



\_título:

# **A investigação participada de base comunitária na construção da saúde**

\_sub.título:

*\_Projecto de Capacitação em Promoção da Saúde - PROCAPS  
Resultados de um estudo exploratório*

\_edição:

**INSA,IP**

\_autores: **Isabel Loureiro, José Carlos Rodrigues Gomes, Lúcia Dias, Maria João Heitor dos Santos**  
\_Departamento de **Promoção da Saúde e Doenças Crónicas (DPSDC)**

\_local / data:

**Lisboa**  
**Abril 2010**





### Catálogo na Fonte:

**PORTUGAL.** Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge  
A investigação participada de base comunitária na construção da saúde : Projecto de Capacitação em  
Promoção da Saúde (PROCAPS) : resultados de um estudo exploratório / Isabel Loureiro...[et al.].  
Lisboa : INSA,IP, 2011.

ISBN: 978-972-8643-56-0

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2011.



Alto Comissariado  
da Saúde



**Título:** A investigação participada de base comunitária na construção da saúde: Projecto de Capacitação em Promoção da Saúde (PROCAPS): resultados de um estudo exploratório **Autores:** Isabel Loureiro, José Carlos Rodrigues Gomes, Lúcia Dias, Maria João Heitor dos Santos (Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas. Unidade de Promoção da Saúde)  
**Editor:** Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA,IP)  
**Design e Paginação:** Nuno Almodovar **Impressão e acabamento:** DPI Cromotipo  
**ISBN:** 978-972-8643-56-0 **Depósito Legal:** 319114 / 10  
**Tiragem:** 500 exemplares  
Lisboa, Abril de 2010

Edição apoiada pelo Alto Comissariado da Saúde no âmbito do Projecto Avaliação de Impacte na Saúde (AIS) de Estratégias do Emprego





**Instituto Nacional de Saúde**  
**Doutor Ricardo Jorge, IP**

**Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa**

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

**t: 217 519 200 @: info@insa.min-saude.pt**



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



**Relatórios**

**\_título:**

# **A investigação participada de base comunitária na construção da saúde**

**\_sub.título:**

**Projecto de Capacitação em Promoção da Saúde - PROCAPS**  
*Resultados de um estudo exploratório*

**\_edição:**

**INSA,IP**

**\_autores:** Isabel Loureiro, José Carlos Rodrigues Gomes, Lúcia Dias, Maria João Heitor dos Santos  
Departamento de **Promoção da Saúde e Doenças Crónicas (DPSDC)**

**\_local / data:**

**Lisboa**  
**Abril 2010**



*“Se queremos mais prática baseada na evidência,  
precisamos de mais evidência baseada na prática.”*

*—Lawrence Green (2009)*

### Agradecimentos

A concretização deste trabalho e o esforço nele dispendido teria sido inglório sem o estímulo e a colaboração de todos aqueles que connosco o partilharam.

Às 26 Autarquias que pensaram, com esta equipa do INSA, a Promoção da Saúde a nível municipal, às 96 Autarquias que aceitaram colaborar na recolha de dados e às Administrações Regionais de Saúde do Norte, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Algarve, os nossos agradecimentos e votos para que prossigamos os passos já dados.

### Siglas e abreviaturas

- ACES** – Agrupamentos de Centros de Saúde
- ACS** – Alto Comissariado da Saúde
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- DGS** – Direcção Geral da Saúde
- DPSDC** – Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas
- ENSP/UNL** – Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Nova de Lisboa
- HIA** – *Health Impact Assessment*
- INSA, I.P.** – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PAII** – Programa de Apoio Integrado a Idosos
- PDE** – Plano de Desenvolvimento Estratégico
- PNS** – Plano Nacional de Saúde
- PROCAPS** – Projecto de Capacitação para a Promoção da Saúde
- PromS** – Promoção da Saúde
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- USP** – Unidade de Saúde Pública
- %** - Percentagem
- μ** - Média
- σ** – Desvio padrão



## Resumo e Palavras-chave

A saúde é um fenómeno com dimensões físicas, sociais, psicológicas, e espirituais . A sua manutenção exige uma abordagem multisectorial e transdisciplinar e é condicionada por todas as políticas, em todos os sectores.

Consciente deste desafio, a Unidade de Promoção da Saúde (UPS), do Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas (DPSDC) do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.), propôs-se desenvolver um estudo de necessidades e potencialidades de acção e formação em promoção da saúde a nível local, regional e nacional, o PROCAPS (Projecto de Capacitação em Promoção da Saúde).

A metodologia utilizada nesta 1ª fase do projecto destinou-se a identificar as principais preocupações, necessidades e recursos das autarquias.

Para isso: **1)** preparou-se um *workshop* com autarquias seleccionadas com base no seu interesse e experiências prévias na área, **2)** consultaram-se as Administrações Regionais de Saúde (ARS) para perceber a sua sensibilidade em relação a um apoio mais concreto às autarquias no diagnóstico e planeamento (Perfis de Saúde e Plano de Desenvolvimento em Saúde, e **3)** fez-se um questionário (*on-line*) sobre competências necessárias e indicadores já disponíveis baseado no *workshop* “Autarquias e Promoção da Saúde” e nas reuniões de trabalho com as ARS do território continental.

A população alvo do estudo foi constituída pelas Autarquias (Continente e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores) (N=308). No caso, o universo foi constituído por todas as Autarquias que responderam ao questionário no período de 1 de Maio a 30 de Setembro de 2009. De acordo com os critérios de inclusão definidos, responderam

96 Autarquias ao *Questionário PROCAPS* (31,2 % da população original), descendo este número para 89 (28,9 % da população original) por preenchimento incompleto do questionário. Relativamente ao *Questionário Disponibilidade de Indicadores Relacionados com a Saúde*, responderam 73 Autarquias (23,7 % da população original), sendo todas as respostas validadas.

Destacam-se como principais resultados que para as Autarquias **1)** o envolvimento nas políticas de Promoção da Saúde é importante (53,9%) ou muito importante (46,1%); **2)** as áreas prioritárias para intervenção em Promoção da Saúde são: *saúde* (1ª), *acção social* (2ª) e *educação* (3ª); **3)** há necessidade de mais verbas do Estado (1ª) de desenvolvimento de *candidaturas a projectos específicos* (2ª) e de mais profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) (3ª), para desenvolverem intervenções na área da Promoção da Saúde; **4)** as competências referidas como mais necessárias em Promoção da Saúde referem-se ao *trabalho em equipa* (3ª), a *negociar e construir parcerias* (2ª) e a *mobilizar os parceiros relevantes* (1ª); **5)** A grande maioria das autarquias (93,3%) afirma ter uma *boa articulação com o sector da saúde*; e **6)** apenas 2 dos 37 indicadores relacionados com a saúde estão disponíveis em 100 % das autarquias respondentes (*Existência de escolas com cantina (...)* e *espaços verdes com acesso público*).

### Palavras-chave:

Promoção da Saúde; Autarquias; capacidades; necessidades; constrangimentos; potencialidades; competências.



www.insa.pt



*Relatório Procaps*

A Investigação participada de base  
comunitária na **construção da saúde**

---

---



\_índice



Instituto **Nacional de Saúde**  
Doutor Ricardo Jorge

## **\_Parte I: \_Quadro Conceptual**

|  |     |
|--|-----|
| _Introdução  | 008 |
| 1. _Breve perspectiva do estado de saúde em Portugal | 010 |
| 2. _Referencial em Promoção da saúde                 | 012 |
| 3. _Enquadramento legal                              | 016 |

## **\_Parte II: \_Metodologia**

|   |     |
|---|-----|
| 1. _Antecedentes  | 020 |
| 2. _Workshop “Autarquias e Promoção da Saúde”           | 022 |
| 2. _Reuniões com as Administrações Regionais de Saúde   | 025 |
| 3. _Questionários PROCAPS                               | 028 |
| 3.1. _População   | 028 |
| 3.1.1. _Caracterização da amostra: questionário PROCAPS | 028 |
| 4.2. _Os questionários PROCAPS                          | 030 |

## **\_Parte III: \_Análise dos Resultados**

|  |     |
|--|-----|
| 1. _Resultados   | 032 |
| 1.1. _Representação da saúde / promoção da saúde                                 | 032 |
| 1.2. _Atribuições/Responsabilidades  | 035 |
| 1.3. _Recursos   | 038 |
| 1.4. _Planeamento estratégico  | 041 |
| 1.5. _Estilos de vida saudáveis  | 043 |
| 1.6. _Formação e informação  | 046 |
| 1.7. _Redes  | 050 |
| 1.8. _Rede Social  | 053 |
| 1.9. _Articulação da autarquia com o sector da saúde                             | 054 |
| 1.10. _Disponibilidade de indicadores relacionados com a saúde a nível municipal | 055 |

## **\_Parte IV: \_Conclusões**

|  |     |
|--|-----|
| 1. _Discussão dos resultados                 | 060 |
| 2. _2ª fase do PROCAPS: um trajecto possível | 065 |
| _Bibliografia                                | 066 |
| _Legislação                                  | 072 |
| Anexo I                                      | 073 |
| Anexo II                                     | 075 |
| Anexo III                                    | 082 |



## *\_Índice de quadros*

|   |     |
|---|-----|
| <b>Quadro 1:</b> Necessidades e potencialidades das Autarquias em Promoção da Saúde: Análise SWOT | 023 |
| <b>Quadro 2:</b> Caracterização dos respondentes (Questionário PROCAPS)                           | 028 |
| <b>Quadro 3:</b> Fundamentação da apreciação do estado de saúde dos municípios                    | 033 |
| <b>Quadro 4:</b> Agregação da área saúde na autarquia quando sem gabinete próprio.                | 035 |
| <b>Quadro 5:</b> Departamentos envolvidos em ações de Promoção da saúde                           | 036 |
| <b>Quadro 6:</b> Tipo de documentos disponíveis   | 043 |
| <b>Quadro 7:</b> Acessibilidade dos documentos disponíveis  | 043 |
| <b>Quadro 8:</b> Iniciativas municipais no âmbito da Promoção da Saúde                            | 046 |
| <b>Quadro 9:</b> Áreas dos programas de formação em Promoção da Saúde ao nível da autarquia       | 047 |
| <b>Quadro 10:</b> Responsáveis no município pelos programas de formação em Promoção da Saúde      | 047 |
| <b>Quadro 11:</b> Áreas de formação dos profissionais da autarquia em Promoção da Saúde           | 049 |
| <b>Quadro 12:</b> Pontos fortes e pontos fracos da rede Cidades Saudáveis                         | 051 |
| <b>Quadro 13:</b> Pontos fortes e pontos fracos da rede cidades educadoras                        | 052 |
| <b>Quadro 14:</b> Pontos fortes e pontos fracos da Rede Social                                    | 053 |

## *\_Índice de gráficos*

|   |     |
|---|-----|
| <b>Gráfico 1:</b> Percepção da autarquia do estado de saúde dos municípios                                    | 033 |
| <b>Gráfico 2:</b> Importância atribuída ao envolvimento das autarquias na promoção da saúde                   | 034 |
| <b>Gráfico 3:</b> Existência de um gabinete específico na área da saúde na Autarquia                          | 035 |
| <b>Gráfico 4:</b> Áreas de Intervenção prioritárias em Promoção da Saúde                                      | 037 |
| <b>Gráfico 5:</b> Grupos-alvo de Intervenção prioritárias em Promoção da Saúde                                | 038 |
| <b>Gráfico 6:</b> Recursos para uma intervenção na área da Promoção da Saúde                                  | 039 |
| <b>Gráfico 7:</b> Competências em Promoção da Saúde   | 040 |
| <b>Gráfico 8:</b> Existência de um Diagnóstico Municipal de Saúde   | 041 |
| <b>Gráfico 9:</b> Existência de um Plano Municipal de Saúde   | 042 |
| <b>Gráfico 10:</b> Existência de Avaliação sistemática de processo e resultados                               | 042 |
| <b>Gráfico 11:</b> Existência de documentos disponíveis   | 042 |
| <b>Gráfico 12:</b> Diagnóstico municipal sobre hábitos e estilos de vida da população infantil e juvenil      | 044 |
| <b>Gráfico 13:</b> Áreas dos estilos de vida da população infanto juvenil em que existe diagnóstico municipal | 044 |
| <b>Gráfico 14:</b> Áreas dos programas planeados ou a decorrer em Promoção da Saúde                           | 045 |
| <b>Gráfico 15:</b> Programas de formação na área da Promoção da Saúde ao nível da autarquia                   | 046 |



---

|  |     |
|--|-----|
| <b>Gráfico 16:</b> Técnicos da autarquia com formação em Promoção da Saúde                   | 048 |
| <b>Gráfico 17:</b> Áreas de formação em Promoção da Saúde a nível municipal                  | 048 |
| <b>Gráfico 18:</b> Periodicidade de formação em Promoção da Saúde mais adequada              | 050 |
| <b>Gráfico 19:</b> Horário preferencial para formação em Promoção da Saúde                   | 050 |
| <b>Gráfico 20:</b> Autarquias membro da rede Cidades Saudáveis                               | 051 |
| <b>Gráfico 21:</b> Autarquias membro da rede Cidades Educadoras                              | 052 |
| <b>Gráfico 22:</b> A Rede Social numa perspectiva de Promoção da saúde                       | 053 |
| <b>Gráfico 23:</b> Articulação entre autarquia e o sector da saúde                           | 054 |
| <b>Gráfico 24:</b> Grau de interação da autarquia com instituições do sector da saúde        | 055 |
| <b>Gráfico 25:</b> Existência de dispositivo de monitorização em saúde na autarquia          | 056 |
| <b>Gráfico 26:</b> Processo sistemático de avaliação do impacte em saúde na autarquia        | 056 |
| <b>Gráfico 27:</b> Disponibilidade de indicadores relacionados com a saúde a nível municipal | 057 |

---

### *\_Índice de Figuras*

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura 1:</b> Taxa de retenção (ensino Básico – 9º ano) por NUTS III                                    | 010 |
| <b>Figura 2:</b> Índice de envelhecimento por NUTS III   | 010 |
| <b>Figura 3:</b> Mortalidade por doença neoplásica, por NUTS III   | 011 |
| <b>Figura 4:</b> Mortalidade por doença cardiovascular, por NUTS III                                       | 011 |
| <b>Figura 5:</b> As oito dimensões da Estratégia de Lisboa (adaptado da comunicação oral de Taipale, 2009) | 012 |
| <b>Figura 6:</b> Quadro Técnico de Referência da CDSS (Fonte: OMS, 2008)                                   | 013 |
| <b>Figura 7:</b> Os principais determinantes da saúde( Dahlgren e Whitehead, 1991)                         | 015 |
| <b>Figura 8:</b> Matriz utilizada no Workshop “Autarquias e Promoção da saúde”                             | 022 |
| <b>Figura 9:</b> “Flor PROCAPS”: áreas de intervenção para a Promoção da Saúde nas Autarquias              | 023 |
| <b>Figura 10:</b> O sistema de saúde como determinante social da saúde                                     | 025 |
| <b>Figura 11:</b> Posicionamento do projecto PROCAPS no modelo de Mackenbach, J. e Bakker, M.              | 036 |

---

\_Parte I

# \_quadro \_conceptual

\_Introdução

01\_Breve perspectiva do estado de saúde em Portugal

02\_Referencial em Promoção da Saúde

03\_Enquadramento legal do PROCAPS



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



\_Relatório *Procaps*

A Investigação participada de base comunitária na construção da saúde

## \_Introdução

A saúde é um fenómeno com dimensões sociais, psicológicas, espirituais e físicas. A sua manutenção exige uma abordagem multisectorial e transdisciplinar e é condicionada por todas as políticas, em todos os sectores.

Consciente deste desafio, a Unidade de Promoção da Saúde (UPS) do Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas (DPSDC) do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.), propôs-se desenvolver um estudo de necessidades e potencialidades de acção e formação em promoção da saúde a nível local, regional e nacional, o PROCAPS (Projecto de Capacitação em Promoção da Saúde).

Este projecto visa apoiar os municípios na Promoção da Saúde das suas comunidades locais. Para tal, procurámos encontrar:

\_A criação de um referencial comum para orientação em promoção da saúde;

\_A identificação dos principais problemas de saúde ao nível local e de NUTS III (sub-regional);

\_A identificação de necessidades de informação para intervenções relevantes em promoção da saúde;

\_A identificação de necessidades de formação em promoção da saúde;

Com o PROCAPS o INSA, I.P. pretende responder aos seguintes objectivos específicos:

\_Identificar o potencial de promoção da saúde existente, ao nível intersectorial, das autarquias e parceiros;

\_Apoiar o planeamento de programas de promoção da saúde, no que se refere a investigação e formação, mediando entre as autarquias e os serviços de saúde locais;



\_Criar mecanismos de monitorização de boas práticas em promoção da saúde a nível local, regional e nacional;

\_Desenvolver indicadores e produzir materiais de referência;

\_Identificar estratégias de implementação efectivas e desenvolver metodologias de diagnóstico e planeamento em promoção da saúde a nível local, regional e nacional;

\_Divulgar resultados alcançados junto de profissionais de diferentes sectores e do grande público.

Esperamos ainda que o PROCAPS contribua para:

- 1)** Estimular uma melhor coesão social e o aumento da capacitação dos cidadãos;
- 2)** Melhorar a literacia em saúde;
- 3)** Contribuir para a capacitação dos vários sectores e do sistema de saúde para inovação e melhor gestão dos recursos;
- 4)** Contribuir para ganhos em saúde dos cidadãos em geral e de grupos vulneráveis.

Este relatório PROCAPS parte de um momento inicial em que se pretende conceptualizar um quadro comum em Promoção da Saúde (Parte I), e apresentando o diagnóstico do potencial de Promoção da Saúde existente a nível local, referindo a metodologia usada (Parte II), os resultados colhidos (Parte III), e as principais conclusões e sugestões que o estudo aponta (Parte IV).



01

## Breve perspectiva do estado de saúde em Portugal

Em 2009, Portugal apresentava uma população de cerca de 10,6 milhões de pessoas, muitas delas com origens mistas de todo o mundo. Existe de facto uma importante população de imigrantes (sobretudo da África, países do Leste e Brasil) que atinge os 400.000 habitantes (cerca de 3,8% da população residente). Portugal está dividido em 3 regiões NUTS I (arquipélago da Madeira, arquipélago dos Açores no Oceano Atlântico e Continente, que por sua vez se encontra dividido em 5 regiões NUTS II (Norte, Centro, Grande Lisboa, Alentejo e Algarve) com 28 sub-regiões (NUTS III). A geologia e a paisagem portuguesas são muito irregulares nos 89.000 quilómetros quadrados de área. Mas, de facto, a beleza do país também nasce nesta heterogeneidade.

Os indicadores de desenvolvimento são muito diferentes de região para região (considerando o nível NUTS III) (vide figuras 1 e 2).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem demonstrado resultados importantes nas últimas três décadas, como a diminuição drástica da taxa de mortalidade infantil. Uma reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) está em curso, trazendo novas respostas, mas também alguma insegurança, às populações. Podemos encontrar vários indicadores que mostram as desigualdades no país e como estes tendem a localizar-se nas mesmas regiões. De uma maneira geral, observamos um litoral mais privilegiado do que o interior, se olharmos para os indicadores relacionados com a saúde.

Figura 1: Taxa de retenção (ensino Básico - 9º ano) por NUTS III

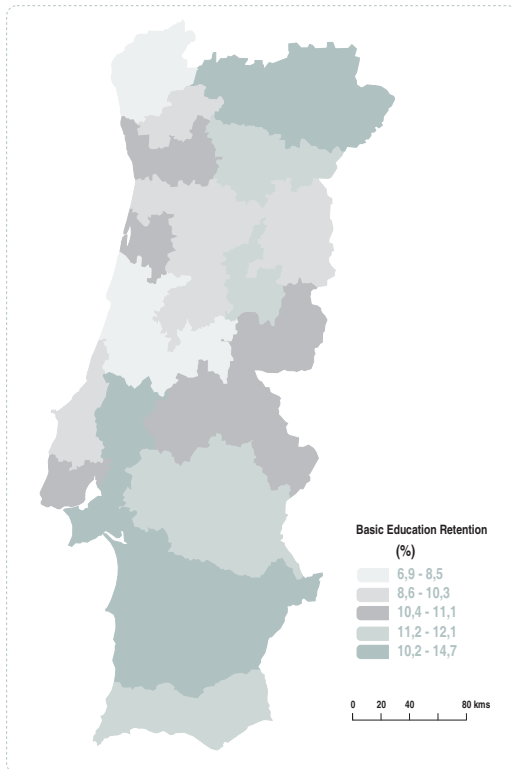
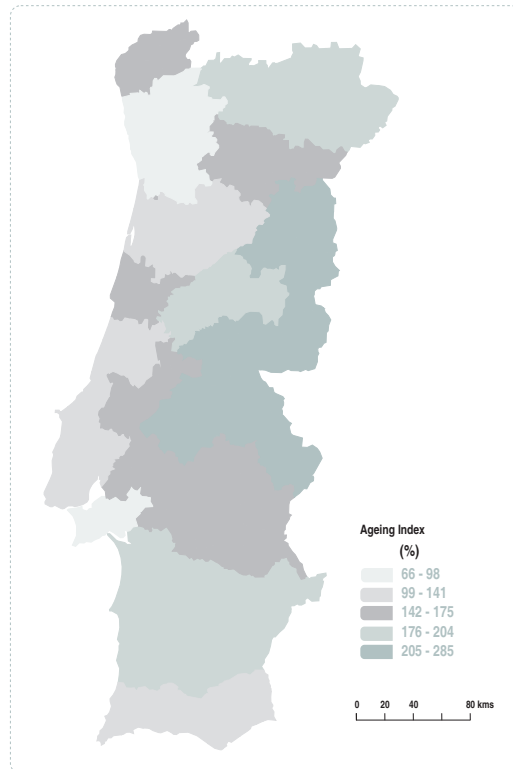


Figura 2: Índice de envelhecimento, por NUTS III





Podemos ver que o abandono escolar (a nível do ensino básico - 9<sup>o</sup> ano), o baixo rendimento, as pensões baixas e os elevados níveis de desemprego prevalecem em alguns lugares do interior, ou em regiões com menor poder económico. As maiores taxas de mortalidade por doenças crónicas - como doença neoplásica (figura 3) e doenças cardiovasculares (figura 4) também são mais elevadas nas regiões onde os recursos humanos, em profissionais de saúde, são igualmente mais escassos.

A população do país está a envelhecer, havendo uma importante percentagem de recém-nascidos oriundos, principalmente, da população imigrante. A obesidade é um problema crescente, sendo a prevalência cada vez mais elevada nos mais jovens, estando mais associada a baixos níveis de escolaridade.

Com os recursos humanos do SNS, com grandes assimetrias na sua distribuição nacional correlacionando-se com indicadores nas áreas da educação e do rendimento em todo o país, espera-se que uma nova era surja em resposta às necessidades de resolução dos problemas ao nível local.

As autarquias estão a assumir mais funções, alargando a sua responsabilidade na área da educação, por exemplo, mas ainda com uma participação residual na área da saúde.

As escolas têm por tradição o trabalho em parceria com os centros de saúde e esta nova configuração das responsabilidades municipais torna possível um investimento na promoção da saúde das suas comunidades.

