéficos na cognição; e pode melhorar a qualidade de vida (em adultos com esquizofrenia); pode melhorar a função física (em adultos com deficiência intelectual); e melhoria da qualidade de vida (em adultos com depressão clínica severa).

É recomendado que:

- › Todos os adultos com deficiência devem praticar atividade física regular.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*



- › Os adultos com deficiência devem realizar pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada; ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividade física de intensidade moderada e vigorosa, ao longo da semana para benefícios substanciais à saúde.

*Recomendação forte, nível de evidência moderado*

- › Os adultos com deficiência devem também realizar atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares, pelo menos dois dias por semana, pois estes proporcionam benefícios adicionais à saúde.

*Recomendação forte, nível de evidência moderada*

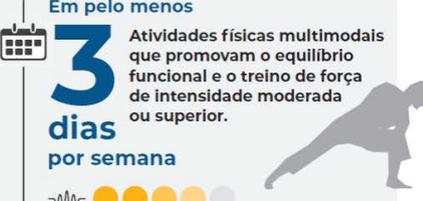


## ADULTOS (18 ou mais) COM DEFICIÊNCIA

**Em pelo menos**

**3** dias por semana

Atividades físicas multimodais que promovam o equilíbrio funcional e o treino de força de intensidade moderada ou superior.



› Como parte da atividade física semanal, adultos e idosos com deficiência devem realizar atividades físicas multimodais que promovam o equilíbrio funcional e o treino de força de intensidade moderada ou superior, em 3 ou mais dias da semana, para aumentar a capacidade funcional e prevenir quedas.

*Recomendação forte, nível de evidência moderada*

› Os adultos com deficiência podem aumentar a atividade física aeróbia de intensidade moderada para além de 300 minutos; ou realizar mais de 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, ao longo da semana para benefícios adicionais à saúde.

Para benefícios adicionais à saúde:

more than **300** minutes  
atividade física aeróbia de intensidade moderada

or

more than **150** minutes  
atividade aeróbia de intensidade vigorosa

ou uma combinação equivalente ao longo da semana



*Recomendação condicional, nível de evidência moderado*

### RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS

- Praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma.
- Mesmo se os adultos com deficiência não cumprirem as recomendações, praticar alguma atividade física será benéfico para a sua saúde.
- Os adultos com deficiência devem começar com pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo.
- Não há riscos elevados para os adultos com deficiência praticarem atividade física quando estas são apropriadas ao seu nível atual de atividade, estado de saúde e função física; e os benefícios da atividade física são maiores do que os riscos
- Os adultos com deficiência podem precisar de consultar um profissional da saúde ou outro especialista em atividade física e deficiência para determinar o tipo, a quantidade e as atividades apropriadas para eles.

Em adultos, quantidades elevadas de comportamento sedentário estão associadas ao risco de morte por todas as causas, por doenças cardiovasculares e por cancro; aumento da incidência de doença cardiovascular, cancro e diabetes tipo 2.

É recomendado que:

› Os adultos com deficiência devem limitar o tempo em comportamento sedentário. A substituição do tempo sedentário por atividades físicas de qualquer intensidade (inclusive de baixa intensidade) proporciona benefícios para a saúde.

*Recomendação forte, nível de evidência baixo*

› Para auxiliar na redução dos efeitos prejudiciais à saúde de elevados níveis de comportamento sedentário, os adultos com deficiência devem ter como objetivo realizar mais do que as quantidades recomendadas de atividade física de intensidade moderada a vigorosa.

**LIMITAR**

o tempo em comportamento sedentário



**SUBSTITUIR**

com mais atividade física de qualquer intensidade (inclusive de baixa intensidade).



Recomendações

15

## LACUNAS NA EVIDÊNCIA

Apesar da larga quantidade de dados relacionando a atividade física e, crescentemente, também o comportamento sedentário, a indicadores centrais de saúde ao longo da vida, ainda existem importantes lacunas ao nível da evidência. Em particular, há menos evidência proveniente de países de baixo e médio rendimento e de comunidades economicamente desfavorecidas ou mal servidas, e uma escassez de evidência em subpopulações, incluindo pessoas com deficiência. Além disso, é necessário um maior investimento em investigação para desenvolver evidências sobre a forma precisa da curva de dose-resposta entre atividade física e/ou comportamento sedentário e *outcomes* de saúde; os benefícios para a saúde da atividade física de intensidade ligeira; e a associação conjunta entre atividade física e comportamento sedentário e *outcomes* de saúde ao longo da vida.

## ADOÇÃO E DISSEMINAÇÃO

Estas recomendações são baseadas em evidência sobre os impactos da atividade física e do comportamento sedentário na saúde, que os governos podem adotar como parte de suas políticas nacionais. O seu desenvolvimento pela OMS oferece uma opção rápida e custo-efetiva que pode ser adaptada e usada por regiões, países ou autoridades locais.