Figura 3: Mortalidade por doença neoplásica, por NUTS III

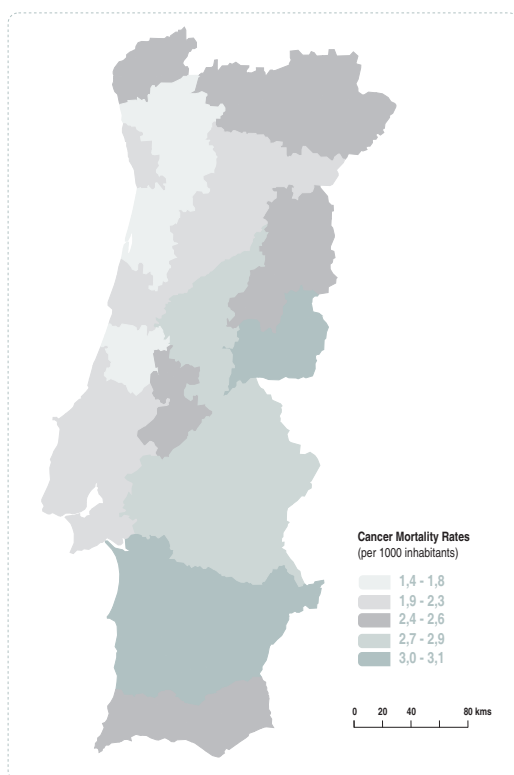
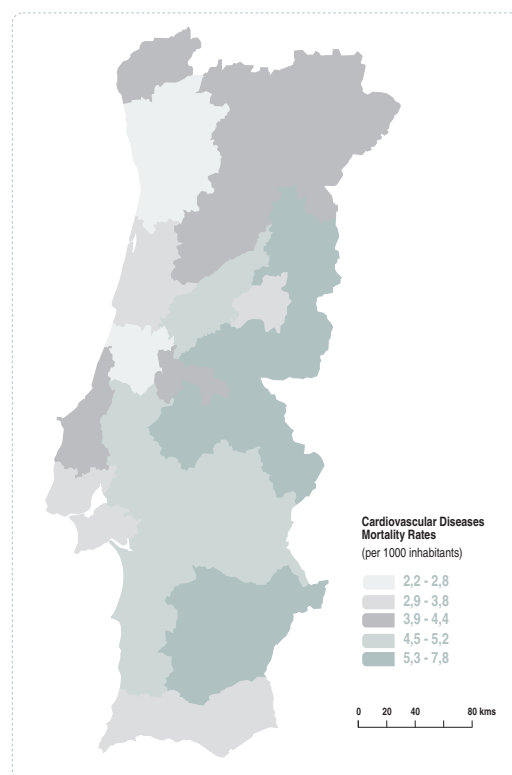


Figura 4: Mortalidade por doença cardiovascular, por NUTS III





## 02 Referencial em Promoção da Saúde

*“Health to me is about decent housing, nice neighbours, good friends, not feeling isolated, having enough money to live on, having a clean environment, and some community facilities and resources”*  
Uma mãe solteira de 50 anos “Stitched Up! Action for health in Ancoats”, 1993

A saúde pública tem de ser encarada no contexto das mudanças sociais, políticas, económicas, científicas e tecnológicas (Lee, Paxman; 1997). A saúde é condicionada por múltiplos factores, nomeadamente genéticos, ambientais, psicossociais e económicos. As condições de vida e o ambiente físico e sociocultural, em parte dependentes de políticas locais, tornam o papel das autarquias determinante na qualidade de vida dos seus munícipes. Por outro lado, os hábitos de vida influenciam a saúde, não sendo indiferente às escolhas que se fazem o ambiente em que se vive.

São valores da promoção da saúde a solidariedade, a justiça social, a sustentabilidade, a autonomia e a responsabilidade. Constituem estratégias assumidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986; OMS, 1992; OMS, 1997): a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento de competências pessoais para a saúde, a criação de políticas públicas de promoção de saúde, o desenvolvimento de ambientes saudáveis e o reforço da acção comunitária para a saúde, reconhecendo que “a saúde é um direito humano básico e é essencial para o desenvolvimento social e económico” (OMS, 1997).

Olhando para a organização da estrutura das nossas sociedades percebemos o impacte significativo que esta tem na vida e na saúde das pessoas. A sociedade industrial criou um ciclo de vida próprio para todos aqueles que nela intervêm: infância, juventude, idade activa e reforma e, nem sempre, estes limites temporais forjados no meio económico-social reflectem, efectivamente, a realidade das pessoas e das comunidades. Observamos como a juventude invade tanto a infância como a idade adulta, enquanto no outro extremo, a “terceira idade” é uma extensão de, frequentemente, mais de duas décadas no período de reforma.

As estruturas sociais locais, semente incontornável em promoção da saúde são muito variadas, mesmo em países pioneiros nesta área, como, por exemplo, a Finlândia ou a Escócia. Um bom capital social é cada vez mais necessário como uma resposta aos desafios de um mundo em permanente mutação e onde muito se faz *on-line* e *in-time*. À medida que nos aproximamos da sociedade de informação, a saúde mental tornar-se-á cada vez mais importante (Lehtinen, 2008).

Figura 5: As oito dimensões da Estratégia de Lisboa (adaptado da comunicação oral de Taipale, 2009)





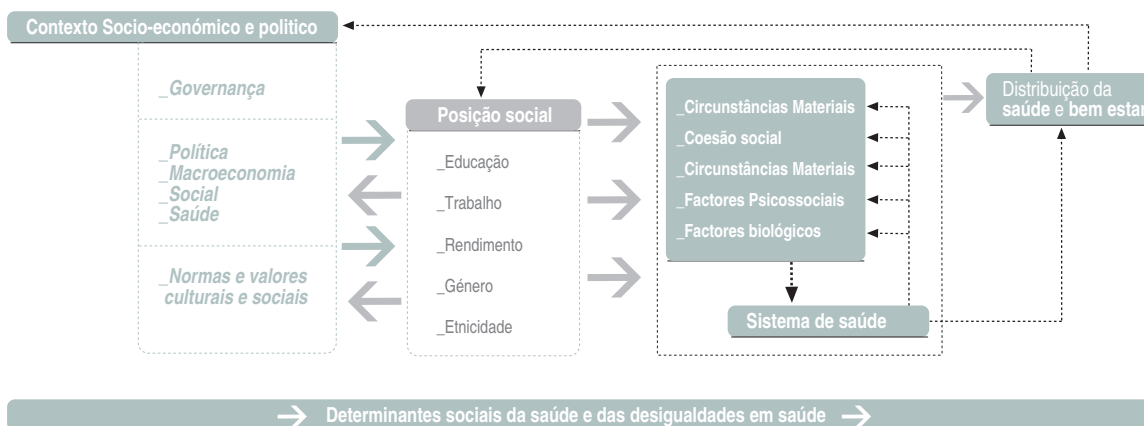
Não podemos olhar para esta sociedade da informação só como uma sociedade de máquinas – como uma sociedade de computadores, banda larga ou telemóveis de terceira geração. Tem de haver um projecto pessoal, de integração mental e de funcionamento com a comunidade onde nos inserimos. Uma comunidade cada vez mais global, mas que deve saber pensar-se a nível local.

Os métodos de produção da denominada “sociedade da informação” exigem que as pessoas sejam flexíveis, criativas, inovadoras, capazes de aprender, capazes de criar, capazes de fazer contactos sociais e em rede, com competências pessoais e sociais, sendo a saúde uma condição prévia para a produtividade laboral e para a competitividade das sociedades. Enquanto a aprendizagem e o desenvolvimento de competências ao longo da vida se tornaram imprescindíveis, qualquer privação de aprendizagem levará, incondicionalmente, à exclusão. As oportunidades de aprendizagem da criança tornam-se cruciais, sobretudo no contexto das experiências cedo na vida e o seu impacte posterior (Marmot, 2005). Este novo paradigma exige a conciliação entre o trabalho e a família, o desenvolvimento da organização da vida profissional e uma nova forma de organizar as necessidades das comunidades.

A Agenda de Lisboa aborda a necessidade de repensarmos o actual contexto nas oito dimensões que se apresentam na Figura 5. A Promoção da Saúde passa pela promoção de ambientes saudáveis, na família, escola, trabalho, rua, hospital, casa, da gravidez à morte (ciclo vital). Investe na melhoria da qualidade de vida, prevenção de fenómenos de exclusão social, fomentando oportunidades de inovação, mudança e desenvolvimento com integração de todos com uma perspectiva de maior capital social. A Promoção da Saúde deve constituir uma responsabilidade de toda a sociedade (Figura 6): no comércio e na indústria, na educação, na cultura, na segurança nacional e em tantos outros aspectos da sociedade, combatendo firmemente qualquer forma de exclusão. O planeamento local, orientado numa perspectiva salutogénica, pode ser um importante apoio na resolução de problemas e numa estratégia de influência sobre o nível de saúde e do funcionamento das comunidades.

Quanto mais rico for o capital social de uma comunidade, maior abertura existe para a inovação. Os estudos desta dimensão comunitária são importantes (Lehtinen, 2008), constituindo as políticas de saúde uma área fundamental da política social e da sociedade de bem-estar. (Krieger, 2001)

Figura 6: Quadro Técnico de Referência da CDSS (Fonte: OMS, 2008)





Na definição de promoção da saúde como processo de capacitar as pessoas a aumentar o seu controlo sobre os seus determinantes da saúde (WHO, 1996) não se podem esquecer as cinco estratégias fundamentais traçadas para o efeito (OMS, 1986; OMS, 1992; OMS, 1997). Implica, também a nível pessoal, aumentar capacidades de autonomia, assumir e manter o controlo sobre a sua vida, estabelecer os seus próprios objectivos e participar nas decisões com eles relacionadas; ser agente activo, principal autor e actor no seu processo de reabilitação, física e psicossocial e no seu projecto de vida.

Trabalhar a montante da doença, promovendo a saúde, em particular naquilo que é a sua dimensão positiva, através da capacitação de pessoas e estruturas, é um longo caminho, parcialmente desconhecido, e que exige vontade política. Falar em desenvolvimento implica, por isso, falar em todas as suas vertentes relevantes para o bem-estar das comunidades que servimos. E aqui, Promoção da Saúde significa melhor saúde, maior produtividade, maior “empowerment” dos indivíduos, das comunidades e suas organizações, melhor qualidade de vida para os munícipes.

Estando os aspectos ambientais definitivamente relacionados com a saúde (OMS; 2001, 2002, 2003), interessa perceber que os aglomerados populacionais não são estáticos. Por isso, considerar a saúde em distintos aglomerados populacionais é fundamentalmente estudar a dinâmica existente num espaço particular e de como ele pode influenciar a saúde. Várias características destes espaços de vivência, não só enquanto espaço físico, mas também na sua organização física e social, já estão referenciadas enquanto determinantes sociais e económicos para uma melhor saúde da população (Evans & Stoddart, 1990; Hamilton & Bhatti, 1996; Kaplan, 1999).

O espaço construído pode influenciar quer a saúde física quer a saúde mental dos seus habitantes. Evidência tem sido construída sobre esta relação nos últimos anos: Weich e colaboradores (2002) demonstraram elevados níveis de depressão em áreas com espaço urbano construído considerado visualmente desagradável; Cohen (2000) encontra uma maior prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em espaços urbanos deteriorados; A construção e *design* do espaço construído, incluindo densidade urbana, uso intercalar do espaço, qualidades estéticas da construção e dos espaços, e funcionamento de redes sociais pode influenciar a actividade física (Handy et al, 2002). Alguns autores como Russel & Killoran (2000), CEROI (2004), OMS (1997), OECD (1997) e o World Bank (1999) associam as condições da habitação com o nível de saúde. Outros estudos identificaram associação entre o *design* do espaço urbano e o crime e a violência, sugerindo forte interacção entre o espaço físico e os ambientes sociais (EC, Directorate General Environment, 2000; Ginot, Ait-Bouali, Besse, Chevalier, Goldberg, Buisson, 1997; Russell & Killoran, 2000; EF, 1998; ICLEI, 2000).

O ambiente social, definido genericamente como “a estrutura ocupacional, mercados de trabalho, processos económicos e sociais, serviços de saúde, de bem-estar sociais e humanos, relações de poder, governo, relações entre diferentes padrões culturais, iniquidade social, práticas culturais, arte, instituições religiosas e práticas, e crenças acerca do seu lugar na comunidade” (Barnet & Casper, 2001), tem também sido caracterizado como um determinante maior na saúde das comunidades. A relação entre suporte social percebido e a saúde das comunidades tem sido estudada particularmente nas últimas três décadas (Cohen & Wills, 1985; Cohen & Syme, 1985; Dean & Lin, 1977; Gottlieb, 1981; Kessler et al, 1985b; Saranson & Pierce, 1990; Turner, 1983; Turner et al, 1983; Vaux, 1988; Veil & Baumann, 1992).

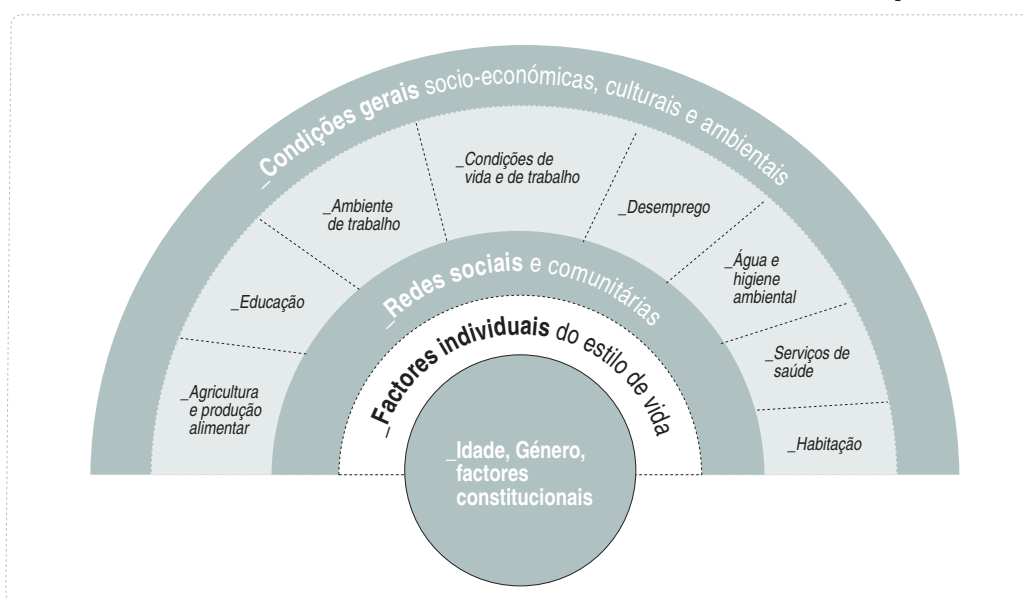


A organização dos esforços no sentido de promover a saúde e a sua definição como recursos chave na prossecução de objectivos sociais e económicos é um desafio actual que envolve uma vasta gama de determinantes da saúde (Figura 7), e toda a comunidade de uma forma transversal. Como refere a OMS (2001) “promover a saúde de uma população é um trabalho cuja complexidade, e frequentemente,

cuja subtil dimensão, desafia académicos e profissionais de campo de variadas disciplinas: epidemiologistas, cientistas sociais, educadores, investigadores das políticas, economistas, planeadores do espaço urbano, e profissionais das ciências da saúde (...) todos contribuem para iluminar um ou outro aspecto da promoção da saúde”.

Este é o desafio que o PROCAPS abraça.

Figura 7: Os principais determinantes da saúde (Fonte: adaptado de Dahlgren e Whitehead, 1991)





03

## \_Enquadramento Legal

A responsabilidade da defesa dos Direitos Humanos e da garantia do direito à protecção da saúde assim como, do dever de promover a saúde, reflectida na Constituição da República Portuguesa (Artigos 64º e seguintes), deve ser traduzida em políticas que promovam a inclusão social e a acessibilidade aos serviços de saúde, acompanhada por iniciativas locais que promovam o respeito pela diferença, reduzam as desigualdades sociais, monitorizem o cumprimento dos direitos fundamentais dos cidadãos, e aumentem a sua capacidade de intervenção crítica e construtiva na defesa e manutenção da sua própria saúde.

A Lei nº 159/99 de 14 de Setembro confere às autarquias atribuições municipais nas áreas do equipamento rural e urbano, energia, transportes e comunicações, património, cultura e ciência, protecção civil, saúde, educação e acção social, ambiente e saneamento básico, tempos livres e desporto, habitação, defesa do consumidor, promoção do desenvolvimento, ordenamento do território e urbanismo, polícia municipal e cooperação externa (artigo 13.º).

A intensificação e complexificação das intervenções conferidas ao poder local têm vindo a manifestar-se por uma maior responsabilização e envolvimento das autarquias em áreas que exigem competências próprias. É disso exemplo a promoção de estratégias de intervenção em rede (Rede Social) e a participação das autarquias na definição de políticas e de acções de promoção da saúde, com exigências ao nível do planeamento estratégico de desenvolvimento concelhio.

Segundo o Artigo 22.º Lei nº 159/99 de 14 de Setembro, compete às Autarquias:

\_Participar no planeamento da rede de equipamentos de saúde concelhios;

\_Construir, manter e apoiar centros de saúde;

\_Participar nos órgãos consultivos dos estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde;

\_Participar na definição das políticas e das acções de saúde pública a levar a cabo pelas delegações de saúde concelhias;

\_Participar nos órgãos consultivos de acompanhamento e avaliação do Serviço Nacional de Saúde;

\_Participar no plano da comunicação e de informação do cidadão e nas agências de acompanhamento dos serviços de saúde;

\_Participar na prestação de cuidados de saúde continuados no quadro do apoio social à dependência, em parceria com a administração central e outras instituições locais;

\_Cooperar no sentido da compatibilização da saúde pública com o planeamento estratégico de desenvolvimento concelhio;

\_Gerir equipamentos termais municipais.

Muitos instrumentos legais têm sido desenvolvidos recentemente que permitem e promovem a intervenção a nível local e regional em promoção da saúde:

\_Decreto-Lei n.º 115/2006, de 14 de Junho - Consagra os princípios, finalidades e objectivos da rede social, bem como a constituição, funcionamento e competência dos seus órgãos.

\_Lei n.º 5-A/2002, de 11 de Janeiro - Primeira alteração à Lei n.º 169/99, de 18 de Setembro, que estabelece o quadro de competências,



assim como o regime jurídico de funcionamento, dos órgãos dos municípios e das freguesias.

\_Lei n.º 169/99, de 18 de Setembro - Estabelece o quadro de competências, assim como o regime jurídico de funcionamento, dos órgãos dos municípios e das freguesias.

\_Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de Novembro – Criação da Rede Social. A rede social é um fórum de articulação e congregação de esforços e baseia-se na adesão livre por parte das autarquias e das entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos que nela queiram participar. A rede social deverá, no entanto, assumir uma postura activa no domínio social, a de ir ao encontro das diferentes entidades que suscitando a sua participação.

\_Lei n.º 159/99 de 14 de Setembro - Transferência de Competências Para as Autarquias Locais.

\_Portaria n.º 141/2002, de 12 de Fevereiro - Procede à regulamentação do Programa de Apoio à Implementação da Rede Social.

Estes dispositivos legais, desenvolvidos na última década, são instrumentos de referência para a construção de saúde numa base comunitária, e, desta forma, potenciar os resultados dos inúmeros esforços desenvolvidos pelas estruturas centrais, regionais e locais de saúde.

Os ACES, unidades de saúde de base local por excelência, têm por missão (Artigo 3.º, Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro) garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Os ACES desenvolvem também actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde,

controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré -graduada, pós -graduada e contínua. Uma forte ligação aos municípios que integram na sua área de intervenção pode tornar-se um catalisador das intervenções em promoção da saúde e dos ganhos em saúde numa determinada comunidade. Este esforço local, sob a orientação das Administrações Regionais de Saúde, permite levar a todas as ruas e praças do país a aplicação do PNS, numa reflexão, e num reflexo, local. De facto, são as Administrações Regionais de Saúde que asseguram, na respectiva área geográfica, a prossecução das atribuições do Ministério da Saúde, coordenam, orientam e avaliam a execução da política de saúde na respectiva região de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais, com vista à optimização dos recursos disponíveis, desenvolvem e fomentam actividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a protecção e promoção da saúde das populações, asseguram a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referência, desenvolvem e consolidam a rede de cuidados continuados integrados e supervisionam o seu funcionamento de acordo com as orientações definidas e participam na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objectivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde (art. 3.º Decreto-lei n.º 222/2007, de 29 de Maio). Esta intervenção é tanto mais efectiva quanto mais reflectir, nos seus diferentes níveis, as orientações estratégicas do ACS.

No Artigo 2º da Lei Orgânica do Alto Comissariado da Saúde (Decreto-Lei n.º 218/2007, de 29 de Maio), o ACS tem por missão garantir o apoio técnico à formulação de políticas e ao planeamento estratégico da área da saúde, em articulação com a programação financeira, assegurar o desenvolvimento de programas



verticais de saúde, assegurar a coordenação das relações internacionais, acompanhar e avaliar a execução de políticas, dos instrumentos de planeamento e dos resultados obtidos, em articulação com os demais serviços e organismos do Ministério da Saúde e assegurar a elaboração, acompanhamento e avaliação do PNS.

O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P., no respeito pelos seus estatutos (Portaria n.º 812/2007, de 27 de Julho) e pela sua missão e atribuições (Decreto-Lei n.º 271/2007, de 26 de Julho), propõe-se colaborar tecnicamente no desenvolvimento da Promoção da Saúde, no âmbito das orientações do ACS (definidas no PNS), no respeito pelas prioridades regionais do país, e na procura de uma adequação à realidade de cada ACES e de cada município na resposta às necessidades de saúde de cada comunidade (expressas ou não expressas). Este trajecto envolve a dinamização de diagnósticos de saúde locais, a capacitação dos agentes de desenvolvimento comunitário na interpretação dos dados e na definição das suas prioridades para um planeamento dirigido a uma melhor qualidade de vida. Este planeamento, adequado às realidades locais, dever-se-á basear em métodos de investigação participada de base comunitária, projectos-piloto e mediação entre os serviços de saúde e os representantes do poder local, bem como a mobilização da comunidade científica em Saúde Pública, nacional e internacional.



www.insa.pt



*Relatório Procaps*

A Investigação participada de base comunitária na **construção da saúde**

---

\_Parte II

# \_metodologia

01\_Antecedentes

02\_Workshop “Autarquias e Promoção da Saúde”

03\_Reuniões de trabalho com as Administrações Regionais de Saúde

04\_Questionários PROCAPS



A metodologia utilizada nesta 1ª fase do projecto destinou-se a identificar as principais preocupações, necessidades e recursos das autarquias.

Para isso preparou-se:

- 1) um *workshop* com autarquias seleccionadas com base no seu interesse e experiências prévias na área.
- 2) consultaram-se as Administrações Regionais de Saúde para perceber a sua sensibilidade em relação a um apoio mais concreto às autarquias no diagnóstico e planeamento (Perfis de Saúde e Plano de Desenvolvimento em Saúde).
- 3) fez-se um questionário (on-line) sobre competências necessárias e indicadores já disponíveis baseado no *workshop* “**Autarquias e Promoção da Saúde**” e nas reuniões de trabalho com as ARS do território continental.



## 01

### Antecedentes

No âmbito da discussão pública do Plano de Desenvolvimento Estratégico (PDE) do INSA, I.P., teve lugar no dia 30 de Julho de 2008 uma reunião com várias câmaras municipais com os seguintes objectivos:

- a) Envolver as autarquias na discussão do PDE do INSA, I.P.;
- b) Identificar expectativas das autarquias quanto ao papel do INSA, I.P. no apoio à promoção da saúde desenvolvida a nível local;
- c) Anunciar um seminário de preparação de um diagnóstico nacional sobre necessidades e potencialidades das autarquias para promover a saúde, a realizar no dia 10 de Novembro de 2008.

Estiveram presentes 9 Câmaras Municipais: Lisboa, Odivelas, Porto, Oliveira de Azeméis, Setúbal, Lourinhã, Montijo, Seixal e Loures.

As Câmaras presentes já vêm desenvolvendo trabalho na área da promoção da saúde, muitas fazendo parte da Rede das Cidades Saudáveis e da Rede das Cidades Educadoras.

A reunião foi presidida pelo presidente do INSA, I.P., Professor Doutor José Manuel Pereira Miguel e estiveram presentes os responsáveis pelo Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas e Departamento de Saúde Ambiental, respectivamente Professora Doutora Isabel Loureiro e Professor Doutor António Tavares.

Quanto à estratégia do INSA, I.P. foi reforçada a necessidade de investigação sobre problemas específicos do país que podem ser base de políticas de saúde e o papel dos representantes comunitários na definição das prioridades nacionais e do contributo que o INSA, I.P. poderá dar ao desenvolvimento de projectos transversais que apostem na tradução do conhecimento,

investigação aplicada e vigilância epidemiológica, tornando mais acessível ao cidadão os resultados da investigação científica, e a relevância das intervenções.

Abordada a importância da capacitação dos técnicos da área da saúde, entendida no seu sentido mais lato, foram consensuais os principais pilares da saúde ao nível municipal: educação, saúde e acção social.

Foram apresentadas várias experiências levadas a cabo pelas autarquias (prevenção das toxicodependências, observatório da saúde, integração dos deficientes, habitação e acção social, educação para a saúde nas escolas, entre outras), tendo sido reconhecida a necessidade de dar uma resposta mais transversal, com estabelecimento de parcerias e formação de técnicos.

Desta reunião, emergiram as seguintes conclusões e sugestões:

- 1) Foram destacados dois documentos que requerem o contributo do sector da saúde, nomeadamente do INSA, I.P.:
  - a) Planos de Desenvolvimento de Saúde;
  - b) Perfis de Saúde.
- 2) Reconhecimento e aceitação do conceito de Laboratório Comunitário. As autarquias disponibilizaram-se a colaborar no desenvolvimento de projectos-piloto para testar e validar metodologias e instrumentos a usar em projectos de promoção da saúde.
- 3) Esperado do INSA, I.P. o papel de facilitador na articulação entre vários níveis de decisão política, nomeadamente entre o poder local e o poder central.
- 4) Apoio à avaliação do impacto em saúde, particularmente na área da saúde mental, de iniciativas locais, regionais e nacionais.