No processo de adoção, deve-se considerar a necessidade de contextualizar as recomendações, fornecendo, por exemplo, atividades físicas que sejam localmente relevantes e o uso de imagens que reflitam as culturas, normas e valores locais. Um modelo passo a passo para a adoção de recomendações nacionais está em desenvolvimento, após uma série de *workshops* regionais com as principais partes interessadas. Esses recursos de apoio estarão disponíveis no site da OMS após a publicação das recomendações.

As recomendações nacionais de atividade física são uma componente central das estruturas de governo de uma abordagem abrangente para aumentar os níveis de atividade física da população. As recomendações nacionais informam o desenvolvimento e as prioridades do planeamento estratégico nacional e subnacional e exigem a comunicação correta das informações aos grupos apropriados. Diferentes partes interessadas beneficiarão de diferentes materiais; para comunicar as recomendações de maneira eficaz para diferentes públicos, deve-se ter em consideração o conteúdo, o formato e os canais de distribuição da comunicação.



16

## DAS RECOMENDAÇÕES À AÇÃO

As recomendações nacionais, isoladamente, não levam a aumentos nos níveis de atividade física da população. Devem ser vistas como um elemento de uma estrutura política abrangente e usados para informar o planejamento de programas e respostas políticas para promover atividade física. É fundamental que as recomendações sejam disseminadas para públicos-chave, e a OMS recomenda a realização de campanhas de comunicação nacionais sustentadas que levem a uma maior conscientização e conhecimento sobre os múltiplos benefícios da atividade física regular (5) e redução de comportamentos sedentários. No entanto, para influenciar a mudança sustentada de comportamento, as atividades das campanhas de comunicação devem ser apoiadas por políticas que criem ambientes de apoio e proporcionem oportunidades para a participação em atividades físicas. No desenvolvimento de políticas e práticas de apoio à mudança de comportamento, é importante considerar o contexto local, não apenas do sistema de saúde, mas também das complexas instituições multissetoriais com interesse ou papel na promoção da atividade física. O Plano de Ação Global para a atividade física 2018–2030(6) estabeleceu uma meta para reduzir a inatividade física em 15% até 2030 e delineou 20 ações políticas e intervenções recomendadas. A OMS está a apoiar todos os países para na implementação das recomendações do GAPP, com o "ACTIVE" (7), um pacote técnico com um conjunto de ferramentas, que fornece orientação sobre como promover a atividade física ao longo da vida e em vários ambientes.

## IMPLICAÇÕES NA VIGILÂNCIA

As recomendações globais da OMS sobre atividade física para a saúde (3) têm sido usadas como referência para a monitorização e vigilância da saúde da população desde 2010. As alterações introduzidas nestas recomendações sobre atividade física e comportamento sedentário terão algumas implicações para os sistemas de vigilância e instrumentos de avaliação usados atualmente para monitorizar os níveis nacionais de atividade física. Os instrumentos existentes, como o Questionário Global de Atividade Física (GPAQ) e a Pesquisa Global de Saúde do Aluno (GSHS), serão revistos e os protocolos dos relatórios serão atualizados para informar os ajustes e recomendações sobre relatórios futuros em relação às novas recomendações.

A Capacidade de Pesquisa do País para DNTs da OMS (Country Capacity Survey - CCS), realizada a cada dois anos, é o principal instrumento utilizado para monitorizar o progresso global sobre implementação de políticas de DNTs. O CCS inclui questões específicas sobre os sistemas de vigilância populacionais de atividade física para cada faixa etária, abrangidas pelas recomendações da OMS sobre atividade física e comportamento sedentário e, desde 2019, sobre a existência de recomendações nacionais de atividade física (8).

Os dados recolhidos por via do CCS de 2021 e as pesquisas subsequentes fornecerão informações sobre a adoção das recomendações.

### Referências:

1. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. *Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants*. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1077-e86.
2. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. *Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants*. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(1):23-35.
3. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization; 2010.
4. World Health Organization. *WHO Handbook for guideline development - 2<sup>nd</sup> ed.* Geneva: World Health Organization; 2014.
5. World Health Organization. *Tackling NCDs: 'Best buys' and other recommended interventions for prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization; 2017.
6. World Health Organization. *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization; 2018.
7. World Health Organization. *ACTIVE: a technical package for increasing physical activity*. Geneva: World Health Organization; 2018.
8. World Health Organization. *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey*. Geneva: World Health Organization; 2020.



A versão portuguesa resulta da tradução realizada pelo Programa Nacional Para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), da Direção Geral da Saúde (DGS) e está disponível sob o CC BY-NC-SA 3.0.