Foram ainda mencionadas outras necessidades como o apoio a publicações na área da promoção da saúde e ao desenvolvimento de projectos de investigação/acção na comunidade.



02

Workshop “Autarquias e Promoção da Saúde”

Para dar corpo a este projecto PROCAPS foi organizado pela Unidade de Promoção da Saúde do Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas, um *Workshop* “**Autarquias e Promoção da Saúde**”, no dia **10 de Novembro de 2008**, no **INSA, I.P.** (Organizadores: Isabel Loureiro, Maria João Heitor, José Carlos Gomes e Lúcia Dias).

Embora o objectivo último deste projecto seja envolver todos os Municípios do país (308 municípios, dos quais 278 no continente e 30 nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira), nesta etapa do processo os convites foram endereçados às autarquias pertencentes à Rede das Cidades Saudáveis e Rede das Cidades Educativas, e as que estiveram presentes no encontro para discussão do Plano de Desenvolvimento Estratégico do INSA, I.P. Foram, assim, convidadas **45 autarquias**, das quais 17 não responderam, e 2 não puderam estar presentes por motivos de força maior.

Para atender aos objectivos propostos neste projecto PROCAPS bem como às autarquias presentes na discussão pública do PDE do INSA, I.P., e com a finalidade de facilitar a dinâmica a ser desenvolvida no workshop, foi elaborado um documento base de apoio, designado por **Referencial em Promoção da Saúde**, distribuído a todos os elementos participantes (Anexo I).

Por questões metodológicas e a fim de garantir a clareza de expressão e discurso por parte dos participantes, optou-se primeiramente por uma abordagem geral do estado da arte em promoção da saúde e, posteriormente, pelo levantamento de necessidades e potencialidades das autarquias em promoção da saúde através da análise SWOT. (Quadro 1).

Uma vez recolhida a informação, os participantes foram convidados a inscreverem-se em 3 grupos de Trabalho:

- 1) Educação para a saúde e cultura salutogénica e Rede social e coesão social;
- 2) Promoção da saúde nas escolas
- 3) Articulação com os serviços de saúde.

Para o efeito, foi construída uma matriz utilizada como ferramenta de trabalho e apoio às dimensões chave a trabalhar (Figura 8).

Figura 8:



Matriz utilizada no *Workshop* “Autarquias e Promoção da Saúde”.

| Áreas | Quais as variáveis? | Que Objectivos? | Que Perguntas? |
|-------|---------------------|-----------------|----------------|
|       |                     |                 |                |

Desta matriz nasceu a “Flor PROCAPS” que sintetiza 9 áreas de eleição para a vertente da Promoção da Saúde nas autarquias locais. (Figura 9)

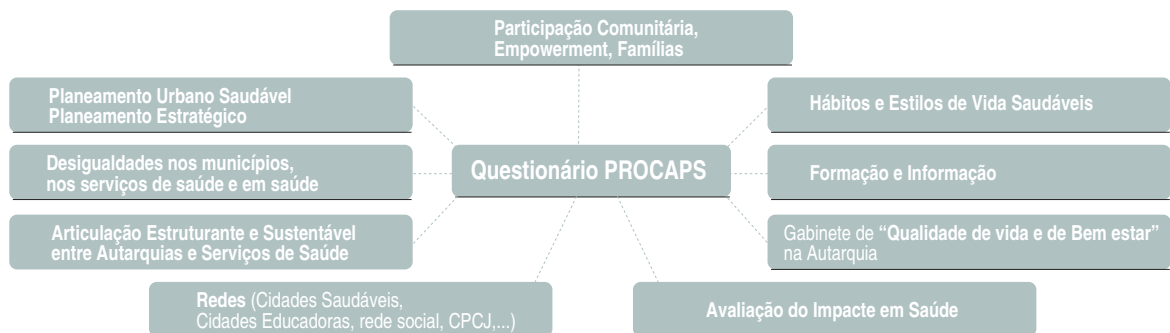


Quadro 1: Análise SWOT

Levantamento, por um conjunto de autarquias, sobre as necessidades e potencialidades das autarquias em promoção da saúde.

| Pontos Fortes (S)   | Pontos Fracos (W)   | Oportunidades (O)  | Ameaças (T)   |
|---|---|--|---|
| 1. Proximidade com as pessoas;  | 1. Falta de recursos (materiais e humanos e de espaços);  | 1. Estabelecimento de parcerias com entidades privadas e públicas (universidades, indústria farmacêutica, outras);                       | 1. Dificuldade de funcionamento das parcerias;  |
| 2. Existência de equipas multidisciplinares;  | 2. Saúde "escondida" noutras áreas;   | 2. Reorganização da economia global: possibilidade de alternativas criativas para promoção da saúde (redireccionar informação em saúde); | 2. Pouca avaliação do impacto do trabalho das parcerias;  |
| 3. Experiência de trabalho em rede;   | 3. Dificuldade em desenvolver parcerias com os Centros de Saúde;  | 3. Rede escolar;   | 3. Dificuldade de ver resultados em promoção da saúde a curto prazo (falta de indicadores intermédios de monitorização de investimentos); |
| 4. Autarquias procuradas pelas pessoas;   | 4. Falta de dados (indicadores relacionados com a saúde) a nível da autarquia;  | 4. Base de dados existente nos Centros de Saúde;   | 4. Falta de resposta do SNS;  |
| 5. Recursos humanos muito empenhados e com vontade de "fazer coisas";                           | 5. Dificil comunicação entre os departamentos municipais;   | 5. Possibilidade de intervenção a nível de todos as determinantes da saúde;  | 5. Crise económica;   |
| 6. Observatório com conjunto de indicadores a nível da qualidade de vida;                       | 6. Corporativismo do SNS;   | 6. Reforma dos cuidados de saúde primários, reformas a nível dos hospitais;  | 6. Pouca visibilidade (política) da promoção da saúde.  |
| 7. Conhecimento da realidade pelas autarquias;  | 7. Falta de instrumentos para medir o nível de saúde a nível "micro";   | 7. Existências de redes (c. saudáveis, c. educativas, CPCJ, rede social,...)   |   |
| 8. Instrumentos de planeamento (Perfis, cartas educativas, plano municipal de saúde, PDM, ...). | 8. Dificuldade de articulação com o poder central;  | 8. Mais saúde: maior satisfação dos munícipes  |   |
|   | 9. Fraco poder de negociação no desenvolvimento de planos a nível nacional (rede de cuidados continuados, ...) Falta de mecanismos de envolvimento do terreno desde a concepção até à implementação dos planos nacionais; | 9. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (articulação com autarquias, HIA; intersectorialidade);   |   |
|   | 10. Ausência de equipas multidisciplinares;   | 10. Presidência portuguesa da União Europeia (migrantes, HIA, ...);  |   |
|   | 11. Inexistência e/ou in experiência de trabalho em rede;   | 11. Transferência de competências para os municípios: Comissões municipais de saúde comunitária;   |   |
|   | 12. Falta de técnicos capacitados (definir competências para formação) para o levantamento de necessidades em saúde em cada município.  | 12. Programas específicos para a população (mais desporto, mais saúde, PAII, ...).   |   |

Figura 9: "Flor PROCAPS": áreas de intervenção para a Promoção da Saúde nas Autarquias





Do trabalho realizado com as autarquias definiram-se as componentes de cada eixo (“pétala”) da “Flor PROCAPS”:

#### **Eixo 1: Planeamento estratégico**

- \_Incluir o conceito de planeamento urbano saudável nos Planos Directores Municipais (revisão) e na fase de planeamento e aprovação de projectos;
- \_Aumentar o investimento na área da melhoria da acessibilidade aos serviços, ...;
- \_Estabelecer parcerias;
- \_Elaborar Plano Municipal de Promoção da Saúde (definição de parcerias, responsabilidades, objectivos comuns).

#### **Eixo 2: Comunidade e famílias**

Reforçar o trabalho em parceria.

#### **Eixo 3: Hábitos e estilos de vida saudáveis**

- \_Co-responsabilizar cada indivíduo e as organizações pela sua saúde e bem-estar;
- \_Promover a cidadania;
- \_Implementar bons planos a nível da prevenção (populações definidas, planeamento estratégico, a médio prazo);
- \_Trabalhar as especificidades locais;
- \_Promover comportamentos saudáveis.

#### **Eixo 4: Formação e informação**

- \_Aumentar a literacia em saúde;
- \_Capacitar os técnicos das autarquias nas competências que lhes cabem na promoção da saúde e prevenção da doença;
- \_Capacitar a comunidade para lidar melhor com a sua saúde e as situações de doença.

#### **Eixo 5: Gabinete de “qualidade de vida e bem-estar” na autarquia**

- \_Melhorar a articulação intersectorial.

#### **Eixo 6: Avaliação do impacto em saúde**

- \_Criar um dispositivo ágil que permita uma avaliação regular;
- \_Avaliar as várias opções de intervenção relativamente a uma determinada medida antes da sua implementação;
- \_Prestar informação à decisão política.

#### **Eixo 7: Redes**

- \_Reforçar e incrementar os objectivos das redes existentes;
- \_Intervir de forma integrada e coordenada na implementação das acções em promoção da saúde.

#### **Eixo 8: Articulação entre autarquias e serviços de saúde**

- \_Promover uma relação mais directa entre os intervenientes;
- \_Melhorar as respostas na comunidade.

#### **Eixo 9: Desigualdades nos municípios, nos serviços de saúde e em saúde**

- \_Melhorar o acesso aos serviços de saúde;
- \_Identificar os diferentes indicadores relacionados com a saúde que possam vir a servir para monitorização e comparação entre as diversas comunidades.



03

\_Reuniões com as Administrações Regionais de Saúde

Intervir em Promoção da Saúde implica, incontornavelmente, um envolvimento efectivo do sistema de saúde. Em Portugal, as Administrações Regionais de Saúde têm por atribuições (art. 3.º Decreto-lei n.º 222/2007, de 29 de Maio)

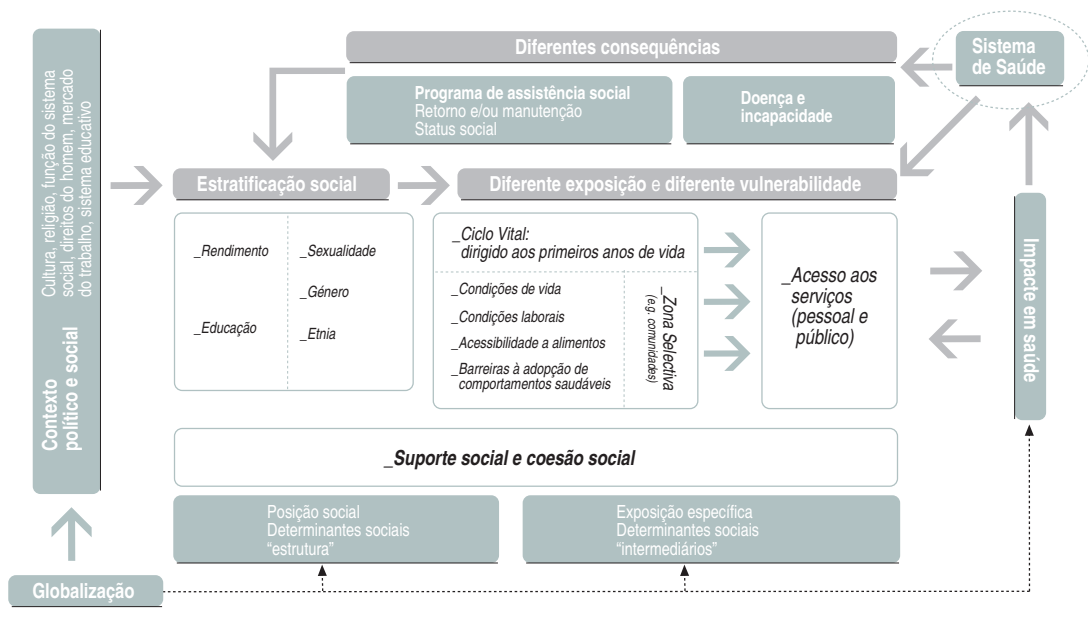
- 1) Assegurar, na respectiva área geográfica, a prossecução das atribuições do Ministério da Saúde;
- 2) Coordenar, orientar e avaliar a execução da política de saúde na respectiva região de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais, com vista à optimização dos recursos disponíveis;
- 3) Desenvolver e fomentar actividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a protecção e promoção da saúde das populações;
- 4) Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referênciação;

5) Desenvolver e consolidar a rede de cuidados continuados integrados e supervisionar o seu funcionamento de acordo com as orientações definidas;

6) Participar na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objectivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;

Um sistema de saúde pode ser entendido como *"All the organizations, institutions and resources that are devoted to producing health actions"*. (OMS, 2000). Ainda nesta perspectiva, uma acção em saúde *"é qualquer esforço, seja em cuidados de saúde personalizados, em serviços de saúde pública, ou através de iniciativas intersectoriais, cujo objectivo primeiro é melhorar o nível de saúde"* (Equity Team, EIP World Health Organization, 2006).

Figura 10: O sistema de saúde como determinante social da saúde (Fonte: Adaptado de Mackenbach, J.; Bakker, M; 2002)





Ao pensar sobre “Promoção da Saúde a nível local e regional”, a visão que inspira este projecto tem dois princípios básicos:

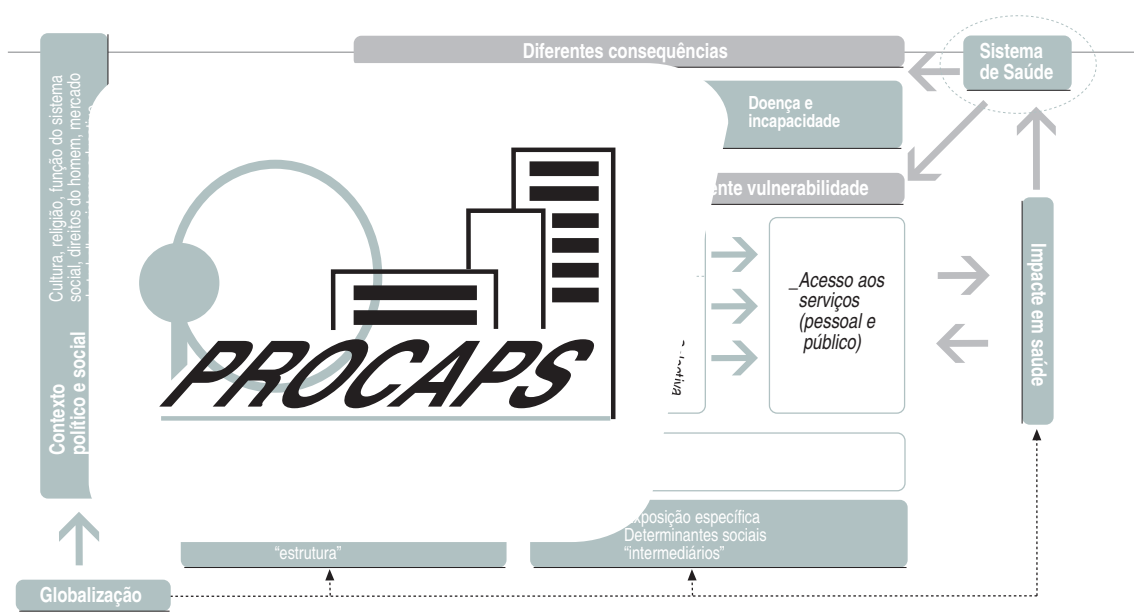
- 1) Olhar para a saúde como um “Bem de mérito”;
- 2) Entender a transversalidade das “políticas de saúde” que vão muito para além dos cuidados de saúde, englobando todas as áreas de intervenção numa sociedade. Queremos com isto dizer que a Promoção da Saúde deve ser uma responsabilidade de toda a sociedade: no comércio e na indústria, no planeamento local, na educação, na cultura, na segurança nacional, e em tantos outros aspectos da sociedade, combatendo firmemente qualquer forma de exclusão. O sector saúde, neste contexto, é apenas mais um importante determinante social do nível de saúde das comunidades (Krieger, 2001). Simultaneamente, a “Saúde” deve ser entendida com uma muito mais vasta amplitude, em ambientes transdisciplinares, que ainda carecem de desenvolvimento (Figura 10).

Num sistema de saúde encontramos:

- 1) Cuidados de saúde e informação;
- 2) Financiamento da saúde;
- 3) Regulação e definição de padrões;
- 4) Políticas de saúde. Mas existem muitos outros aspectos que influenciam fortemente o nível de saúde das comunidades como acções em outros sectores (e.g., educação, transportes, ...) que podem influenciar a saúde mas cujo objectivo primordial não é explicitamente relacionado com a saúde.

São estes determinantes sociais da saúde, que ultrapassam os limites do sistema de saúde, que também devem ser foco das acções de promoção da saúde a nível local e regional. Estes determinantes sociais da saúde, condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, reflectindo as diferentes posições nas hierarquias do poder, prestígio e recursos (OMS, 2006) ou mais simplesmente: “As características sociais nas quais o “viver” tem lugar” (Tarlov, 1996), apresentam na nossa moderna sociedade de informação um peso cada vez mais relevante na saúde das comunidades que queremos servir.

Figura 11: O posicionamento do projecto PROCAPS no modelo de Mackenbach, J. e Bakker, M. (2002)





O PROCAPS pretende ser um suporte para, em colaboração com outras estruturas do sistema de saúde, capacitar outras estruturas sociais e organizacionais a colaborar neste desafio de mais saúde, melhor saúde para cada cidadão, e para Portugal no seu todo (Figura 11).

Foi com este propósito que o projecto PROCAPS realizou 2 reuniões com as Administrações Regionais de Saúde, a 16 de Janeiro de 2009 e a 17 de Fevereiro de 2009.

Como principais conclusões destas reuniões destacam-se:

\_Disponibilidade das ARS para colaborar com o INSA, I.P. em alguns projectos, nomeadamente, no que respeita ao diagnóstico da situação de saúde;

\_Possibilidade das ARS em apoiar o INSA, I.P. no estabelecimento de eventuais contactos necessários junto de outras instituições regionais/locais;

\_Dificuldade no envolvimento de profissionais dos ACES em trabalho de campo;

\_Apresentação de propostas pelo INSA, I.P. relativamente à metodologia, cronograma, desenho, amostra, entre outros, nas áreas da informação de saúde de base populacional e promoção da saúde;

\_Manifestação de interesse pelas ARS na Avaliação do Impacte na Saúde (AIS/HIA). (SANTOS & MIGUEL, 2009).



Na sequência do Workshop “*Autarquias e Promoção da saúde*” e das reuniões de trabalho com as 5 Administrações Regionais de Saúde do território continental, desenharam-se 2 instrumentos de colheita de dados com o propósito de responder aos objectivos do Projecto PROCAPS: O Questionário PROCAPS e o Questionário Disponibilidade de Indicadores Relacionados com a Saúde a Nível Local.

### 3.1. População

A população alvo do estudo foi constituída pelas Autarquias (Continente e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores) (N=308). No caso, o universo foi constituído por todas as Autarquias que responderam ao questionário no período de 1 de Maio a 30 de Setembro de 2009 (período em que o questionário esteve *on-line*). Houve como critério de inclusão aceitar participar voluntariamente no estudo, sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre o âmbito e finalidades do estudo. De acordo com estes critérios, ao *Questionário PROCAPS*, responderam 96 Autarquias (31,2 % da população original), descendo este número para 89 (28,9 % da população original) por preenchimento incompleto do questionário.

Relativamente ao *Questionário Disponibilidade de Indicadores Relacionados com a Saúde*, responderam 73 Autarquias (23,7 % da população original).

#### 3.1.1. Caracterização da amostra: questionário PROCAPS

Os dados recolhidos representam 28,90% (89) das autarquias portuguesas e 28,58% da população (INE, 2006). As três NUTS I em que se divide Portugal estão representadas, embora estas representações sejam manifestamente diferentes. Das regiões Autónomas da Madeira e dos Açores apenas respondeu uma Autarquia por cada. As regiões NUTS III, relativamente a Portugal Continental, estão representadas na sua totalidade, correspondendo de 15,34% a 44,32% dos municípios portugueses, e com 16,67% a 50,00% dos municípios, com excepção da região “*Serra da Estrela*”, em que nenhum dos três municípios respondeu.

Quadro 2: **Caracterização dos respondentes** (*Questionário PROCAPS*)

| Região (Nuts III) | Habitantes (INE, 2006) | Observados | % população observada | Municípios (INE, 2006) | Observados | % municípios respondentes |
|-------------------|------------------------|------------|-----------------------|------------------------|------------|---------------------------|
| País              | 10617575               | 3034834    | 28,58                 | 308                    | 89         | 28,90                     |
| Norte             | 3745236                | 1119336    | 29,89                 | 76                     | 22         | 28,95                     |
| Minho-Lima        | 251676                 | 42797      | 17,00                 | 10                     | 3          | 30,00                     |
| Cávado            | 411327                 | 124468     | 30,26                 | 6                      | 1          | 16,67                     |
| Ave               | 524057                 | 240962     | 45,98                 | 8                      | 4          | 50,00                     |



| Região (Nuts III)     | Habitantes (INE.2006) | Observados     | % população observada | Municípios (INE.2006) | Observados | % municípios respondentes |
|-----------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|------------|---------------------------|
| <b>Grande Porto</b>   | 1281424               | 476466         | <b>37,18</b>          | 9                     | 3          | <b>33,33</b>              |
| Tâmega                | 560672                | 93634          | <b>16,70</b>          | 15                    | 3          | <b>20,00</b>              |
| Entre Douro-Vouga     | 287665                | 71365          | <b>24,81</b>          | 5                     | 1          | <b>20,00</b>              |
| Douro                 | 212170                | 24517          | <b>11,56</b>          | 19                    | 4          | <b>21,05</b>              |
| Alto Trás-os-Montes   | 216245                | 45127          | <b>20,87</b>          | 14                    | 3          | <b>21,43</b>              |
| <b>Centro</b>         | <b>2385911</b>        | <b>1069270</b> | <b>44,82</b>          | <b>105</b>            | <b>38</b>  | <b>36,19</b>              |
| Baixo Vouga           | 399607                | 141885         | <b>35,51</b>          | 12                    | 5          | <b>41,67</b>              |
| Baixo Mondego         | 332355                | 241315         | <b>72,61</b>          | 8                     | 3          | <b>37,50</b>              |
| Pinhal Litoral        | 267223                | 165473         | <b>61,92</b>          | 5                     | 2          | <b>40,00</b>              |
| Pinhal Interior Norte | 137636                | 56367          | <b>40,95</b>          | 14                    | 5          | <b>35,71</b>              |
| Dão Lafões            | 291516                | 67899          | <b>23,29</b>          | 15                    | 5          | <b>33,33</b>              |
| Pinhal Interior Sul   | 41074                 | 5988           | <b>14,58</b>          | 5                     | 1          | <b>20,00</b>              |
| Serra da Estrela      | 47904                 | 0              | <b>0,00</b>           | 3                     | 0          | <b>0,00</b>               |
| Beira Interior Norte  | 110151                | 23416          | <b>21,26</b>          | 9                     | 3          | <b>33,33</b>              |
| Beira Interior Sul    | 73923                 | 5916           | <b>8,00</b>           | 4                     | 1          | <b>25,00</b>              |
| Cova da Beira         | 91350                 | 31176          | <b>34,13</b>          | 3                     | 1          | <b>33,33</b>              |
| Oeste                 | 361868                | 186433         | <b>51,52</b>          | 12                    | 5          | <b>41,67</b>              |
| Médio Tejo            | 231304                | 143402         | <b>62,00</b>          | 10                    | 7          | <b>70,00</b>              |
| <b>Lisboa</b>         | <b>2808414</b>        | <b>430809</b>  | <b>15,34</b>          | <b>18</b>             | <b>3</b>   | <b>16,67</b>              |
| Grande Lisboa         | 2025628               | 359790         | <b>17,76</b>          | 9                     | 2          | <b>22,22</b>              |
| Península de Setúbal  | 782786                | 71019          | <b>9,07</b>           | 9                     | 1          | <b>11,11</b>              |
| <b>Alentejo</b>       | <b>760933</b>         | <b>228982</b>  | <b>30,09</b>          | <b>58</b>             | <b>16</b>  | <b>27,59</b>              |
| Alentejo Litoral      | 96169                 | 43593          | <b>45,33</b>          | 5                     | 2          | <b>40,00</b>              |
| Alto Alentejo         | 118066                | 15247          | <b>12,91</b>          | 15                    | 3          | <b>20,00</b>              |
| Alentejo Central      | 169863                | 96423          | <b>56,77</b>          | 14                    | 6          | <b>42,86</b>              |
| Baixo Alentejo        | 127581                | 1767           | <b>1,39</b>           | 13                    | 1          | <b>7,69</b>               |
| Lezíria do Tejo       | 249254                | 71952          | <b>28,87</b>          | 11                    | 4          | <b>36,36</b>              |
| <b>Algarve</b>        | <b>426386</b>         | <b>168231</b>  | <b>39,46</b>          | <b>16</b>             | <b>8</b>   | <b>50,00</b>              |
| <b>RA Madeira</b>     | <b>246689</b>         | <b>2679</b>    | <b>1,09</b>           | <b>11</b>             | <b>1</b>   | <b>9,09</b>               |
| <b>RA Açores</b>      | <b>244006</b>         | <b>15527</b>   | <b>6,36</b>           | <b>19</b>             | <b>1</b>   | <b>5,26</b>               |



## Os questionários PROCAPS

Tendo em conta os objectivos do nosso trabalho, as características do universo e as variáveis em estudo, elaboramos como instrumento de colheita de dados dois questionários (*Anexo II e Anexo III*). Optamos por este tipo de instrumento, por permitir uma maior fidelidade nas respostas obtidas, já que o seu preenchimento não requeria a presença dos investigadores, e o anonimato era garantido. Os questionários foram enviados por e-mail, utilizando para isso uma plataforma de questionários *on-line* (*plataforma SurveyMonkey*). Esta plataforma permitiu a análise na hora do preenchimento do questionário.

### O 1º questionário – Questionário PROCAPS

desenvolvido a partir da Flor PROCAPS, é constituído por 10 grupos, um primeiro que permite a identificação da autarquia em estudo, e os restantes nove que resultam da aplicação dos eixos da Flor PROCAPS definidos no Workshop “*Autarquias e Promoção da Saúde*” (*Anexo II*):

**Grupo I:** Dados Gerais;

**Grupo II:** Representação da saúde / promoção da saúde;

**Grupo III:** Atribuições/Responsabilidades;

**Grupo IV:** Recursos;

**Grupo V:** Planeamento estratégico;

**Grupo VI:** Estilos de vida saudáveis;

**Grupo VII:** Formação e informação;

**Grupo VIII:** Redes;

**Grupo IX:** Rede social;

**Grupo X:** Articulação da autarquia com o sector da saúde.

### O 2º questionário – Questionário Disponibilidade de Indicadores Relacionados com a Saúde -

é constituído por uma parte (*Anexo III*), e resulta da adaptação do trabalho efectuado por Ozamiz e colaboradores em 2007 no âmbito da definição de indicadores estruturais de Promoção da saúde (Lehtinen, 2008).

Para testar a funcionalidade dos instrumentos de colheita de dados, estes foram enviados às autarquias presentes no Workshop “*Autarquias e Promoção da Saúde*” que propuseram as alterações consideradas necessárias. De uma forma geral, as questões foram facilmente interpretadas e respondidas pelos parceiros, tendo-se feito alguns pequenos ajustamentos de forma.

Após a colheita, de ambos os questionários do estudo, os dados foram lançados numa base de dados informatizada e processados no programa de estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0, para o Windows.

Os dados de caracterização da amostra foram dispostos em quadros compostos de distribuição de frequências (*frequências absolutas e frequências relativas*) e, quando adequado às características da variável, complementadas com as respectivas *médias, medianas e desvio padrão* (ou outras medidas de dispersão e de tendência central como sejam os *1º e 3º quartis e a moda*).

A exploração das questões abertas foi efectuada com recurso a análise de conteúdo em que as respostas foram contabilizadas (n) por unidade de conteúdo, que por sua vez, foram agrupados em unidades de contexto, fundamentadas na revisão da literatura efectuada.

Para que fosse possível a aplicação do instrumento de colheita de dados, efectuamos um contacto prévio com a empresa gestora da *Plataforma SurveyMonkey* tendo alugado o direito de utilização do referido espaço.

A garantia dos aspectos éticos e legais foi construída tendo em conta a resposta voluntária. A confidencialidade da mesma foi garantida, tendo-se atribuído um número de código (atribuído pelo sistema informático).

---

Nunca existiu nenhum contacto directo entre investigadores e questionados, embora a identidade dos investigadores fosse comunicada aos questionados, sendo o processo de comunicação efectuado através do recurso a endereços de *e-mail* e do questionário *on-line*.

---

# \_análise dos \_resultados

## 01\_ Resultados dos questionários *on-line*



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



Relatório Procaps

A Investigação participada de base comunitária na construção da saúde

01

### \_Resultados

Os resultados apresentados referem-se à análise estatística dos dados recolhidos, organizados no sentido de dar resposta aos objectivos delineados. Esta apresentação e análise têm um carácter descritivo, ficando a interpretação mais aprofundada dos resultados obtidos reservada para uma discussão posterior.

Sendo os resultados apresentados, consequência da aplicação e tratamento dos PROCAPS, omitiremos a sua fonte nos quadros e gráficos.

Tentámos aliviar a leitura dos resultados tornando-a tão agradável quanto nos foi possível, arredondando os valores percentuais e limitando os dados ao estritamente necessário para a compreensão do estudo.

#### 1.1. *Representação da saúde / promoção da saúde*

##### **\_Caracterização do “Estado de Saúde” da população servida pela sua autarquia**

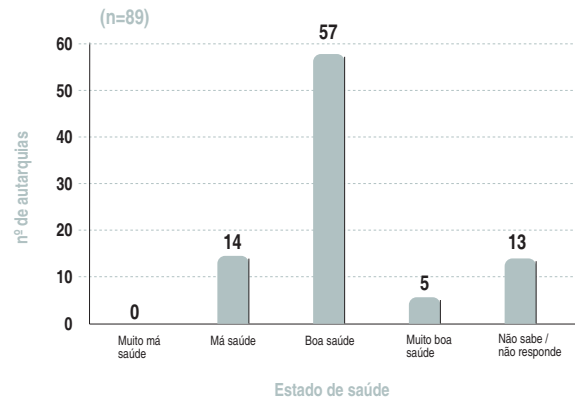
A grande maioria das autarquias (69,6%; 62) considera **bom** ou **muito bom** o nível de saúde dos seus municípios. Apenas 15,7% (14) caracterizam o nível de saúde da população do município como mau. Interessa ainda evidenciar que 13 autarquias (14,6%) não caracterizaram o nível de saúde dos seus municípios (Gráfico 1).



Gráfico 1: Percepção da autarquia do estado de saúde dos municípios

| Estado de Saúde         | n         | %           |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Muito má saúde          | 0         | 0,0         |
| Má saúde                | 14        | 17,7        |
| <b>Boa saúde</b>        | <b>57</b> | <b>64,0</b> |
| Muito boa saúde         | 5         | 5,6         |
| Não sabe / não responde | 13        | 14,6        |
| Total                   | 89        | 100,0       |

Mo: Boa Saúde



Questionadas sobre os fundamentos em que baseiam a sua apreciação (pergunta aberta: Quadro 3), 41 (46,1%) das autarquias não respondem (33; 37,1%) ou argumentam *ausência de dados* para a não resposta (8; 9,0%). Para justificar as respostas mais positivas, as autarquias respondentes enumeram a *implementação de melhorias e desenvolvimento de recursos* (11; 12,4%), *serviços de saúde com resposta para as necessidades da população*

(12; 13,5%), *bons indicadores de saúde* (12; 13,5% e *um envolvimento activo da comunidade em acções de promoção da saúde* (3; 3,4%).

Na fundamentação das respostas mais negativas são identificados *maus indicadores de saúde* (34; 38,2%), *ausência de profissionais de saúde* (8; 9,0%), e *uma fraca participação cívica da comunidade* (1; 1,1%) como fundamento das respostas mais negativas.

Quadro 3: Fundamentação da apreciação do estado de saúde dos municípios

| Unidades de Contexto         | Unidades de Conteúdo  | n   | %    |      |
|------------------------------|---|---|------|------|
| <i>Não justifica</i>         | Não Responde  | 33  | 37,1 |      |
|                              | Inexistência de dados (diagnóstico)                         | 8   | 9,0  |      |
| <b>Positivos</b>             | <i>Melhorias</i>  | Implementação de programas de base municipal                | 8    | 9,0  |
|                              |   | Criação de estruturas para resposta a necessidades de saúde | 3    | 3,4  |
| <i>Serviços de saúde</i>     | Boa articulação com os serviços de saúde e outras entidades | 11  | 12,4 |      |
|                              | Construção de novos serviços de saúde                       | 1   | 1,1  |      |
| <i>Comunidade</i>            | Envolvimento da comunidade em acções de promoção da saúde   | 3   | 3,4  |      |
|                              | <i>Indicadores de saúde</i>                                 | Diagnóstico revela bons indicadores de saúde                | 9    | 10,1 |
| Bons indicadores estruturais |   | 2   | 2,2  |      |
| <b>Negativos</b>             | <i>Indicadores de saúde</i>                                 | Envelhecimento da população                                 | 8    | 9,0  |
|                              |   | Dependências (incluindo o alcoolismo)                       | 7    | 7,9  |



Quadro 3: Cont.

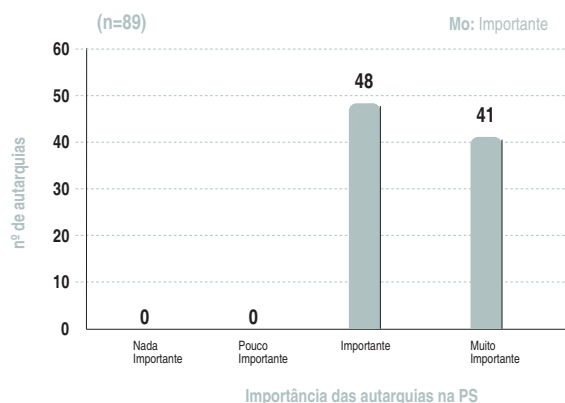
| Unidades de Contexto |  | Unidades de Conteúdo  | n   | %   |
|----------------------|--|---|-----|-----|
| Negativos            | Indicadores de saúde                                       | Saúde mental  | 2   | 2,2 |
|                      |  | Determinantes socioeconómicas (escolaridade e desemprego)   | 2   | 2,2 |
|                      |  | Doenças do Aparelho Cardiovascular  | 8   | 9,0 |
|                      |  | Criação de estruturas para resposta a necessidades de saúde   | 3   | 4,5 |
|                      |  | Doenças neoplásicas   | 3   | 3,4 |
|                      |  | Incidência de HIV   | 1   | 1,1 |
|                      |  | Obesidade   | 2   | 2,2 |
|                      |  | Diabetes  | 3   | 3,4 |
|                      | Aumento da referenciação para a Consultas de especialidade | 2   | 2,2 |     |
|                      | Comunidade   | Necessidade de uma maior intervenção na formação da comunidade para as questões da saúde e para a promoção de estilos de vida saudáveis | 1   | 1,1 |
|                      | Falta de recursos  | Inexistência de serviços de saúde que respondam às necessidades   | 4   | 4,5 |
|                      |  | Nº reduzido de profissionais de saúde   | 4   | 4,5 |

### Grau de importância das autarquias na Promoção da Saúde dos seus municípios

Todas as autarquias respondentes consideram importante (48; 53,9%) ou muito importante (41; 46,1%) o seu envolvimento nas políticas de promoção da saúde (Gráfico 2).

Gráfico 2: Importância Atribuída ao envolvimento das autarquias na promoção da saúde

| Importância das Autarquias na Promoção da Saúde | n         | %            |
|---|-----------|--------------|
| Nada importante                                 | 0         | 0,0          |
| Pouco importante                                | 0         | 0,0          |
| Importante                                      | 48        | 53,9         |
| Muito importante                                | 41        | 46,1         |
| <b>Total</b>                                    | <b>89</b> | <b>100,0</b> |





## 1.2. Atribuições/Responsabilidades

### Gabinete ou Departamento específico na área da saúde na Autarquia

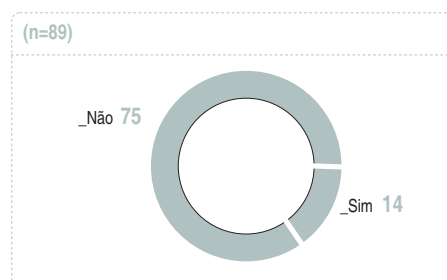
Das 89 autarquias respondentes apenas 14 (15,7%) referiram possuir um departamento específico na área da saúde. A grande maioria (84,3%; 75) não apresenta nenhuma estrutura municipal específica para responder às necessidades da saúde do seu município (Gráfico 3).

Dos municípios com gabinete próprio, 6 (6,7%) afirmam ter um pelouro próprio afecto a um vereador. Entre aqueles que agregam a área da saúde a outras áreas na estrutura autárquica, o que realça é a enorme diversidade de organizações municipais no que á saúde diz respeito:

Gráfico 3: Existência de um gabinete específico na área da saúde na Autarquia

| Gabinete específico na área da Saúde | n         | %            |
|--------------------------------------|-----------|--------------|
| Sim                                  | 14        | 15,7         |
| Não                                  | 75        | 83,4         |
| <b>Total</b>                         | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não



Desde a integração em outras divisões ou departamentos, encontramos ainda a afectação ao *gabinete da presidência municipal* (3; 3,3%), *Empresas municipais* (2; 2,2%) ou a simples *integração nos serviços de acção social* (9; 10,1%), uma responsabilidade da *Rede social* (1; 1,1%) ou uma *actuação transversal intra municipal sem hierarquia definida* (2;2,2%) (Quadro 4).

Quadro 4: Agregação da área saúde na autarquia quando sem gabinete próprio

| Unidades de Contexto  | Unidades de Conteúdo         | n  | %    |
|-----------------------|------------------------------|----|------|
| Sem resposta          | Não Responde                 | 21 | 23,6 |
|                       | Inserida noutra Divisão      | 31 | 34,8 |
|                       | Inserida noutro Núcleo       | 3  | 3,4  |
|                       | Empresa Municipal            | 2  | 2,2  |
|                       | Inserida noutro Gabinete     | 8  | 9,0  |
| Sem estrutura própria | Inserida noutro Sector       | 5  | 5,6  |
|                       | Serviço de Acção Social      | 9  | 10,1 |
|                       | Inserida noutro Departamento | 4  | 4,5  |



Quadro 4: Cont.

| Unidades de Contexto  | Unidades de Conteúdo                  | n | %   |
|-----------------------|---------------------------------------|---|-----|
| Sem estrutura própria | Gabinete da Presidência               | 3 | 4,5 |
|                       | Rede Social                           | 1 | 3,4 |
|                       | Não está ligada a nenhum departamento | 2 | 1,1 |
| Com estrutura própria | Com pelouro próprio                   | 6 | 6,7 |
|                       | Departamento próprio                  | 4 | 4,5 |

Os departamentos municipais que se envolvem em ações de Promoção da Saúde identificados pelas autarquias (através de uma pergunta aberta) reduzem-se a 4: Os departamentos de *Saúde* com resposta de 2 (2,2%) autarquias, do *Ordenamento do Território*, da *Juventude* e do *desporto e Ambiente*, com resposta de uma (1,1%) autarquia cada (Quadro 5).

Quadro 5: *Departamentos envolvidos em ações de Promoção da saúde*

| Unidades de Contexto     | Unidades de Conteúdo      | n  | %    |
|--------------------------|---------------------------|----|------|
| Sem resposta             | Não Responde              | 84 | 94,4 |
| Departamentos envolvidos | Desporto e Ambiente       | 1  | 1,1  |
|                          | Juventude                 | 1  | 1,1  |
|                          | Ordenamento do Território | 1  | 1,1  |
|                          | Saúde                     | 2  | 2,2  |

### Áreas de intervenção prioritárias no município para a Promoção da Saúde

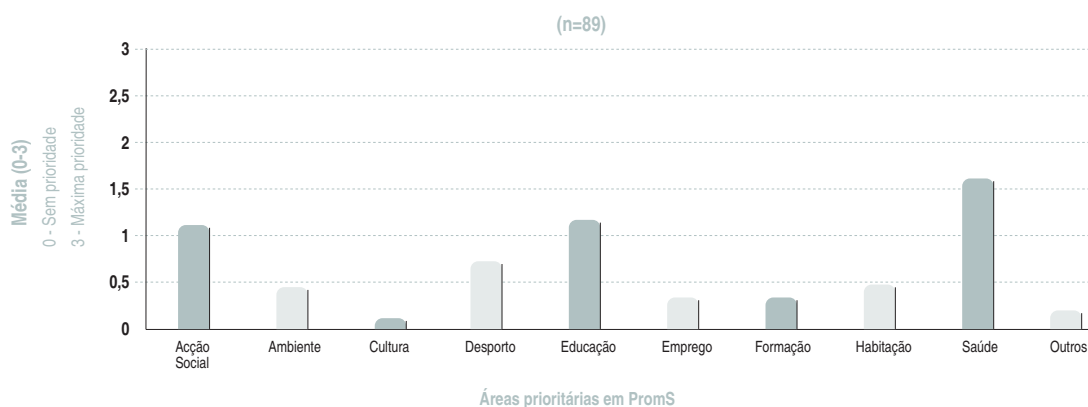
Questionadas sobre as áreas de intervenção prioritárias em Promoção da Saúde as autarquias colocam no topo as áreas da *saúde* (1º), da *ação social* (2º) e da *educação* (3º).

Aspectos relacionados como a *cultura* (10º), o *emprego* (8º) e a *formação* (7º) ficam no final do ranking apresentado (Gráfico 4).



Gráfico 4: Áreas de Intervenção prioritárias em Promoção da Saúde

| Áreas de intervenção prioritárias | Ordem | $\mu$ (0-3) | $\delta$ |
|-----------------------------------|-------|-------------|----------|
| Saúde                             | 1º    | 1,6404      | 1,38373  |
| Ação social                       | 2º    | 1,2022      | 1,09938  |
| Educação                          | 3º    | 1,1910      | 1,16655  |
| Desporto                          | 4º    | 0,7079      | 0,97936  |
| Habitação                         | 5º    | 0,4045      | 0,84905  |
| Ambiente                          | 6º    | 0,3820      | 0,84619  |
| Formação                          | 7º    | 0,2921      | 0,75682  |
| Emprego                           | 8º    | 0,2809      | 0,75361  |
| Outra (Apoio financeiro)          | 9º    | 0,1798      | 0,64951  |
| Cultura                           | 10º   | 0,0674      | 0,33021  |



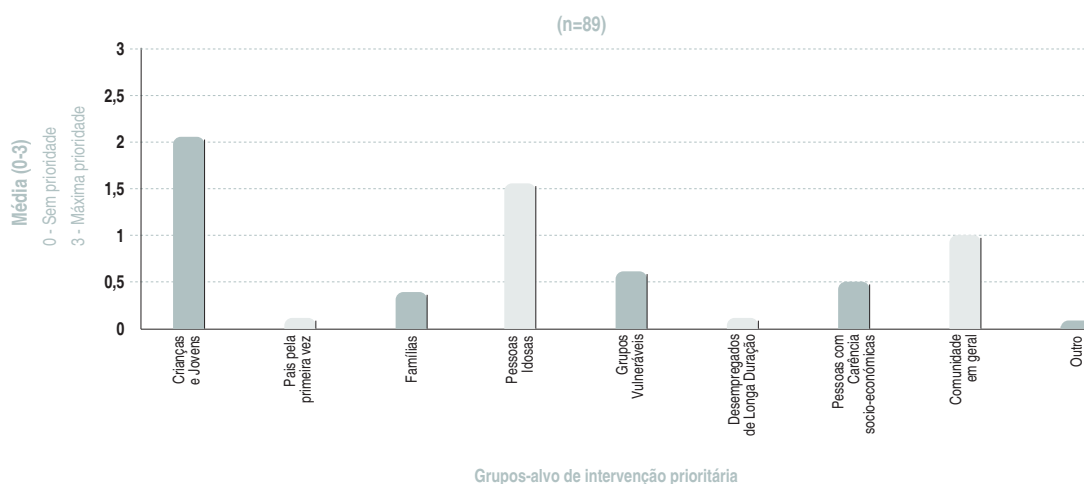
### **Grupos-alvo prioritários para iniciativas de Promoção da Saúde no município**

Os grupos-alvo prioritários referenciados levam ao topo do ranking as *crianças e jovens* (1º), as *pessoas idosas* (2º) e a *comunidade em geral* (3º). No final da lista aparecem *apoio financeiro* (9º), *pais pela primeira vez* (8º), *desempregados de longa duração* (7º) e *famílias* (6º) (Gráfico 5).



Gráfico 5: Grupos-alvo de Intervenção prioritárias em Promoção da Saúde

| Grupos-alvo de intervenção prioritária | Ordem | $\mu$ (0-3) | $\delta$ |
|--|-------|-------------|----------|
| Crianças e Jovens                      | 1º    | 2,1011      | 1,07709  |
| Pessoas Idosas                         | 2º    | 1,5730      | 1,18220  |
| Comunidade em geral                    | 3º    | 0,9888      | 0,95293  |
| Grupos Vulneráveis                     | 4º    | 0,5618      | 0,95293  |
| Pessoas co Carência socio-económica    | 5º    | 0,5056      | 0,85445  |
| Famílias                               | 6º    | 0,3483      | 0,74010  |
| Desempregados de Longa Duração         | 7º    | 0,1124      | 0,46315  |
| Pais pela primeira vez                 | 8º    | 0,1011      | 0,40014  |
| Outro (Apoio financeiro)               | 9º    | 0,0337      | 0,18150  |



### 1.3. Recursos

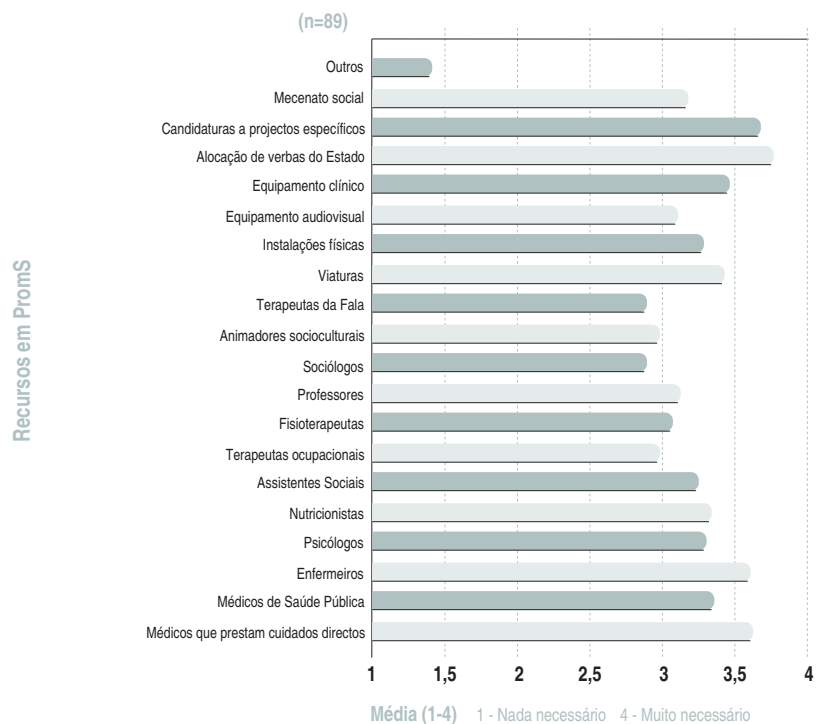
#### **Recursos necessários e capazes de levar a cabo uma intervenção na área da Promoção da Saúde**

Os resultados apontam para que as autarquias necessitam de mais alocação de *verbas do Estado* (1º), de desenvolverem *candidaturas a projectos específicos* (2º) e de *mais profissionais de saúde* (médicos, 3º; enfermeiros, 4º) para desenvolverem intervenções na área da promoção da saúde (Gráfico 6).