[pnpaf@dgs.min-saude.pt](mailto:pnpaf@dgs.min-saude.pt)

<https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica.aspx>

ISBN: 978-65-00-15064-3



## Anexo 3 – Ferramenta de avaliação de boas práticas de programas comunitários de promoção da atividade física



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

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

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

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

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

1. PNPAF. (2018). *Programa Nacional Para a Promoção da Atividade Física*.

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

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

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

5. JANPA. (2015). Definition and criteria of good practice for childhood obesity prevention programs in kindergartens and schools (WP6 Healthy environments by integrated approaches).

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



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

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

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

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

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

Tabela de Avaliação de Boas Práticas em Intervenções Comunitárias

Critérios de Boas Práticas		Avaliação (Ponderação)		
<b>Especificação detalhada das características da intervenção principal, de forma a que esta possa ser replicada (55.5%)</b>				
Descrição do racional sustentador da intervenção, incluindo evidência científica e/ou teoria		6.5% (3)		
Especificação e justificação* da população-alvo (*fatores de risco e fatores de suscetibilidade da população-alvo)		6.5% (3)		
Garantir equidade no acesso e na participação na intervenção		6.5% (3)		
Especificação do(s) comportamento(s) a adquirir/alterar através da participação no programa		6.5% (3)		
Intervenção apresenta abordagem abrangente da promoção da saúde, atendendo a fatores pessoais, sociais e ambientais		5% (2)		
Descrição detalhada da intervenção	Especificação do local, número, duração e frequência dos contactos com os participantes e duração total do programa	6.5% (3)	1.69% (3)	
	Descrição da forma de apresentação dos conteúdos		1.69% (3)	
	Definição dos conteúdos/temas a abordar em cada sessão/módulo e sua relevância/pertinência		1.69% (3)	
	Existência de um manual/guião/protocolo de apoio à implementação		1.43% (2)	
Especificação e fundamentação* das técnicas de mudança comportamental utilizadas (*ligação da técnica com o construto teórico que pretende alterar)		5% (2)		
Existência de consentimento informado que respeite princípios éticos fundamentais		6.5% (3)		
Especificação do perfil dos profissionais envolvidos (qualificações e competências)		6.5% (3)		
<b>Especificação detalhada das estratégias de monitorização e avaliação da intervenção (24.5%)</b>				
Especificação e cálculo dos custos e financiamento do programa	Cálculo e especificação dos custos necessários para a realização da intervenção, incluindo o custo por participante (estimação adequada dos custos com recursos humanos, materiais e monetários)	5% (2)	3% (2)	
	Apresentação dos custos relacionados com os benefícios para a saúde conseguidos (análise de custo-efetividade)		2% (1)	
Especificação do delineamento da avaliação	Especificação dos indicadores de processo a avaliar	6.5% (3)	1.43% (3)	
	Especificação dos indicadores de resultado a avaliar		1.43% (3)	
	Especificação e fundamentação dos instrumentos/métodos de avaliação utilizados		1.43% (3)	
	Especificação dos momentos de avaliação		1.43% (3)	
	Existência de avaliação de <i>follow-up</i> e/ou avaliação continuada dos participantes		0.78% (1)	
Apresentação dos resultados obtidos	Reporte dos resultados da avaliação de processo	6.5% (3)	1.43% (2)	
			Reporte e análise das taxas de participação e de desistência nos vários momentos de avaliação	2.08% (3)
			Reporte da satisfação dos participantes relativamente à intervenção	1.43% (2)
			Monitorização e reporte de resultados/outcomes não planeados	0.78% (1)
			Aferição da consistência/fidelidade e reporte de adaptações feitas ao longo do programa	0.78% (1)
	Reporte dos resultados da avaliação de resultado	6.5% (3)	1.3% (1)	
			Resultados da avaliação face aos objetivos estabelecidos são reportados	2.9% (3)
			Monitorização e reporte de consequências negativas decorrentes da participação	2.3% (2)
	<b>Especificação detalhada das estratégias de implementação da intervenção (20%)</b>			
Especificação das estratégias de implementação da intervenção	Existência de formação para os profissionais envolvidos em aspetos da implementação	6.5% (3)	1.43% (3)	
	Especificação dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação do programa		1.43% (3)	
	Uso ou integração de recursos previamente existentes		1.43% (3)	
	Definição e descrição das estruturas organizacionais da intervenção (e.g., fluxo de comunicação e trabalho, responsabilidades)		0.78% (1)	
Existência de parcerias multidisciplinares e intersectoriais para o desenvolvimento e implementação do programa		6.5% (3)		
Definição de uma estratégia que permita manter o programa a longo prazo		5% (2)		
Aferição da capacidade de transferência do programa para outras populações ou contextos, tendo em conta as condições políticas, sociais e económicas		2% (1)		



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

### Questões sobre as características da intervenção principal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

ou implementada

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

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

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

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

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

*Exemplo: pedómetro; acelerómetro; balança*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6



foi reportada?

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

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

Se sim, foram reportados?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se sim, foram reportados?

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**Direção-Geral da Saúde**

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

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

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

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