Gráfico 6: Recursos para uma intervenção na área da Promoção da Saúde

| Recursos para uma intervenção na área da Promoção da Saúde | Ordem | $\mu$ (1-4) | $\delta$ |
|--|-------|-------------|----------|
| Alocação de verbas do Estado                               | 1º    | 3,7303      | 0,68696  |
| Candidaturas a projectos específicos                       | 2º    | 3,6292      | 0,69710  |
| Médicos que prestam cuidados directos                      | 3º    | 3,5730      | 0,70530  |
| Enfermeiros  | 4º    | 3,5618      | 0,62076  |
| Viaturas   | 5º    | 3,4719      | 0,73993  |
| Equipamento clínico  | 6º    | 3,4607      | 0,76954  |
| Médicos saúde pública                                      | 7º    | 3,4157      | 0,78057  |
| Nutricionistas   | 8º    | 3,4045      | 0,57838  |
| Psicólogos   | 9º    | 3,3708      | 0,62853  |
| Instalações Físicas  | 10º   | 3,3034      | 0,80347  |
| Técnicos de Serviço Social                                 | 11º   | 3,2247      | 0,79419  |
| Mecenato social  | 12º   | 3,1461      | 0,84679  |
| Equipamento audiovisual                                    | 13º   | 3,1011      | 0,81247  |
| Professores  | 14º   | 3,0674      | 0,83663  |
| Fisioterapeutas  | 15º   | 3,0449      | 0,78204  |
| Terapeutas Ocupacionais                                    | 16º   | 2,9775      | 0,78302  |
| Animadores socioculturais                                  | 17º   | 2,9775      | 0,76837  |
| Terapeutas da fala   | 18º   | 2,8764      | 0,86366  |
| Sociólogos   | 19º   | 2,8652      | 0,80044  |
| Outros   | 20º   | 1,4157      | 0,95118  |





## Competências prioritárias para trabalhar na área da Promoção da Saúde

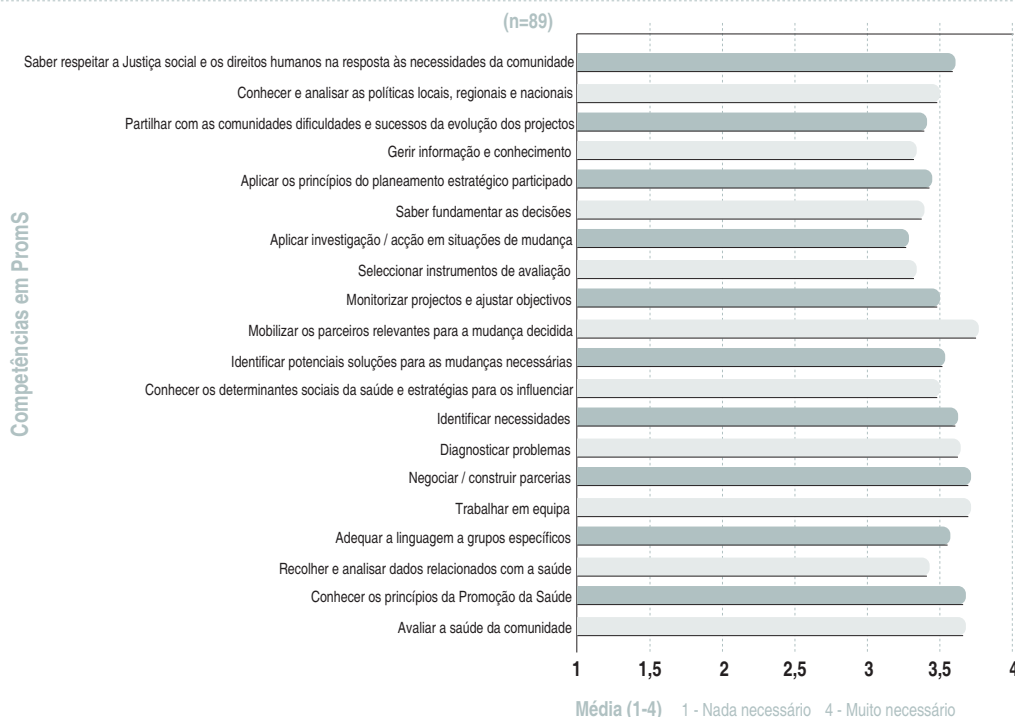
As competências mais referenciadas pelas autarquias respondentes referem-se a *trabalho em equipa* (3º), *negociar e construir parcerias* (2º) e *mobilizar os parceiros relevantes* (1º).

Nos primeiros lugares do *ranking* observamos desta forma competências relacionadas com o envolvimento das pessoas e com os processos de comunicação entre estas.

As competências mais metodológicas situam-se no fundo do *ranking*: *gerir informação e conhecimento* (18º), *seleccionar instrumentos de avaliação* (19º) e *aplicar investigação/acção em situações de mudança* (20º). Observa-se uma elevada percentagem de resposta das autarquias (média mínima de 3,2584) relativamente às competências pior classificadas. Este facto permite-nos afirmar que a larga maioria das autarquias respondentes consideram as 20 competências propostas como importantes para trabalhar na área da Promoção da Saúde (Gráfico 7).

Gráfico 7: Competências em Promoção da Saúde

| Competências em Promoção da Saúde  | Ordem | $\mu$ (1-4) | $\delta$ |
|--|-------|-------------|----------|
| Mobilizar os parceiros relevantes para a mudança decidida  | 1º    | 3,6854      | 0,59535  |
| Negociar / Construir parcerias   | 2º    | 3,6404      | 0,66139  |
| Trabalhar em equipa  | 3º    | 3,6292      | 0,71322  |
| Identificar necessidades   | 4º    | 3,6180      | 0,63076  |
| Diagnosticar problemas   | 5º    | 3,6067      | 0,63278  |
| Avaliar a saúde da comunidade  | 6º    | 3,5955      | 0,68621  |
| Conhecer os princípios da Promoção da Saúde  | 7º    | 3,5955      | 0,66945  |
| Saber respeitar a justiça social e os direitos humanos na resposta às necessidades da comunidade | 8º    | 3,5730      | 0,65518  |
| Adequar a linguagem a grupos específicos   | 9º    | 3,5393      | 0,60177  |
| Identificar potenciais soluções para as mudanças necessárias                                     | 10º   | 3,5169      | 0,64160  |
| Conhecer os determinantes sociais da saúde e estratégias para os influenciar                     | 11º   | 3,5056      | 0,64179  |
| Monitorizar projectos e ajustar objectivos   | 12º   | 3,4944      | 0,62384  |
| Conhecer e analisar as políticas locais, regionais e nacionais                                   | 13º   | 3,4944      | 0,67628  |
| Recolher e analisar dados relacionados com a saúde   | 14º   | 3,4494      | 0,65732  |
| Aplicar os princípios do planeamento estratégico participado                                     | 15º   | 3,4270      | 0,70530  |
| Partilhar com as comunidades dificuldades e sucessos da evolução dos projectos                   | 16º   | 3,3933      | 0,65049  |
| Saber fundamentar as decisões  | 17º   | 3,3820      | 0,66581  |
| Gerir informação e conhecimento  | 18º   | 3,3371      | 0,65616  |
| Seleccionar instrumentos de avaliação  | 19º   | 3,3146      | 0,66735  |
| Aplicar investigação / acções em situações de mudança  | 20º   | 3,2584      | 0,63892  |



### 1.4. Planeamento estratégico

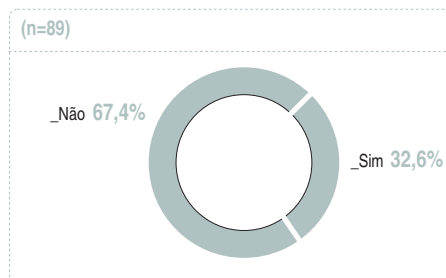
#### Diagnóstico de saúde na autarquia que tenha sido feito nos últimos 3 anos

Quase um terço das autarquias (29; 32,6%) afirma ter elaborado um diagnóstico de saúde municipal nos últimos 3 anos (Gráfico 8).

Gráfico 8: Existência de um Diagnóstico Municipal de Saúde

| Diagnóstico Municipal de Saúde | n         | %            |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Sim                            | 29        | 32,6         |
| Não                            | 60        | 67,4         |
| <b>Total</b>                   | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não





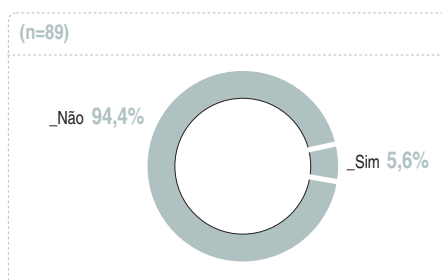
### Plano Municipal de Saúde

A grande maioria das autarquias respondentes refere não possuir um plano municipal de saúde (84; 94,4%) (Gráfico 9).

Gráfico 9: Existência de um Plano Municipal de Saúde

| Plano Municipal de Saúde | n         | %            |
|--------------------------|-----------|--------------|
| Sim                      | 5         | 5,6          |
| Não                      | 84        | 94,4         |
| <b>Total</b>             | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não



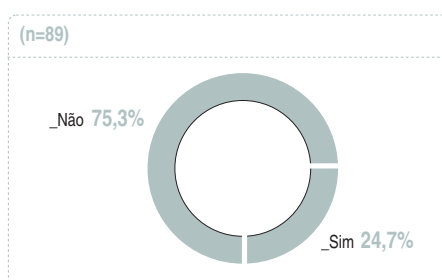
### Avaliação sistemática de processo e resultados dos projectos

Três autarquias em cada quatro (67; 75,3%) não fazem avaliação sistemática de processos e resultados (Gráfico 10).

Gráfico 10: Existência de um Avaliação sistemática de processo e resultados

| Avaliação sistemática | n         | %            |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Sim                   | 22        | 24,7         |
| Não                   | 67        | 75,3         |
| <b>Total</b>          | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não



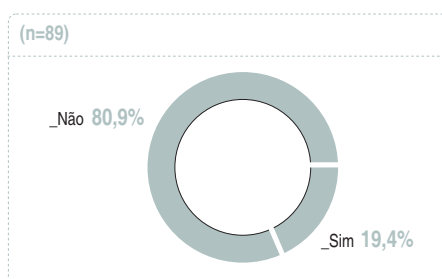
### Documentos e/ou relatórios disponíveis

Apenas 19,1 % (17) das autarquias têm documentos disponíveis sobre o estado de saúde e o planeamento em saúde nos seus municípios (Gráfico 11). 16 autarquias especificaram a tipologia dos documentos: 9 (10,1%) possuem relatórios diversos, 5 (5,6%) elaboraram estudos de âmbito municipal, 4 (4,5%) possuem documentos com origem na rede social, 3 (3,4%) têm projectos disponíveis em documentos e apenas um (1,1%) refere a disponibilidade do perfil de saúde do município (Quadro 6).

Gráfico 11: Existência de Documentos disponíveis

| Documentos Disponíveis | n         | %            |
|------------------------|-----------|--------------|
| Sim                    | 17        | 19,1         |
| Não                    | 72        | 80,9         |
| <b>Total</b>           | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não





Quadro 6: Tipo de documentos disponíveis

| Unidades de Contexto | Unidades de Conteúdo      | n  | % Autarquias |
|----------------------|---------------------------|----|--------------|
| Sem resposta         | Não Responde              | 73 | 82,0         |
| Documentos           | Relatórios                | 9  | 10,1         |
|                      | Estudos                   | 5  | 5,6          |
|                      | Projectos                 | 3  | 3,4          |
|                      | Documentos da Rede Social | 4  | 4,5          |
|                      | Perfil da saúde           | 1  | 1,1          |

A acessibilidade aos documentos ainda está pouco facilitada (Quadro 7). Apenas 5 (5,6%) autarquias disponibilizam os documentos na Internet, e 1 (1,1%) na biblioteca municipal. Embora a disponibilidade dos documentos exista em outras estruturas da autarquia,

incluindo a rede social, ou mesmo em estruturas externas à autarquia (Centro de Saúde), 73 municípios (82,0%) não referem locais de acessibilidade a documentos relacionados com a área em estudo.

Quadro 7: Acessibilidade dos documentos disponíveis

| Unidades de Contexto           | Unidades de Conteúdo                       | n  | % Autarquias |
|--------------------------------|--|----|--------------|
| Sem resposta                   | Não Responde                               | 73 | 82,0         |
| Disponibilidade dos documentos | Em diferentes serviços da Câmara Municipal | 10 | 11,2         |
|                                | Na rede Social                             | 2  | 2,2          |
|                                | Na Internet                                | 5  | 5,6          |
|                                | Biblioteca                                 | 1  | 1,1          |
|                                | Centro de saúde                            | 1  | 1,1          |

### 1.5. Estilos de vida saudáveis

#### Diagnóstico sobre estilos de vida dos municípios

Um quarto das autarquias (24,7%; 22) tem um diagnóstico sobre hábitos e estilos de vida dos seus municípios (Gráfico 12).



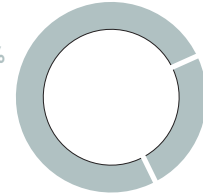
Gráfico 12: Diagnóstico Municipal sobre hábitos e estilos de vida da população infantil e juvenil

| Diagnóstico sobre Hábitos e estilos de vida | n         | %            |
|---|-----------|--------------|
| Sim   | 22        | 24,7         |
| Não   | 67        | 75,3         |
| <b>Total</b>                                | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não

(n=89)

\_Não 75,3%



\_Sim 24,7%

### Diagnóstico sobre os estilos de vida da população infantil/juvenil nas áreas de...

A *alimentação* da população infantil e juvenil é dos diagnósticos propostos no questionário o menos existente nos municípios portugueses (6<sup>a</sup>; 14,61% das autarquias).

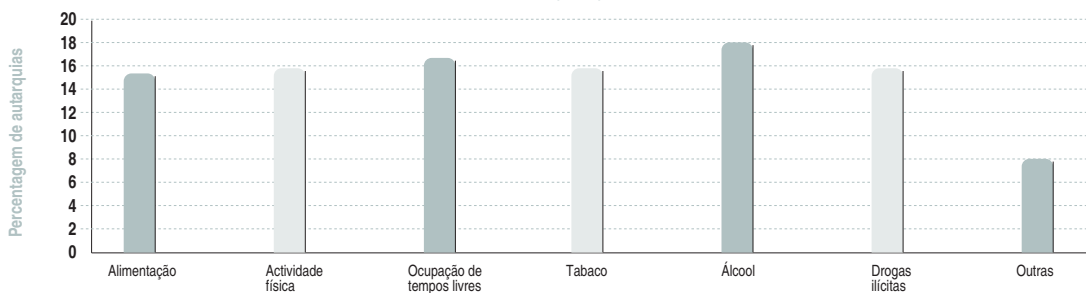
O *álcool* (1<sup>o</sup>, 17,98% das autarquias), a *ocupação de tempos livres* (2<sup>o</sup>; 16,85% das autarquias) e a

*atividade física* (3<sup>o</sup>; 15,73% das autarquias) são os diagnósticos mais frequentes. De realçar que todos os diagnósticos referenciados apresentam uma presença municipal inferior a 18%. Desta leitura podemos concluir que a informação sobre os estilos de vida da população infantil/juvenil é ainda muito limitada nas autarquias portuguesas (Gráfico 13).

Gráfico 13: Áreas dos estilos de vida da população infantil e juvenil em que existe diagnóstico municipal

| Diagnóstico sobre estilos de vida existente                                | Ordem          | % Autarquias |
|--|----------------|--------------|
| Álcool   | 1 <sup>o</sup> | 17,98        |
| Ocupação de tempos livres  | 2 <sup>o</sup> | 16,85        |
| Actividade física  | 3 <sup>o</sup> | 15,73        |
| Tabaco   | 4 <sup>o</sup> | 15,73        |
| Drogas ilícitas  | 5 <sup>o</sup> | 15,73        |
| Alimentação  | 6 <sup>o</sup> | 14,61        |
| Outras ( <i>escolas, formação, idosos, obesidade, diagnóstico social</i> ) | 7 <sup>o</sup> | 07,87        |

(n=89)



Diagnóstico sobre estilos de vida



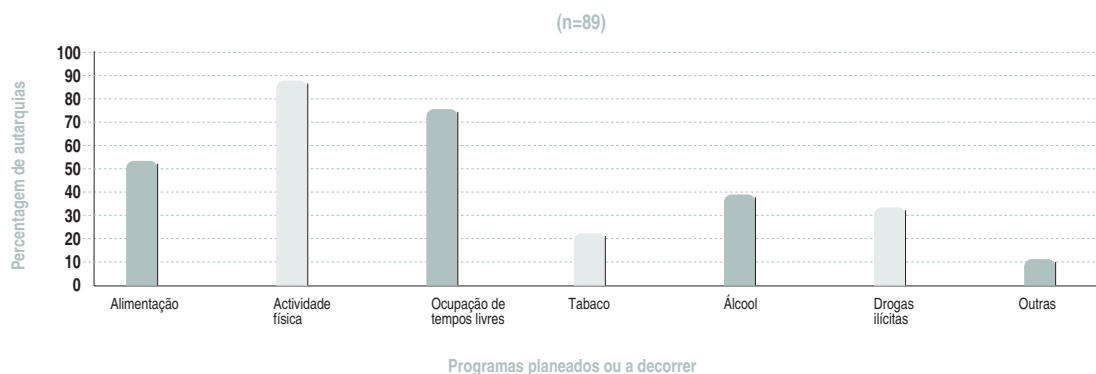
### Programas a decorrer ou planeados nas áreas de...

A grande maioria das autarquias têm programas a decorrer relacionados com a *actividade física* (87,64%), com a *ocupação de tempos livres* (76,40%) e com a *alimentação* (52,81%).

Os aspectos relacionados com os *comportamentos aditivos* ocupam o fundo da tabela, realçando as 22,47% de autarquias que possuem programas relacionados com o *tabaco* (Gráfico 14).

Gráfico 14: ↓ Áreas dos programas planeados ou a decorrer em programação de Saúde

| Programas a decorrer ou planeados   | Ordem | % Autarquias |
|---|-------|--------------|
| Actividade física   | 1º    | 87,64        |
| Ocupação de tempos livres   | 2º    | 76,40        |
| Alimentação   | 3º    | 52,81        |
| Álcool  | 4º    | 38,20        |
| Drogas ilícitas   | 5º    | 32,58        |
| Tabaco  | 6º    | 22,47        |
| Outras<br>(saúde infanto-juvenil, idosos, saúde mental, ambiente, segurança rodoviária) | 7º    | 11,24        |



Relativamente às iniciativas municipais em curso os dados colhidos permitem apontar para uma maioria de iniciativas relacionadas com a actividade física, em 37 municípios (41,6%); seguidas das iniciativas de promoção da saúde (comunidade em geral) em 23 municípios (25,8%) e da organização de Festas, feiras, congressos e comemoração de “dias” em 15 municípios (16,9%). As iniciativas menos presentes na amostra estudada relacionam-se

com a formação parental (1; 1,1%), e com o álcool e drogas, diagnóstico e pertença a redes e reinserção social com 2 casos cada (2,2%) (Quadro 8). Interessa ainda realçar a elevada percentagem de autarquias que não referem iniciativas no âmbito da Promoção da Saúde (34; 38,2%).



Quadro 8: Iniciativas municipais no âmbito da Promoção da Saúde

| Unidades de Contexto                                  | Unidades de Conteúdo                               | n  | % Autarquias |
|---|--|----|--------------|
| Não responde  | Sem Resposta                                       | 34 | 38,2         |
|   | Infância e juventude                               | 6  | 6,7          |
| Iniciativas municipais no âmbito da Promoção da saúde | Reinserção social                                  | 2  | 2,2          |
|   | Festas, feiras, congressos e comemoração de "dias" | 15 | 16,9         |
|   | Prestação de cuidados de saúde                     | 10 | 11,2         |
|   | Construção e financiamento de equipamentos         | 9  | 10,1         |
|   | Promoção da saúde (Comunidade em geral)            | 23 | 25,8         |
|   | Actividade física                                  | 37 | 41,6         |
|   | Idosos   | 13 | 14,6         |
|   | Alimentação / Obesidade                            | 7  | 7,9          |
|   | Formação Parental                                  | 1  | 1,1          |
|   | Álcool e drogas                                    | 2  | 2,2          |
|   | Diagnósticos e pertença a redes                    | 2  | 2,2          |

### 1.6. Formação e informação

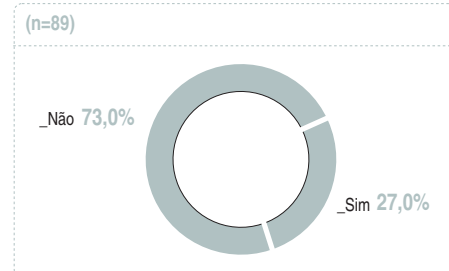
#### Programas de formação na área da Promoção da Saúde ao nível da autarquia

Apenas 27% (24) das autarquias possuem programas de formação na área da promoção da saúde (Gráfico 15).

Gráfico 15: Programas de formação na área da Promoção da Saúde ao nível da autarquia

| Programas de formação em PromS | n         | %            |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Sim                            | 24        | 27,0         |
| Não                            | 65        | 73,0         |
| <b>Total</b>                   | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não



Entre os municípios que desenvolvem programas nesta área, evidenciam-se os programas na área dos comportamentos aditivos (22; 24,7%), educação parental e alimentação (15; 16,9% cada), e planeamento, métodos e avaliação com 14 (15,7%) municípios (Quadro 9). Mais de metade dos municípios (47; 52,8%) não referem nenhum programa de formação em Promoção da Saúde.



Quadro 9: ↓ Áreas dos programas de formação em Promoção da Saúde ao nível da autarquia

| Unidades de Contexto                       | Unidades de Conteúdo            | n  | % Autarquias |
|--|---------------------------------|----|--------------|
| Não responde                               | Sem Resposta                    | 47 | 52,8         |
|  | Alimentação                     | 15 | 16,9         |
| Programas de formação<br>Promoção da saúde | Saúde mental                    | 9  | 10,1         |
|  | Educação parental               | 15 | 16,9         |
|  | Comportamentos aditivos         | 22 | 24,7         |
|  | Sexualidade e gravidez precoce  | 11 | 12,4         |
|  | Actividade física               | 6  | 6,7          |
|  | Planeamento, métodos, avaliação | 14 | 15,7         |
|  | Todas as áreas                  | 12 | 13,5         |

Também os responsáveis pela formação em Promoção da Saúde apresentam uma grande diversidade entre as diferentes autarquias estudadas. A maioria das respondentes refere-se a programas de responsabilidade transversal a toda a autarquia (10; 11,2%), a programas com responsabilidade externa à autarquia (9; 10,1%) ou programas sob a responsabilidade do

gabinete de higiene e segurança no trabalho 88; 9,0%). Nas 25 autarquias respondentes (28,1%), 9 estruturas diferentes são apontadas como responsáveis de diferentes programas, apresentando por vezes, o mesmo município, diferentes responsáveis do município para diferentes programas de formação em Promoção da Saúde (Quadro 10).

Quadro 10: ↓ Responsáveis no município pelos programas de formação em Promoção da Saúde

| Unidades de Contexto | Unidades de Conteúdo                              | n  | % Autarquias |
|----------------------|---|----|--------------|
| Não responde         | Sem Resposta                                      | 64 | 71,9         |
|                      | Responsáveis                                      |    |              |
| Responsáveis         | Ação Social                                       | 4  | 4,5          |
|                      | Educação  | 4  | 4,5          |
|                      | Ambiente  | 1  | 1,1          |
|                      | Desporto  | 1  | 1,1          |
|                      | Higiene, saúde e segurança no trabalho            | 8  | 9,0          |
|                      | Biblioteca  | 1  | 1,1          |
|                      | Programas específicos (envolvem toda a autarquia) | 10 | 11,2         |
|                      | Rede social                                       | 1  | 1,1          |
|                      | Entidades externas à autarquia                    | 9  | 10,1         |

### \_Técnicos, ou outros profissionais, com algum tipo de formação em áreas da Promoção da Saúde

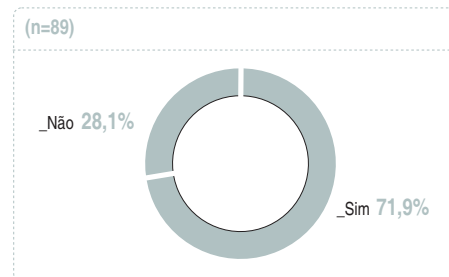
A maioria das autarquias (71,9%; 64) refere possuir técnicos com formação na área da promoção da saúde (Gráfico 16).



Gráfico 16: Técnico da autarquia com formação em Promoção da Saúde

| Técnicos com formação em PromS | n         | %            |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Sim                            | 64        | 71,9         |
| Não                            | 25        | 28,1         |
| <b>Total</b>                   | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Sim



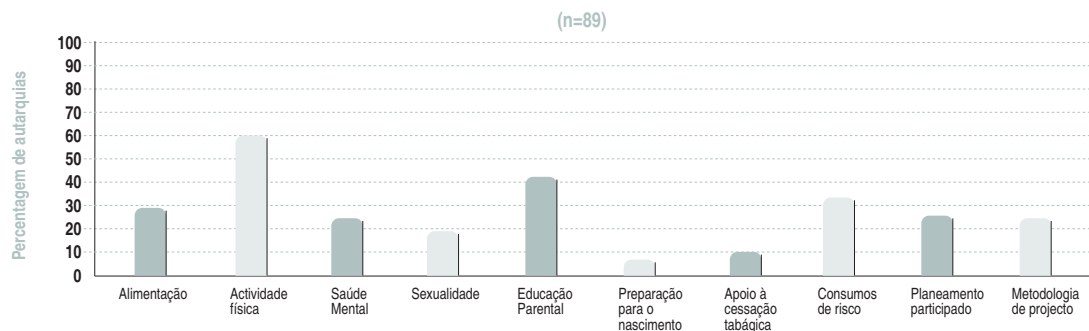
### Áreas de formação em Promoção da Saúde

As áreas de formação em promoção da saúde mais existentes nos técnicos das autarquias são a actividade física (59,55% das autarquias), a

educação parental (41,57% das autarquias) e os consumos de risco (33,71% das autarquias). Áreas como a sexualidade, o apoio à cessação tabágica e a preparação para o nascimento são apenas referenciadas por menos de 20% das autarquias (Gráfico 17).

Gráfico 17: Áreas de formação em Promoção da Saúde a nível municipal

| Programas a decorrer ou planeados | Ordem | % Autarquias |
|-----------------------------------|-------|--------------|
| Actividade Física                 | 1º    | 59,6         |
| Educação parental                 | 2º    | 41,6         |
| Consumos de risco                 | 3º    | 33,7         |
| Alimentação                       | 4º    | 29,2         |
| Planeamento participado           | 5º    | 27,0         |
| Saúde Mental                      | 6º    | 25,8         |
| Metodologia do projecto           | 7º    | 25,8         |
| Sexualidade                       | 8º    | 19,1         |
| Apoio à cessação tabágica         | 9º    | 10,1         |
| Preparação para o nascimento      | 10º   | 06,7         |



Áreas de formação em PromS



Para além das 10 áreas questionadas, recolheram-se ainda outras áreas referenciadas pelas autarquias. Da diversidade apresentada, com formações mais abrangentes (Saúde Pública, psicologia, fisioterapia) a áreas mais específicas (rede social, cuidadores informais,

educação parental, entre outras) evidencia-se um número significativo de autarquias que referiram possuir técnicos com formação específica na área do planeamento (22; 24,7%) (Quadro 11).

Quadro 11: Áreas de formação dos profissionais da autarquia em Promoção da Saúde

| Unidades de Contexto | Unidades de Conteúdo                 | n   | % Autarquias |
|----------------------|--------------------------------------|-----|--------------|
| Não responde         | Sem Resposta                         | 57  | 64,0         |
| Áreas de formação    | Saúde Pública                        | 2   | 2,2          |
|                      | Rede social                          | 3   | 3,4          |
|                      | Comissão Protecção crianças e jovens | 1   | 1,1          |
|                      | Psicologia                           | 3   | 3,4          |
|                      | HSST                                 | 3   | 3,4          |
|                      | Cuidados Informais                   | 1   | 1,1          |
|                      | Alimentação                          | 10  | 11,2         |
|                      | Planeamento                          | 22  | 24,7         |
|                      | Actividade física                    | 18  | 20,2         |
|                      | Saúde mental                         | 8   | 9,0          |
|                      | Educação parental                    | 14  | 15,7         |
|                      | Comportamentos aditivos              | 10  | 11,2         |
|                      | Fisioterapia                         | 1   | 1,1          |
|                      | Sexualidade e gravidez.              | 9   | 10,1         |
|                      | Adolescência                         | 1   | 1,1          |
|                      | Idosos                               | 1   | 1,1          |
| Deficiência          | 1                                    | 1,1 |              |

### Periodicidade de formação mais adequada

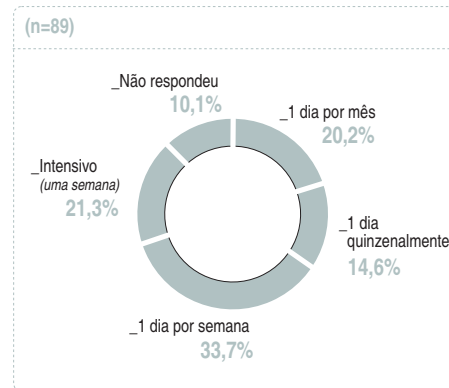
A existir a possibilidade do desenvolvimento de programas de formação em Promoção da Saúde para as autarquias, a periodicidade mais solicitada é a um dia por semana, com 30 (33,7%) das respostas (Gráfico 18), num horário diurno (manhã) com 50 (56,2%) das respostas (Gráfico 19).



Gráfico 18: Periodicidade de formação em Promoção da Saúde mais adequado às necessidades da autarquia

| Periodicidade mais adequada para formação em PromS | n         | %            |
|--|-----------|--------------|
| 1 dia por mês                                      | 18        | 20,2         |
| 1 dia quinzenalmente                               | 13        | 14,6         |
| 1 dia por semana                                   | 30        | 33,7         |
| Intensivo (uma semana)                             | 19        | 21,3         |
| Não respondeu                                      | 9         | 10,1         |
| <b>Total</b>                                       | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: 1 dia por semana

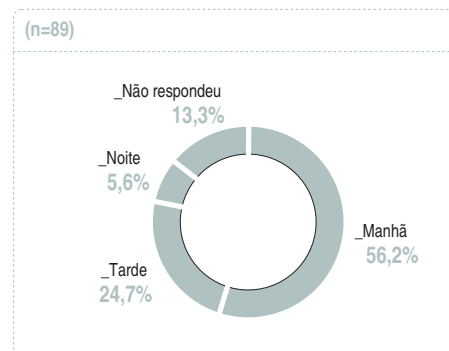


### Horário preferencial para formação

Gráfico 19: Horário preferencial para a formação em Promoção em Saúde

| Horário preferencial para formação em PromS | n         | %            |
|---|-----------|--------------|
| Manhã                                       | 50        | 56,2         |
| Tarde                                       | 22        | 24,7         |
| Noite                                       | 5         | 5,6          |
| Não respondeu                               | 12        | 13,5         |
| <b>Total</b>                                | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Manhã



## 1.7. Redes

### Autarquia membro da Rede

#### Cidades Saudáveis

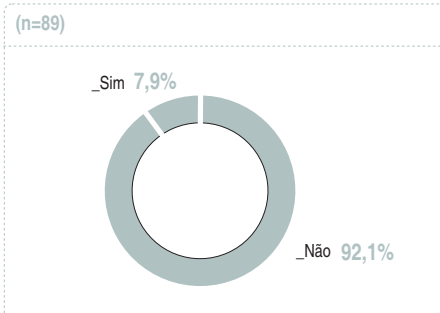
A participação em redes das autarquias respondentes apresenta-se muito limitada. Apenas 7,9% (7) pertencem à rede *Cidades Saudáveis* (gráfico 20) e 14,6% (13) à rede de *Cidades Educadoras* (gráfico 21). Apesar deste facto, a maioria (77,5%; 69) das autarquias referem a sua participação na *Rede Social* como um contributo para a Promoção da Saúde (Gráfico 22).



Gráfico 20: Autarquias membro da rede Cidades Saudáveis

| Membro da Rede das Cidades Saudáveis | n         | %            |
|--------------------------------------|-----------|--------------|
| Sim                                  | 7         | 7,9          |
| Não                                  | 82        | 92,1         |
| <b>Total</b>                         | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não



Questionados sobre os pontos fortes da rede Cidades Saudáveis, as 4 autarquias respondentes apontaram como principal característica positiva a cooperação e articulação intermunicipal (4; 4,5%). Dos pontos fracos evidenciam-se *baixa coesão interna e conhecimento mútuo* (3; 3,4%) e *ausência de instrumentos comuns* (2; 2,2%) (Quadro 12).

Quadro 12: Pontos fortes e Pontos fracos da rede Cidades Saudáveis

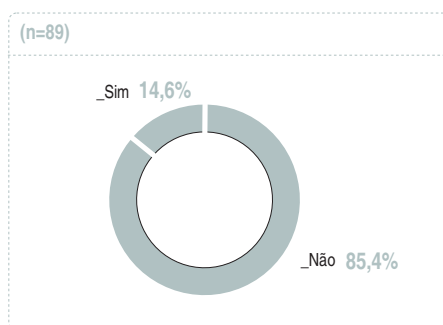
| Unidades de Contexto | Unidades de Conteúdo  | n  | % Autarquias |
|----------------------|---|----|--------------|
| Pontos fortes        | Não responde  | 85 | 95,5         |
|                      | Definição de estratégias locais                               | 1  | 1,1          |
|                      | Cooperação / articulação intermunicipal                       | 4  | 4,5          |
|                      | Divulgação do trabalho desenvolvido                           | 1  | 1,1          |
|                      | Ligação a organismos nacionais e internacionais               | 1  | 1,1          |
|                      | Resultados positivos (para a autarquia e para as comunidades) | 2  | 2,2          |
|                      | Cuidados Informais  | 2  | 2,2          |
| Pontos fracos        | Não responde  | 85 | 95,5         |
|                      | Distância geográfica  | 1  | 1,1          |
|                      | Baixa coesão interna e conhecimento mútuo                     | 3  | 3,4          |
|                      | Baixa visibilidade  | 1  | 1,1          |
|                      | Ausência de instrumentos comuns                               | 2  | 2,2          |

## Autarquia membro da Rede Cidades Educadoras

Gráfico 21: Autarquias membro da rede Cidades Educadoras

| Membro da Rede das Cidades Educadoras | n         | %            |
|---------------------------------------|-----------|--------------|
| Sim                                   | 13        | 14,6         |
| Não                                   | 76        | 85,4         |
| <b>Total</b>                          | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não



Já relativamente às Cidades Educadoras, rede mais presente na amostra em estudo, das 8 autarquias respondentes 8 (9,0%) apontam como pontos fortes *partilha de experiências*, 6 (6,7%) *trabalho em parceria* e 5 (5,6%) *processo de divulgação e comunicação*.

As fragilidades apontadas prendem-se fundamentalmente com *ausência de recursos* (5; 5,6%), a *deficiente comunicação na rede*, *conceito de Cidade educadora demasiado abrangente e fraca visibilidade da rede no terreno* com 3 casos (3,4%) cada. (Quadro 13).

Quadro 13: Pontos fortes e Pontos fracos da rede Cidades Educadoras

| Unidades de Contexto | Unidades de Conteúdo   | n  | % Autarquias |
|----------------------|--|----|--------------|
| Pontos fortes        | Não responde   | 81 | 91,0         |
|                      | Partilha de experiências   | 8  | 9,0          |
|                      | Trabalho em parceria   | 6  | 6,7          |
|                      | Divulgação / Comunicação   | 5  | 5,6          |
|                      | Trabalho dirigido  | 3  | 3,4          |
| Pontos fracos        | Não responde   | 81 | 91,0         |
|                      | Dispersão territorial  | 1  | 1,1          |
|                      | Ausência de formação para técnicos                               | 1  | 1,1          |
|                      | Deficiente informação / comunicação                              | 3  | 3,4          |
|                      | Ausência de recursos   | 5  | 5,6          |
|                      | Conceito de "Cidade Educadora" demasiado abrangente              | 3  | 3,4          |
|                      | Deficiente Implementação no terreno / fraca visibilidade da rede | 3  | 3,4          |
|                      | Excesso de formalidades  | 1  | 1,1          |



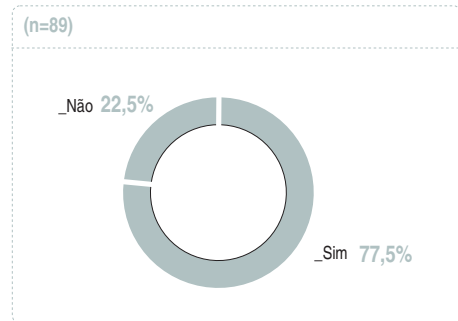
## 1.8. Rede Social

### \_Rede Social

Gráfico 22: A Rede Social numa Perspectiva de Promoção da Saúde

| A Rede Social numa perspectiva de Promoção da Saúde | n         | %            |
|---|-----------|--------------|
| Sim   | 69        | 77,5         |
| Não   | 20        | 22,5         |
| <b>Total</b>  | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não



Da análise do Quadro 14, sobressai um dado difícil de interpretar: O ponto forte mais citado (por 65 autarquias – 73,0%) – *parcerias dinâmicas*, surge igualmente, no seu oposto, como ponto fraco mais citado (por 77 autarquias – 86,5%) – *parcerias pouco dinâmicas*.

A interpretação destes dados denota que muitos dos pontos fortes identificados são igualmente pontos fracos. As mais-valias da rede social são, também, as suas maiores fragilidades.

Quadro 14: Pontos fortes e Pontos fracos da Rede Social

| Unidades de Contexto | Unidades de Conteúdo   | n  | % Autarquias |
|----------------------|--|----|--------------|
| <b>Pontos fortes</b> | Não responde   | 16 | 18,0         |
|                      | Parcerias dinâmicas ( <i>De base municipal, regional, nacional e internacional</i> ) | 65 | 73,0         |
|                      | Rentabilização de recursos   | 23 | 25,8         |
|                      | Diagnóstico da situação ( <i>de base municipal</i> )                                 | 23 | 25,8         |
|                      | Planeamento estratégico e métodos de intervenção                                     | 53 | 59,6         |
|                      | Informação partilhada ( <i>Boas práticas, documentos</i> )                           | 16 | 18,0         |
|                      | Consciência colectiva ( <i>Holística</i> ) das necessidades reais da população       | 16 | 18,0         |
|                      | Visibilidade na rede social  | 2  | 2,2          |
|                      | Necessidades específicas da comunidade ( <i>idosos, deficiência, inclusão,...</i> )  | 4  | 4,5          |
| <b>Pontos fracos</b> | Não responde   | 18 | 20,2         |
|                      | Parcerias pouco dinâmicas  | 77 | 86,5         |
|                      | Ausência de recursos   | 36 | 40,4         |



Quadro 14: ↓ Cont.

| Unidades de Contexto | Unidades de Conteúdo   | n  | % Autarquias |
|----------------------|--|----|--------------|
| Pontos fracos        | Ausência de um diagnóstico ( <i>dados</i> )                          | 3  | 3,4          |
|                      | Reduzida capacidade de planeamento, monitorização e avaliação        | 14 | 15,7         |
|                      | Deficiente Informação / comunicação                                  | 6  | 6,7          |
|                      | Desconhecimento da filosofia da rede social                          | 6  | 6,7          |
|                      | Resultados apenas a longo prazo                                      | 2  | 2,2          |
|                      | Baixo poder de decisão ( <i>não reconhecimento local e central</i> ) | 13 | 14,6         |
|                      | Protagonismos individuais  | 3  | 3,4          |
|                      | Mudanças frequentes nas direcções dos parceiros                      | 2  | 2,2          |
|                      | Estrutura da Rede social pesada                                      | 4  | 4,5          |
|                      | Não responde a algumas necessidades da comunidade                    | 4  | 4,5          |

### 1.9. Articulação da autarquia com o sector da saúde

A grande maioria das autarquias (93,3%; 83) afirma ter uma boa articulação com o sector da saúde (Gráfico 23). Esta articulação faz-se, fundamentalmente, com Instituições Particulares de Solidariedade Social (1º), Centros de Saúde (2º) e Misericórdias (3º).

A articulação com as estruturas centrais tais como a Direcção-Geral da Saúde (9º), o Instituto Nacional de Saúde (10º) e o Alto Comissariado da Saúde (11º) é considerada fraca ou inexistente pela maioria das autarquias (gráfico 24).

Gráfico 23: ↓ Articulação entre autarquia e sector da saúde

| Articulação entre autarquia e sector de saúde | n         | %            |
|---|-----------|--------------|
| Sim   | 83        | 93,3         |
| Não   | 6         | 6,7          |
| <b>Total</b>                                  | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Sim

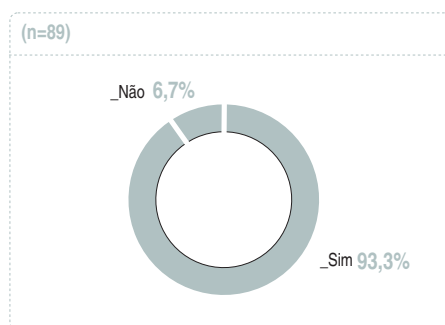
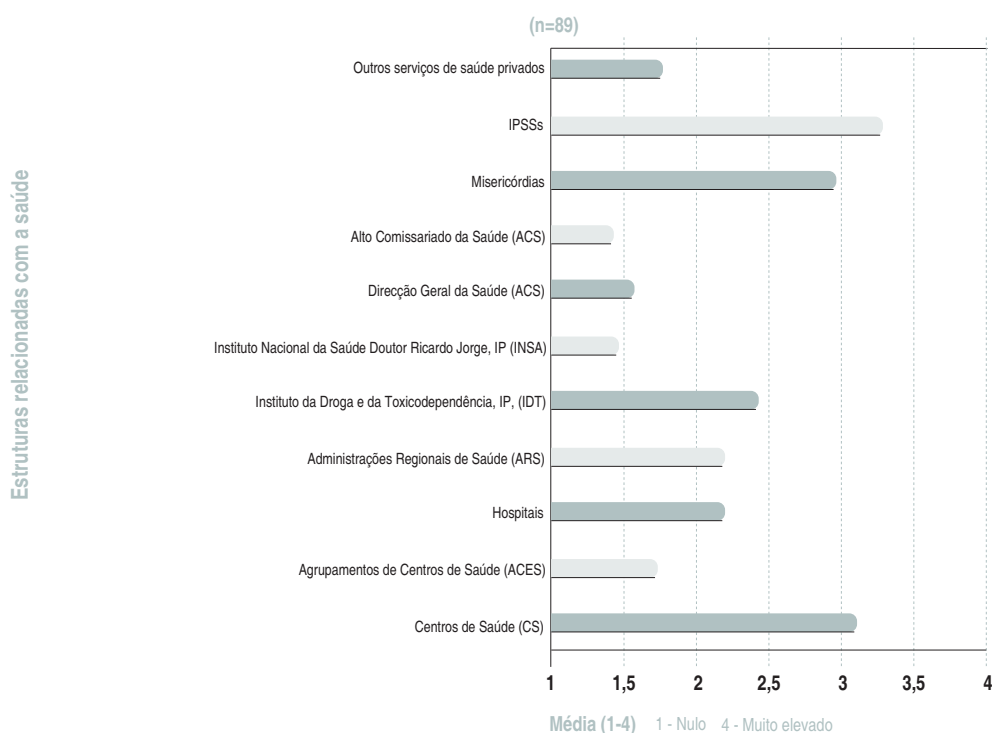




Gráfico 24: Grau de Interação da autarquia com instituições do sector da saúde

| Grau de Interação entre a Autarquia e...                  | Ordem | $\mu$ (1-4) | $\delta$ |
|---|-------|-------------|----------|
| Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSSs) | 1º    | 3,2247      | 0,93848  |
| Centros de Saúde (CS)                                     | 2º    | 3,0787      | 0,84241  |
| Misericórdias   | 3º    | 2,9326      | 0,99770  |
| Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)           | 4º    | 2,4270      | 0,87760  |
| Hospitais   | 5º    | 2,1573      | 0,87774  |
| Administrações Regionais de Saúde (ARS)                   | 6º    | 2,1461      | 0,76203  |
| Privados  | 7º    | 1,7528      | 0,81577  |
| Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)                   | 8º    | 1,6966      | 0,88426  |
| Direção Geral da Saúde (DGS)                              | 9º    | 1,5393      | 0,65810  |
| Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA)   | 10º   | 1,4382      | 0,63880  |
| Alto Comissariado da Saúde (ACS)                          | 11º   | 1,4157      | 0,59941  |



### 1.10. Disponibilidade de indicadores relacionados com a saúde a nível municipal

O segundo questionário PROCAPS – Disponibilidade de indicadores relacionados com a saúde – pretendia avaliar em que medida as autarquias detinham a informação necessária e acessível para o planeamento em Saúde. Como já referenciado, responderam a

este questionário 73 municípios, valor que será considerado a amostra para as análises seguintes. Destes, apenas 16 (21,9%) das autarquias respondentes referem ter um dispositivo de monitorização em saúde (Gráfico 25), embora 21 (28,8%) afirmem fazer avaliação do impacte em saúde (gráfico 26).

Gráfico 25: Existência de dispositivo de monitorização em saúde na autarquia

| Dispositivo de monitorização em saúde | n         | %            |
|---------------------------------------|-----------|--------------|
| Sim                                   | 16        | 21,9         |
| Não                                   | 56        | 78,1         |
| <b>Total</b>                          | <b>73</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não

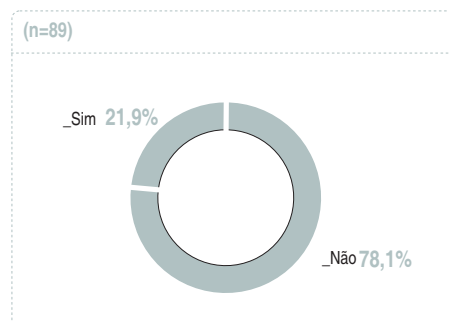
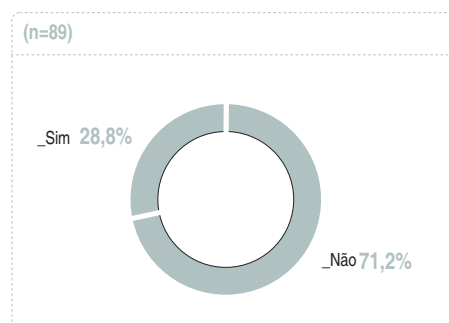


Gráfico 26: Processo sistemático de avaliação do impacte em saúde na autarquia

| Avaliação do Impacte em saúde | n         | %            |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| Sim                           | 21        | 28,8         |
| Não                           | 52        | 71,2         |
| <b>Total</b>                  | <b>73</b> | <b>100,0</b> |

Mo: Não



Pela análise do gráfico 27, podemos observar que apenas 2 indicadores, dos 37 propostos, estão disponíveis em todas as autarquias questionadas (73; 100,0%): “*existência de escolas com cantina, componente de apoio à família e/ou tempos livres*” e “*espaços verdes com acesso público*”.

Com valores a ultrapassar os 90% de disponibilidade encontramos indicadores como *acesso a centros de dia, clubes sociais (etc. ...) dirigidos a pessoas idosas, colaboração com as escolas em actividades de promoção da saúde, existência de serviços para crianças em idade pré-escolar (0-6 anos), abandono escolar, existência e acessibilidade a instalações desportivas, qualidade da água consumida e planeamento urbano*.

Com valores situados entre os 80% e os 90% de disponibilidade, observamos os indicadores *existência de sistemas de água canalizada nas habitações particulares, existência e acessibilidade a instalações de lazer (teatro, cinema, museus, bibliotecas), desemprego, existência de redes de suporte social, existência de legislação e políticas (municipais) que promovam a inclusão social e Visitas domiciliárias para apoio a pessoas idosas*.

Já com menor disponibilidade (entre os 50% e os 80%) identificamos os indicadores *segurança e qualidade da construção para habitação, “densidade dentro da habitação” (nº de pessoas a viver na mesma habitação por divisão), níveis de ruído na zona habitacional, segurança (crimes), utilização dos transportes*



urbanos, frequência desportiva dos municípios, nível de pobreza dos municípios, situação laboral dos municípios, anos de educação formal dos municípios, percentagem do orçamento total do município dirigido à promoção da saúde, existência de gabinete de saúde no espaço escolar, actividade de voluntariado em organizações sem fins lucrativos e grupos comunitários e envolvimento de pessoas com mais de 65 anos em programas de formação.

Com uma disponibilidade a nível local inferior a 50 % encontramos os indicadores existência de sistemas de aquecimento nas habitações particulares, existência de fornecimento de energia eléctrica nas habitações particulares, acções preventivas relativas a acidentes (viação; trabalho; domésticos),

frequência das actividades de lazer dos municípios, rendimento dos municípios, abandono escolar, programas dirigidos à promoção da saúde e aos factores de risco físicos e psicossociais no local de trabalho, existência e disseminação de programas de emprego protegido e apoiado para pessoas portadoras de doença crónica e deficiência (física e/ou mental), existência de grupos de auto ajuda e famílias que agregam pessoas idosas na mesma habitação.

Gráfico 27: Disponibilidade de indicadores relacionados com a saúde a nível municipal

Indicadores relacionados com a saúde

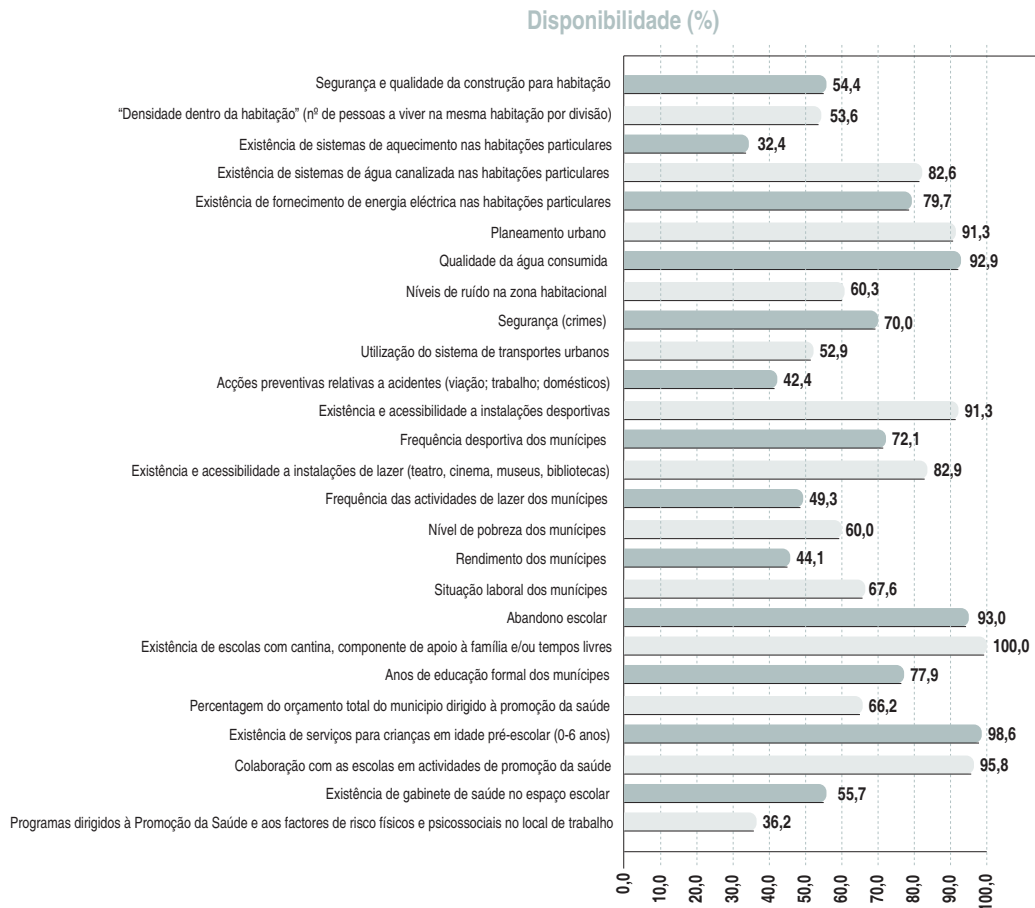
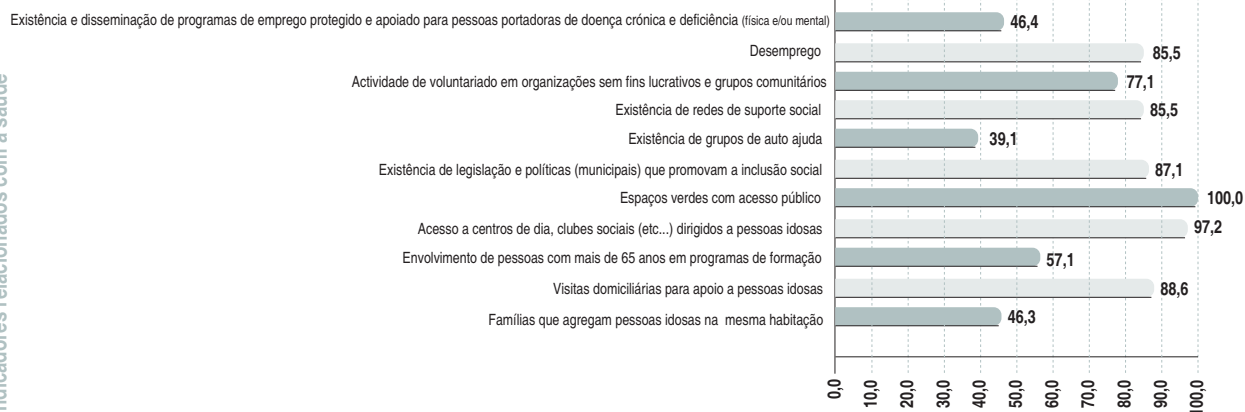




Gráfico 27: Cont.

Indicadores relacionados com a saúde

Disponibilidade (%)





www.insa.pt



*Relatório Procaps*

A Investigação participada de base  
comunitária na **construção da saúde**

---

# \_síntese dos \_resultados

01\_ Síntese dos resultados

02\_ 2ª fase do PROCAPS: *um trajecto possível*



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



Relatório Procaps

A Investigação participada de base comunitária na construção da saúde

01

## \_Síntese dos Resultados

A grande maioria das autarquias (69,6%; 62) considera bom ou muito bom o nível de saúde dos seus municípios. As autarquias respondentes enumeram a *implementação de melhorias e desenvolvimento de recursos* (11; 12,4%), *serviços de saúde com resposta para as necessidades da população* (12; 13,5%), *bons indicadores de saúde* (12; 13,5%) e um *envolvimento activo da comunidade em acções de promoção da saúde* (3; 3,4%) para justificar a percepção mais positiva do nível de saúde. Na fundamentação das percepções mais negativas são identificados *maus indicadores de saúde* (34; 38,2%), *ausência de profissionais de saúde* (8; 9,0%), e uma *fraca participação cívica da comunidade* (1; 1,1%) como fundamento das respostas mais negativas.

Todas as autarquias respondentes consideram importante (48; 53,9%) ou muito importante (41; 46,1%) o seu envolvimento nas políticas de promoção da saúde. Apesar deste dado apenas 14 (15,7%) referiram possuir um departamento específico na área da saúde. A grande maioria (84,3%; 75) não apresenta nenhuma estrutura municipal específica para responder às necessidades da saúde do seu município. Dos municípios com gabinete próprio, 6 (6,7%) afirmam ter um *pelouro próprio* afecto a um vereador. Entre aqueles que agregam a área da saúde a outras áreas na estrutura autárquica, o que realça é a enorme diversidade de organizações municipais no que à saúde diz respeito. Os departamentos municipais que se envolvem em acções de promoção da saúde identificados pelas autarquias reduzem-se a 4: Os departamentos



de Saúde com resposta de 2 (2,2%) autarquias, do Ordenamento do Território, da Juventude e do Desporto e Ambiente, com resposta de uma (1,1%) autarquia cada.

Questionadas sobre as áreas para intervenção prioritária em Promoção da Saúde as autarquias colocam no topo a *saúde* (1º), a *acção social* (2º) e a *educação* (3º). Aspectos relacionados como a *cultura* (10º), o *emprego* (8º) e a *formação* (7º) ficam no final do *ranking* apresentado.

Os grupos-alvo prioritários referenciados levam ao topo do *ranking* *crianças e jovens* (1º), *pessoas idosas* (2º) e *comunidade em geral* (3º). Como menos prioritários são referenciados *apoio financeiro* (9º), *pais pela primeira vez* (8º), *desempregados de longa duração* (7º) e *famílias* (6º).

As autarquias referem necessitar de mais *alocação de verbas do estado* (1º) de desenvolverem *candidaturas a projectos específicos* (2º) e de *mais profissionais de saúde* (médicos, 3º; enfermeiros, 4º) para desenvolverem intervenções na área da promoção da saúde.

As competências em Promoção da Saúde mais referenciadas pelas autarquias respondentes referem-se a *trabalho em equipa* (3º), *negociar e construir parcerias* (2º) e *mobilizar os parceiros relevantes* (1º). Nos primeiros lugares do *ranking* observamos desta forma competências relacionadas com o envolvimento das pessoas e com os processos de comunicação entre estas. As competências mais metodológicas situam-se no fundo da tabela: *gerir informação e conhecimento* (18º), *seleccionar instrumentos de avaliação* (19º) e *aplicar investigação/acção em situações de mudança* (20º). Mesmo assim, observa-se uma elevada percentagem de resposta das autarquias relativamente às competências pior

classificadas. Este facto permite-nos afirmar que a larga maioria das autarquias respondentes consideram as 20 competências propostas como adequadas para trabalhar na área da Promoção da Saúde.

Quase um terço das autarquias (29; 32,6%) afirma ter elaborado um diagnóstico de saúde municipal nos últimos 3 anos, embora a grande maioria das autarquias respondentes refira não possuir um plano municipal de saúde (84; 94,4%).

Três autarquias em cada quatro (67; 75,3%) não fazem avaliação sistemática de processos e resultados. Os dados também apontam para apenas 19,1 % (17) das autarquias terem documentos disponíveis sobre o estado de saúde e o planeamento em saúde nos seus municípios. 16 Autarquias especificaram a tipologia dos documentos: 9 (10,1%) possuem relatórios diversos, 5 (5,6%) elaboraram estudos de âmbito municipal, 4 (4,5%) possuem documentos com origem na rede social, 3 (3,4%) têm projectos disponíveis em documentos e apenas um (1,1%) refere a disponibilidade do perfil de saúde do município. Apesar da existência destes documentos a sua acessibilidade ainda está pouco facilitada. Apenas 5 (5,6%) autarquias disponibilizam os documentos na Internet, e 1 (1,1%) na biblioteca municipal. Embora a disponibilidade dos documentos exista em outras estruturas da autarquia, incluindo a rede social, ou mesmo em estruturas externas á autarquia (Centro de Saúde), 73 municípios (82,0) não referem locais de acessibilidade a documentos relacionados com a área em estudo.

Um quarto das autarquias (24,7%; 22) tem um diagnóstico sobre hábitos e estilos de vida dos seus municípios. A *alimentação* da população infantil e juvenil é dos diagnósticos propostos o



menos existente nos municípios portugueses (6º; 14,61% das autarquias).

O *álcool* (1º, 17,98% das autarquias), a *ocupação de tempos livres* (2º; 16,85% das autarquias) e a *actividade física* (3º; 15,73% das autarquias) são os diagnósticos mais frequentes. De realçar que todos os diagnósticos referenciados apresentam uma presença municipal inferior a 18%. Desta leitura podemos concluir que a informação sobre os estilos de vida da população infantil/juvenil é ainda muito limitada nas autarquias portuguesas.

A grande maioria das autarquias têm programas a decorrerem relacionados com a *actividade física* (87,64%), com a *ocupação de tempos livres* (76,40%) e com a *alimentação* (52,81%). Os aspectos relacionados com os *comportamentos aditivos* ocupam o fundo da tabela, realçando as 22,47% de autarquias que possuem programas relacionados com o *tabaco*.

Relativamente às iniciativas municipais em curso os dados colhidos permitem apontar para uma maioria de iniciativas relacionadas com a *actividade física*, em 37 municípios (41,6%); seguidas das *iniciativas de promoção da saúde (comunidade em geral)* em 23 municípios (25,8%) e da *organização de Festas, feiras, congressos e comemoração de "dias"* em 15 municípios (16,9%). As iniciativas menos presentes na amostra estudada relacionam-se com a *formação parental* (1; 1,1%), e com o *álcool e drogas, diagnóstico e pertença a redes e reinserção social* com 2 casos cada (2,2%). Interessa ainda realçar a elevada percentagem de autarquias que não referem iniciativas no âmbito da Promoção da Saúde (34; 38,2%).

Apenas 27% (24) das autarquias possuem programas de formação na área da promoção da saúde (Gráfico 13). Entre os municípios que desenvolvem programas nesta área, evidenciam-se os programas na área dos *comportamentos aditivos* (22; 24,7%), *educação parental e alimentação* (15; 16,9% cada), e *planeamento, métodos e avaliação* com 14 (15,7%) municípios (Quadro 10). Mais de metade dos municípios (47; 52,8%) não referem nenhum programa de formação em Promoção da Saúde. Também os responsáveis pela formação em Promoção da Saúde apresentam uma grande diversidade entre as diferentes autarquias estudadas.

Nas 25 autarquias respondentes (28,1%), 9 estruturas diferentes são apontadas como responsáveis de diferentes programas, apresentando, por vezes, o mesmo município diferentes responsáveis para diferentes programas de formação em Promoção da Saúde (Quadro 11).

Um número significativo de autarquias refere possuir técnicos com formação na área da Promoção da Saúde (71,9%; 64).

As áreas de formação em promoção da saúde mais existentes nos técnicos das autarquias são a *actividade física* (59,55% das autarquias), a *educação parental* (41,57% das autarquias) e os *consumos de risco* (33,71% das autarquias). Áreas como a *sexualidade*, o *apoio à cessação tabágica* e a *preparação para o nascimento* são apenas referenciadas por menos de 20% das autarquias.

Para além das 10 áreas questionadas, recolheram-se ainda outras áreas referenciadas pelas autarquias. Da diversidade apresentada,



com formações mais abrangentes (*Saúde Pública, Psicologia, Fisioterapia*) a áreas mais específicas (*rede social, cuidadores informais, educação parental, entre outras*) evidencia-se um número significativo de autarquias que referiram possuir técnicos com formação específica na área do *planeamento* (22; 24,7%).

A existir a possibilidade do desenvolvimento de programas de formação em Promoção da Saúde para as autarquias, a periodicidade mais solicitada é a *um dia por semana*, com 30 (33,7%) das respostas, num horário diurno (*manhã*) com 50 (56,2%) das respostas.

A participação em redes das autarquias respondentes apresenta-se muito limitada. Apenas 7,9% (7) pertencem à *rede Cidades Saudáveis* (gráfico 18) e 14,6% (13) à *rede de Cidades Educadoras* (gráfico 19).

No entanto, a maioria (77,5%; 69) das autarquias reconhecem a sua participação na *Rede Social* como um contributo para a Promoção da Saúde (Gráfico 20).

Questionados sobre os pontos fortes da *rede Cidades Saudáveis*, as 4 autarquias respondentes apontaram como principal característica positiva a *cooperação e articulação intermunicipal* (4; 4,5%). Dos pontos fracos evidenciam-se a *baixa coesão interna e conhecimento mútuo* (3; 3,4%) e *ausência de instrumentos comuns* (2; 2,2%).

Já relativamente às *Cidades Educadoras*, rede mais presente na amostra em estudo, das 8 autarquias respondentes 8 (9,0%) apontam como ponto forte *partilha de experiências*, 6 (6,7%) *trabalho em parceria* e 5 (5,6%) *processo de divulgação e comunicação*. As fragilidades apontadas prendem-se fundamentalmente com *ausência de recursos* (5; 5,6%), *deficiente comunicação na rede*,

*conceito de Cidade educadora demasiado abrangente e fraca visibilidade da rede no terreno* com 3 casos (3,4%) cada.

Relativamente à Rede Social observa-se que o ponto forte mais citado (por 65 autarquias – 73,0%) – *parcerias dinâmicas*, surge igualmente, no seu oposto, como ponto fraco mais citado (por 77 autarquias – 86,5%) – *parcerias pouco dinâmicas*. A interpretação dos dados denota que muitos dos pontos fortes identificados são igualmente pontos fracos. As mais-valias da rede social são, também, as suas maiores fragilidades.

A grande maioria das autarquias (93,3%; 83) afirma ter uma *boa articulação com o sector da saúde*. Esta articulação faz-se fundamentalmente com *Instituições Particulares de Solidariedade Social* (1º), *Centros de Saúde* (2º) e *Misericórdias* (3º). A articulação com as estruturas centrais tais como a *Direcção Geral da Saúde* (9º), o *Instituto Nacional de Saúde* (10º) e o *Alto Comissariado da Saúde* (11º) é considerada fraca ou inexistente pela maioria das autarquias.

O segundo questionário PROCAPS – Disponibilidade de indicadores relacionados com a saúde, pretendeu avaliar em que medida as autarquias detinham a informação necessária e acessível para o planeamento em saúde. Em 73 respostas, apenas 16 (21,9%) das autarquias respondentes referem ter um dispositivo de monitorização em saúde, embora 21 (28,8%) façam *avaliação do impacte em saúde*.

Apenas 2 (dois) indicadores, dos 37 (trinta e sete) propostos, estão disponíveis em todas as autarquias questionadas (73; 100,0%):

- 1) *existência de escolas com cantina, Componente de Apoio à Família e/ou tempos livres*
- 2) *Espaços verdes com acesso público*.



Com valores a ultrapassar os 90% de disponibilidade encontramos indicadores como *acesso a centros de dia, clubes sociais (etc. ...) dirigidos a pessoas idosas, colaboração com as escolas em actividades de promoção da saúde, existência de serviços para crianças em idade pré-escolar (0-6 anos), abandono escolar, existência e acessibilidade a instalações desportivas, qualidade da água consumida e planeamento urbano.*

Com valores situados entre os 80% e os 90% de disponibilidade, observamos os indicadores *existência de sistemas de água canalizada nas habitações particulares, existência e acessibilidade a instalações de lazer (teatro, cinema, museus, bibliotecas), desemprego, existência de redes de suporte social, existência de legislação e políticas (municipais) que promovam a inclusão social e visitas domiciliárias para apoio a pessoas idosas.*

Já com menor disponibilidade (entre os 50% e os 80%) identificamos os indicadores *segurança e qualidade da construção para habitação, "densidade dentro da habitação" (nº de pessoas a viver na mesma habitação por divisão), níveis de ruído na zona habitacional, segurança (crimes), utilização dos transportes urbanos, frequência desportiva dos municípios, nível de pobreza dos municípios, situação laboral dos municípios, anos de educação formal dos municípios, percentagem do orçamento total do município dirigido à promoção da saúde, existência de gabinete de saúde no espaço escolar, actividade de voluntariado em organizações sem fins lucrativos e grupos comunitários e envolvimento de pessoas com mais de 65 anos em programas de formação.*

Com uma disponibilidade a nível local inferior a 50 % encontramos os indicadores *existência de sistemas de aquecimento nas habitações particulares, existência de fornecimento de energia eléctrica nas habitações particulares, acções preventivas relativas a acidentes (viação; trabalho; domésticos), frequência das actividades de lazer dos municípios, rendimento dos municípios, abandono escolar, programas dirigidos à promoção da saúde e aos factores de risco físicos e psicossociais no local de trabalho, existência e disseminação de programas de emprego protegido e apoiado para pessoas portadoras de doença crónica e deficiência (física e/ou mental), existência de grupos de auto ajuda e famílias que agregam pessoas idosas na mesma habitação.*



02

## 2ª Fase do PROCAPS: um trajecto possível

A acção para promover a saúde, a nível local e regional, pressupõe um esforço de convergência entre a percepção das necessidades pelo público com a dos profissionais de saúde. É deste entendimento, que se pode construir uma visão comum, estabelecer objectivos claros e delinear, em conjunto, estratégias concertadas para atingir esses objectivos.

As autarquias, representando os cidadãos do seu território, com responsabilidade pela melhoria das condições de vida dos seus municípios, reconhecem a importância dos serviços de saúde, e de outros - como os da educação e acção social - na abordagem das várias problemáticas com que se confrontam no seu quotidiano. É trabalhando em conjunto, que se poderá conseguir um melhor entendimento dessas problemáticas e das políticas necessárias, e possíveis, para melhorar vários dos determinantes da saúde da população.

Concluída esta primeira fase do PROCAPS, que permitiu perceber o reconhecimento que as autarquias atribuem à promoção da saúde e às necessidades de apoio, há que incentivar e apoiar a construção das parcerias significativas. A complementaridade de competências e o desenvolvimento de novas, em resposta às necessidades de implementação das estratégias locais de saúde, assim como a construção estruturada das parcerias, poderão ser objecto de investigação, na acção, por parte do DPSDC do INSA, I.P.. Caberá às instituições de ensino, como a ENSP/UNL, uma formação orientada para a construção sustentada de parcerias e respectivos suportes.

A participação da comunidade no processo de protecção e promoção da sua saúde pode

constituir, por si mesma, uma estratégia de capacitação dos actores locais se emanar de um processo de reflexão e sistematização da informação relevante.

A troca de experiências entre vários membros de uma rede nacional, coordenada pela DGS/ACS, nomeadamente entre autarquias e ACES, com as suas USP, poderia vir a constituir uma rede de reflexão para construir um guia de acção que facilitasse o caminho a outros.

Será na base dos diagnósticos de saúde locais – Perfis de Saúde - que se poderão identificar as prioridades e as estratégias de saúde locais mais adequadas a cada realidade e elaborar os Planos Municipais de Saúde, com uma particular atenção à Promoção da Saúde.

Processos de experimentação e de colaboração, sistematizados por análises reflexivas e integração dos elementos identificados como consolidantes, poderão constituir um caminho de envolvimento mais efectivo dos cidadãos nos processos de defesa e promoção da sua saúde, bem como da sustentabilidade das infra-estruturas que se forem desenvolvendo, aos vários níveis, em que, definidos os critérios para boas práticas, estas fundamentem a evidência.

O PNS será tanto mais conseguido quanto melhor for a coordenação entre os vários elementos do sistema de saúde no país, incentivada a participação activa dos cidadãos, nomeadamente através dos seus órgãos representativos locais, e mais estruturado e reflectido for o acompanhamento das estratégias locais de saúde, num processo de investigação-acção que envolva os vários protagonistas na promoção da saúde.

# — 'bibliografia



- 1) ANTONOVSKY, A (1993) – The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Sciences & Medicine*, Mar 36(6), 725-733
- 2) ARTAZCOZ, L.; BORRELL, C.; BENACH, J.; CORTES, I.; ROLHLFS, I. – Women, Family Demands and Health: The Importance of Employment Status and Sócio-economic Position. *Social Science and Medecine*, 59 (2), July 2004. 263-74.
- 3) BARNETT, E.; CASPER, M. (2001) - A Definition of "Social Environment". *American Journal of Public Health*. March 2001, Vol. 91, No. 3.
- 4) BERKELS, H.; HENDERSON, J.; HENKE, N.; KUHN, K.; LAVIKAINEN, J.; LEHTINEN, V.; OZAMIZ, A.; VAN DEN HEEDE, P.; ZENGIGER, K. – Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress related Disorders in Europe: Final Report 2001-2003. Publications Series From The Federal Institute For Ocupacional Safety And Health: Dortmund. 2004. ISBN: 3-86509-118-0
- 5) BROKERHOFF, M.P. (2000). An urbanizing world. *Population Bulletin*, 55(3), 3-4.
- 6) CAUGHY, Margaret O'Brien; O'CAMPO, Patricia J.; MUNTANER Carles (2003). When being alone might be better: neighbourhood poverty, social capital, and child mental health. *Social Science & Medicine*, 57, 227-237.
- 7) CHARENZOWSKI, L.; SAND, E.A. – Environnement Urbain et Santé Mentale : Problème d'évaluation. *Archives Belges de Medecine Sociale, Hygiène, Médecine du Travail et Médecine légal*, 39e année, nº 5, Mai 1981. 292-300.
- 8) CITIES ENVIRONMENT REPORT ON THE INTERNET (CEROI) – 2004. [www.ceroi.net](http://www.ceroi.net)



- 9) COATSWORTH, J. Douglas; PANTIN, Hilda; SZAPOCZNIK, José (2002) Familias unidas: a family-centered ecodevelopmental intervention to reduce risk for problem behaviour among Hispanic adolescents. *Clinical child and family psychology review*, vol. 5, Nº 2, June 2002, 113-132.
- 10) COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DA PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – A rede Nacional de escolas promotoras de Saúde. Editorial do ministério da Educação: Mem Martins. 2001. ISBN: 972-783-061-7
- 11) COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES; NATIONAL RESEARCH AND DEVELOPMENT CENTRE FOR WELFARE AND HEALTH (STAKES) – Establishment of a Set of Mental Health Indicators for European Union: Final Report.
- 12) DAHLGREN G., WHITEHEAD M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- 13) DALGARD, Odd Steffen; TAMBS, Kristian – Urban Environment and Mental Health: A longitudinal Study. *The British Journal of Psychiatry*, Volume 171 (12), December 1997. 530-536.
- 14) DAWSON, Ann; TYLEE, Andre (ed) (2001) – Depression: social and economic timebomb. World Health Organization. First published by London: BMJ publishing Group. ISBN 0-7279-1573-8
- 15) DEPARTMENT OF THE ENVIRONMENT, TRANSPORT AND REGIONS (DETR) –Power to Promote or Improve Economic, Social or Environmental Well-being. Crown: London. 2001.
- 16) DIEZ-ROUX, Ana V. (2000) Multilevel analysis in public health research. *Annual Review of Public Health*, 21, 171-192.
- 17) ELLIS, Simon; GREY, Anna – Prevention of Sexually Transmitted Infections (STIs): A Review of Reviews into the Effectiveness of Non-clinical Interventions. Health Development Agency: Yorkshire. 2004. ISBN: 1-84279-190-7
- 18) ETCHES, Vera; FRANK, John; DI RUGGIERO, Erica; MANUEL, Doug (2006) Measuring population health: a review of indicators. *Annual Review of Public Health*, 27, 29-55.
- 19) EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (s/d) – Evaluating Drug Prevention in the European Union. *EMCDDA Scientific Monograph Series, nº 2*. Office for Official Publications of the European Communities: Luxembourg. ISBN: 92-9168-050-8
- 20) EVANS RG; STODDART GL. (1990) Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med* 1990;31(12):1347-63.
- 21) FERRIE, Jane (2001) – Commentary: Do social programmes contribute to mental well-being? The long term impact of unemployment on depression in de US. *Internacional journal of Epidemiology*, 30, 170-172
- 22) FLANNERY, R. Jr; PERRY, J; PENK, W; FLANNERY G. (1994) – Validating Antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology*, Jul 50(4), 575-577
- 23) FREUDENBERG, N. (2000) Health promotion in the city: a review of current practice and future prospects in the United States. *Annual Review of Public Health*, 21, 473-503.
- 24) GALEA, Sandro; VLAHOV, David (2005) Urban health: evidence, challenges, and directions. *Annual Review of Public Health*, 26, 341-365.
- 25) GEYER, S (1997) – Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Sciences & Medicine*, Jun 44(12), 1771-1779



- 26) GINOT, L.; AIT-BOUALI, N.; BESSE, M.; CHEVALIER, P.; GOLDBERG, F.; BUISSON, J. (1997) – Health and Violence as perceived by Young People, a Study of the Parisian Region. *Santé Publique*, 9 (4), Decembre 1997. 379-96.
- 27) GOCHFELD, Michael; GOLDSTEIN, Bernard D. (1999) Lessons in environmental health in the twentieth century. *Annual Review of Public Health*, 20, 35-53.
- 28) GREEN, L.W. and KREUTER, M.W. (2005) - Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th edition. NY: McGraw-Hill Higher Education.
- 29) GREENLAND, Sander; MORGENSTERN, hal (2001) Confounding in health research. *Annual Review of Public Health*, 22, 189-212.
- 30) GRESENG, Carole R.; STURM, Roland ; TANG, Lingqi (2001) – Income and Mental Health : Unraveling Community and Individual Level Relationships. *The Journal of mental Health Policy and Economics*, 4, 2001. 197-203.
- 31) GRZYWACZ, Joseph G.; ALMEIDA, David M.; NEUPERT, Shevaun D.; ETTNER, Susan L. (2004) – Socioeconomic Status and Health: A Micro-level Analysis of Exposure and Vulnerability to Daily Stressors. *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 45 (March). 1-16. 2004.
- 32) GUIDOTTI, T.L.; DE KOK, T.; KJELLSTROM, T.; YASSI, A. (2001). Basic environment health. New York: Oxford University Press.
- 33) HAMILTON, N.; BHATTI, T. (1996). *Population health promotion: an integrated model of population health and health promotion*. Retrieved February 12, 2004 from Health Canada Website
- 34) HANDY, Susan L.; BOARNET, Marlon G. et al (2002) - How the Built Environment Affects Physical Activity: Views from Urban Planning. *American Journal of Preventive Medicine* August 2002; v.23, n.2 (supplement)
- 35) HARPAM, Trudy; GRANT, Emma; RODRIGUEZ, Carlos (2004) Mental health and social capital in cali, Colombia. *Social Science & medicine*, 58, 2267-2277.
- 36) HEALTH DEVELOPMENT AGENCY (2004). [www.hda-online.org/uk](http://www.hda-online.org/uk)
- 37) HEALTH EDUCATION AUTHORITY (1997) - Mental Health Promotion. A quality framework. London.
- 38) HEALTH EDUCATION AUTHORITY (1998) – Transport and Health: A briefing for Health Professionals and Local Authorities. Health Education Authority: London. ISBN: 0-7521-1407-7
- 39) HILLSDON, Melvin; FOSTER, Charlie; NAIDOO, Blash; CROMBIE, Hugo (2004) - The Effectiveness of public health Interventions for Increasing Physical Activity Among Adults: A Review of Reviews. Health Development Agency: Yorkshire. ISBN: 1-84279-192-3
- 40) HORWITZ, Allan V.; SCHEID, Teresa L. (Eds.) (1999) – A Handbook For The Study Of Mental Health: Social Contexts, Theories And Systems. Cambridge University press: Cambridge.
- 41) HUNT, Rosemary; FALCE, Caroline; CROMBIE, Hugo (2000) – Health Update: Environment and Health: Air Pollution. Health Education Authority: London. ISBN: 0-7521-1868-4
- 42) JEE, Sandra H.; DAVIS, Matthew M. (2004) - Factors associated with variations in parental support in primary care pediatric settings. *Ambulatory Pediatrics*, vol. 4, nº. 4, July-August 2004, 316-322.
- 43) KAPLAN, H; SADOCK, B; GREEB, J. (1994) – Synopsis of Psychiatry, 7ª ed. Baltimore: William & Wilkins. ISBN 0-683-04530-X
- 44) KIVIMAKI, M et al (2002) – Sense of coherence as a mediator between hostility and health: seven-year prospective study on female employees. *Journal of Psychosomatic Research*, Apr 52(4), 239-247



- 45) KOBALU, Rosemarie; SAFRAN, Marc A.; ZACK, Matthew M.; MORIATY, David G.; CHAPMAN, Daniel (2004) – Sad, Blue, or Depressed days, Health Behaviors and Health-Related Quality of life, behavioural Risk Factor Surveillance System, 1995-2000. *Health and Quality of Life Outcomes* 2:40, July 2004. ISSN: 1477-7525
- 46) KORKEILA J. (2000) - Measuring Aspects of Mental Health. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Themes 6/2000, Helsinki.
- 47) KORKEILA, J.; LETINEN, V.; BIJL, R.; DALGARD, O.S.; KOVASS, V.; MORGAN, A.; SALIZE, H.J. (2003) – Establishing a Set of Mental Indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31 (6), 2003. 451-9.
- 48) LAHTINEN E, LEHTINEN V, RIIKONEN E, AHONEN J (eds) (1999) - Framework for Promoting Mental Health in Europe. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki.
- 49) LAVIKAINEN J, FRYERS T, LEHTINEN V (eds) (2006) - Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the MINDFUL project. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki.
- 50) LAVIKAINEN J, LAHTINEN E, LEHTINEN V (eds). (1994) - Proceedings of the European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion. Ministry of Social Affairs and Health, Reports 2001:3, Helsinki 2001. Paykel ES, Jenkins R (eds). *Prevention in Psychiatry*. Gaskell, Dorchester.
- 51) LAVIKAINEN, Juha; LAHTINEN, Eero; LEHTINEN, Ville (Eds.) (2000) – Public Health Approach On Mental Health In Europe. National Research and development for Welfare and Health, STAKES: Saarijavi. ISBN: 951-33-1080-9
- 52) LEE, P., PAXMAN, D. (1997). Reinventing public health. *Annual Review of Public Health*, 18, 1-35.
- 53) LEHTINEN, V. (Coord.) (2008) - Building up good mental health. Integrado no MMHE Project, co-financiado pela União Europeia. STAKES: Finland. ISBN: 978-951-33-2248-9. disponível em [www.mmhe.eu](http://www.mmhe.eu)
- 54) LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. (2010) *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.
- 55) MAIR, Julie Samia; MAIR, Michael (2003) Violence prevention and control through environmental modifications. *Annual Review of Public Health*, 24, 209-225.
- 56) MARMOT, M. (2005) - Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365: 1099–104.
- 57) MCKEE, Martin; RYAN, John (2003) – Monitoring Health in Europe: Opportunities, Challenges, and Progress. *European Journal of Public Health* 13 (3 Supplement): 1-4.
- 58) MCSHERRY, W; HOLM, J. (1994) – Sense of coherence: its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology*, Jul 50(4), 476-487
- 59) MEYRICK, Jane; SWANN, Catherine (1998) – Reducing the Rate of Teenage Conception: An Overview of the Effectiveness of Interventions and Programmes Aimed at reducing Unintended Conceptions in Young People. Health Education Authority: London. ISBN: 0-7521-1437-9
- 60) MILLWARD, L.; MORGAN, A.; KELLY, M. (2003) – Prevention and Reduction of Accidental Injury in Children and Older People. Health Development Agency: Yorkshire. ISBN: 1-84279-186-9
- 61) MONTGOMERY, S; COOK, D; BARTLEY, M, WADSWORTH, M. (1999) – Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. *International journal of Epidemiology*, Feb 28(1), 95-100



- 62) MULVIHILL, Caroline; QUIGLEY, Robert; HEALTH DEVELOPMENT AGENCY (2004) - The management of Obesity and Overweight: An analysis of Reviews of Diet, Physical Activity and Behavioural Approches. Health Development Agency: Yorkshire. ISBN: 1-84279-197-4
- 63) NAIDOO, Blash (2004) - Smoking and Public Health: A Review of Reviews of Interventions to Increase Smoking Cessation, Reduce Smoking Initiation and Prevent Further Uptake of Smoking. Health Development Agency: Yorkshire. ISBN: 1-84279-189-3
- 64) NILSSON, Berit; HOLMGREN, Lars; WESTMAN, Goran (2000) – Sense of coherence in diferent stages of health and disease in nothern Sweden: gender and psychosocial differences. Scandinavian Journal of Primary Health care, Mar 18(1), 14-20
- 65) NOVO, M. Varela (1999) – Unemployment ad mental health in Galicia, Spain. Internacional Archives of Occupational and Environment Health, Jan 72, 14-15
- 66) ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTE (2001) – Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: OMS.
- 67) OSLER, K et al (2001) – Influence of socio-economic deprivation on the prevalence of depression in primary care. The British journal of Psichiatry, 178, 12-17
- 68) PARENS, Henri; KRAMER, Selma (Eds.) (1993) – Prevention In Mental Health. Jason Aronson Inc.: New Jersey. ISBN: 1-56821-027-2
- 69) PORTUGAL - DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003) – Saúde na Comunidade: Guia orientador para Elaboração de Indicadores. Lisboa.
- 70) RICHTER, Elihu D.; BERMAN, Tamar; FRIEDMAN, Lee; BEN-DAVID, Gerald (2006) Speed, road injury, and public health. Annual Review of Public Health, 27, 125-152.
- 71) ROBINE, Jean-Marie; JAGGER, Carol; EURO-REVES GROUP (2003) – Creating a Coherent Set of Indicators to Monitor Health Across Europe: The Euro-REVES 2 Project. *European Journal of Public Health* 13 (3 Supplement): 6-14.
- 72) RODRIGUEZ, Eunice; FRONGILLO, Edward; CHANDRA, Pinky (2001) - Do social programmes contribute to mental well-being? The long term impact of unemployment on depression in de US. *Internacional journal of Epidemiology*, 30, 163-170
- 73) ROOTMAN, Irving; GOODSTAD, Michael; HYNDMAN, Brian; McQUEEN, David V.; POTVIN, Louise; SPRINGETT, Jane; ZIGLIO, Erio (Eds.) (2001) – Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives. WHO Regional Publications: European Séries; nº 92. World Health Organization: Denmark. ISBN: 92-890-1359-1
- 74) RUSSELL, Hilary; KILLORAN, Amanda (2000) – Public Health and Regeneration: Making the Links. Health Education Authority: London. ISBN: 0-7521-1804-8
- 75) SALLIS, James F. et al (2006) An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health*, 27, 297-322.
- 76) SANTOS, M.J. Heitor dos; MIGUEL, J. M. Pereira (2009) - Avaliação do impacte de políticas de diferentes sectores na saúde e nos sistemas de saúde: um ponto de situação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Janeiro / Junho 27 (1), 5-17.
- 77) SPEER, David C. (1998) – Mental Health Outcome Evaluation. Academic Press: San Diego. ISBN: 0-12-656575-9
- 78) SUOMINEN, s et al (2001) – Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, Feb 50(82), 77-86



- 79) TAIPALE, V. (2009) – Comunicação oral apresentada no Policy Forum do Projecto “Monitoring Positive Mental Health”, Sankelmark, Germany.
- 80) TILFORD S, DELANEY F, VOGELS M. (1997) - Effectiveness of Mental Health Promotion interventions: a Review. Health Education Authority, London.
- 81) TSUTSUMI, A; KAYABA, K; THEORELL, T; SIEGRIST, J. (2001) – Association between job stress and depression among japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scandinavian Journal of Work and Environment Health*, April 27(2), 146-153
- 82) TUDOR, Keith (1996) – Mental Health Promotion. Paradigms And Practice. Routledge: London.
- 83) WALLER, S.; NAIDOO, B.; THOM, B. (2002) – Prevention and Reduction of Alcohol Misuse: Review of Reviews. Health Development Agency: Yorkshire. ISBN: 1-84279-108-7
- 84) Weich, S.; Lewis, G.; Jenkins S.P. (2002) - Income inequality and self rated health in Britain. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 436-441
- 85) WENDEL-VOS, G.C.W.; SCHUIT, A.J.; TIJHUIS, M.A.R.; KROMHOUT, D. (2004) – Leisure Time physical Activity and Health-Related Quality of Life: Cross-sectional and Longitudinal associations. *Quality of Life research* 13, 2004. 667-677.
- 86) WHITEHEAD M, DAHLGREN G (2007). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 2)
- 87) WHITEHEAD M, DAHLGREN G, EVANS T (2001). Equity and health sector reform: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358 (9284): 833-836.
- 88) WHO (2004). *Commission on social determinants of health: note by the Secretariat*. Geneva, World Health Organization (document number: EB115/35).
- 89) WILLIAMS, Steven M. (1994) – Environment and Mental Health. John Wiley & Sons Ltd: West Sussex.
- 90) WOLFF, Angela; RATNER, Pamela (1999) – Stress, social support, and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21(2), 182-197
- 91) WORLD BANK (2006). *World Development Report 2006: equity and development*. New York, Oxford University Press. As reported in: Anderson E, O’Neil T, eds.
- 92) WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986) - Ottawa charter for health promotion : an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health, November 17-21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada
- 93) WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) – The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. WHO: Sadag/France.
- 94) WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) - Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva.
- 95) YEN, I.H.; SYME, S.L. (1999) - The social environment and health: a discussion of the epidemiologic literature. *Annual Review of Public Health*, 20, 287-308.
- 96) YOUNG, Anne F.; RUSSEL, Anne; POWERS, Jennifer R. (2004). The sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and well being in older women? *Social Science & Medicine*, 59, 2627-2637.

\_Relatório Procaps

# \_legislação



- 1) Constituição da República Portuguesa
- 2) Lei 159/99 de 14 de Setembro (Transferência de Competências Para as Autarquias Locais)
- 3) Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97 (Rede Social)
- 4) Despacho Normativo nº 8/2002 (Regulamentação do Programa de Apoio à Implementação da Rede Social)
- 5) Decreto-Lei nº 115/2006 (Rede social)
- 6) Decreto-Lei nº 271/2007 de 26 de Julho (Missão do INSA, I.P.)
- 7) Portaria nº 812/2007 de 27 de Julho (Atribuições do DPSDC)
- 8) Decreto-lei n.º 222/2007, de 29 de Maio

# —'anexos



## \_Anexo I - Referencial em Promoção da Saúde

### \_Introdução

A saúde é condicionada por múltiplos factores, nomeadamente, genéticos, ambientais, psicossociais e económicos. As condições de vida e o ambiente físico e sócio-cultural constituem determinantes da saúde e estão dependentes de políticas em diversos sectores, a nível nacional, regional e local. Por outro lado, as escolhas, comportamentos e estilos de vida de cada indivíduo são influenciados pelo seu grau de literacia em saúde<sup>1</sup>, motivação e ambiente em que se vive. A autarquia desempenha um papel essencial no bem-estar e na qualidade de vida dos seus municípios.

São valores da promoção da saúde a solidariedade, a justiça social, a sustentabilidade, a autonomia e a responsabilidade. Constituem estratégias assumidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986; OMS, 1992; OMS, 1997)<sup>2</sup>:

- \_Trabalho intersectorial;
- \_Ambiente seguro, sustentável e facilitador de escolhas saudáveis;
- \_Desenvolvimento de competências pessoais, sociais e comunitárias;
- \_Reorientação dos serviços de saúde, tornando-os mais próximos da comunidade;
- \_Políticas públicas saudáveis.

A responsabilidade da defesa dos Direitos Humanos, reflectida na Constituição da República Portuguesa, deve ser traduzida em políticas que promovam a inclusão social e a acessibilidade aos serviços de saúde, acompanhada por iniciativas locais que promovam o respeito pela diferença, reduzam as desigualdades sociais e monitorizem o cumprimento dos direitos fundamentais dos cidadãos.

A Lei nº 159/99 de 14 de Setembro confere às autarquias atribuições municipais nas áreas do equipamento rural e urbano, energia, transportes e comunicações, património, cultura e ciência, protecção civil, saúde, educação e acção social, ambiente e saneamento básico, tempos livres e desporto, habitação, defesa do consumidor, promoção do desenvolvimento, ordenamento do território e urbanismo, polícia municipal e cooperação externa (artigo 13.º).



Se inicialmente a intervenção autárquica se inscrevia, sobretudo, ao nível das infra-estruturas e de uma política tipo assistencial, actualmente tal intervenção vem sendo cada vez mais exigente, conduzindo ao reforço da coesão social e identidade local, numa perspectiva de participação e capacitação dos cidadãos.

A intensificação e complexificação das intervenções conferidas ao poder local têm vindo a manifestar-se por uma maior responsabilização e envolvimento das autarquias em áreas que exigem competências próprias. É disso exemplo a promoção de estratégias de intervenção em rede (Rede Social) e a participação das autarquias na definição de políticas e de acções de promoção da saúde, com exigências ao nível do planeamento estratégico de desenvolvimento concelhio.

São várias as dimensões a considerar para promover a saúde a nível local. Para efeitos de exequibilidade de um diagnóstico que pretende identificar necessidades e potencialidades das autarquias em promoção da saúde, seleccionaram-se quatro que servirão de base para os grupos de trabalho:

1. Educação para a saúde e cultura salutogénica
2. Rede social e coesão social
3. Promoção da saúde nas escolas
4. Articulação com os serviços de saúde

#### **\_Objectivos do Workshop a ter em conta durante os trabalhos de grupo**

1- Diagnosticar o hiato existente entre a situação real e a desejável, prevista no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, em promoção da saúde e prevenção da doença, no âmbito da actuação dos municípios;

2- Colaborar na identificação de necessidades de capacitação de recursos humanos (competências<sup>3</sup>, instrumentos e redes).

(1) Literacia em saúde é o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e usarem informação de forma a promover e manter uma boa saúde (WHO, 1998)

(2) DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Promoção e educação para a saúde: Documentos de referência - Carta de Ottawa. Lisboa: DGS, 2003 c). (Acedido a 21 de Março de 2008). Disponível na Internet: <http://www.dgs.pt/>:

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Promoção e educação para a saúde: Documentos de referência - Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde. Lisboa: DGS, 2003 d). (Acedido a 21 de Março de 2008). Disponível na Internet: <http://www.dgs.pt/>:

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Promoção e educação para a saúde: Documentos de referência - Declaração de Jakarta. Lisboa: DGS, 2003 e). (Acedido a 21 de Março de 2008). Disponível na Internet: <http://www.dgs.pt/>:

(3) Competência não é apenas conhecimento mas inclui, também, aptidões e atitudes necessárias para o desempenho de um papel profissional.



## Anexo II - Questionário PROCAPS

\_ Departamento de **Promoção da Saúde e Doenças Crónicas**

\_ Unidade de **Promoção da Saúde**

\_ **Responsável:** Prof. Doutora Isabel Loureiro

\_ *Projecto de Capacitação das Autarquias para a Promoção da Saúde*

\_ **Questionário**

O INSA, I.P. está a desenvolver um trabalho de identificação de necessidades de capacitação dos recursos humanos envolvidos na Promoção da Saúde ao nível local.

A intensificação e complexificação das atribuições conferidas ao poder local têm vindo a exigir às autarquias competências próprias e específicas em determinadas áreas.

Neste sentido, solicitamos a vossa colaboração no preenchimento deste questionário que visa diagnosticar potencialidades e necessidades das autarquias em Promoção da Saúde.

Será garantido o anonimato, quer da autarquia, quer do responsável pelo preenchimento do questionário, em todas as fases do processo, incluindo na divulgação dos resultados.

### \_ Grupo I \_ Dados Gerais

\_ Câmara Municipal de: .....

Pessoa Responsável pelo preenchimento do questionário: .....

Departamento/Divisão a que pertence: .....

Função: .....

Profissão: .....

Pessoa de contacto: .....

Tel.: .....

Fax: .....

E-mail: .....

### \_ Grupo II \_ Representação da saúde / promoção da saúde

1. Caracterize o "estado de saúde" da população servida pela sua autarquia (assinale com **O** a opção)

| Muito má saúde | Má saúde | Boa saúde | Muito boa saúde |
|----------------|----------|-----------|-----------------|
| 1              | 2        | 3         | 4               |

Fundamente a sua resposta: .....



2. Qual o grau de importância das autarquias na Promoção da Saúde dos seus municípios (assinale com **O** a opção)?

| Nada Importante | Pouco Importante | Importante | Muito Importante |
|-----------------|------------------|------------|------------------|
| 1               | 2                | 3          | 4                |

### Grupo III \_Atribuições / Responsabilidades

1. A autarquia que representa possui um Gabinete ou Departamento específico na área da saúde (assinale com X a opção)?

\_Sim  \_Não

1.1. Em caso de resposta **Não**, a área da saúde encontra-se agregada a que Departamento, Divisão ou Gabinete?

2. Se existem iniciativas para promover a saúde no seu município, qual(ais) o(s) departamento(s) envolvido(s)?

3. Quais as áreas de intervenção que considera prioritárias no seu município para a promoção da saúde?

(enumere as três prioridades por ordem decrescente, sendo **1** a mais prioritária e **3** a menos prioritária de entre as assinaladas).

- \_Acção social
- \_Ambiente
- \_Cultura
- \_Desporto
- \_Educação
- \_Emprego
- \_Formação
- \_Habitação
- \_Saúde
- \_Outra Qual? .....

4. Quais os grupos-alvo que considera prioritários para iniciativas de promoção da saúde no seu município?

(enumere os três grupos-alvo por ordem decrescente, sendo **1** o mais prioritário e **3** o menos prioritário de entre os assinalados).

- \_Crianças e Jovens
- \_Pais pela primeira vez
- \_Famílias numerosas
- \_Pessoas idosas
- \_Grupos vulneráveis (sem abrigo, deficiência mental; deficiência física, doença mental)
- \_Desempregados de longa duração
- \_Pessoas com carências sócio-económicas
- \_Comunidade em geral
- \_Outro Qual? .....



**\_Grupo IV\_ Recursos**

1. Identifique, segundo a importância que lhes atribui, os recursos necessários e capazes de levar a cabo uma intervenção na área da promoção da saúde (assinale com **X** a opção em cada recurso).

| <b>Recursos</b>             |                                       | Muito desnecessário | Desnecessário | Necessário | Muito necessário |
|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------|---------------|------------|------------------|
|                             |                                       | (1)                 | (2)           | (3)        | (4)              |
| <b>Recursos humanos</b>     | Médicos que prestam cuidados directos |                     |               |            |                  |
|                             | Médicos de Saúde Pública              |                     |               |            |                  |
|                             | Enfermeiros                           |                     |               |            |                  |
|                             | Psicólogos                            |                     |               |            |                  |
|                             | Nutricionistas                        |                     |               |            |                  |
|                             | Assistentes Sociais                   |                     |               |            |                  |
|                             | Terapeutas ocupacionais               |                     |               |            |                  |
|                             | Fisioterapeutas                       |                     |               |            |                  |
|                             | Professores                           |                     |               |            |                  |
|                             | Sociólogos                            |                     |               |            |                  |
|                             | Animadores socioculturais             |                     |               |            |                  |
|                             | Terapeutas da Fala                    |                     |               |            |                  |
|                             | Outros                                |                     |               |            |                  |
|                             | <b>Recursos materiais</b>             | Recursos materiais  |               |            |                  |
| Viaturas                    |                                       |                     |               |            |                  |
| Instalações físicas         |                                       |                     |               |            |                  |
| Equipamento audiovisual     |                                       |                     |               |            |                  |
| Equipamento clínico         |                                       |                     |               |            |                  |
| Outros                      |                                       |                     |               |            |                  |
| <b>Recursos financeiros</b> | Recursos financeiros                  |                     |               |            |                  |
|                             | Alocação de verbas do Estado          |                     |               |            |                  |
|                             | Candidaturas a projectos específicos  |                     |               |            |                  |
|                             | Mecenato social                       |                     |               |            |                  |
|                             | Outros                                |                     |               |            |                  |
| <b>Outros</b>               |                                       |                     |               |            |                  |

2. Que competências considera prioritárias para os técnicos das autarquias que trabalham ou venham a trabalhar na área da promoção da saúde? (assinale com **X** a opção em cada competência).

|  | Nada necessária (1)                     | Pouco necessária (2) | Necessária (3) | Muito necessária (4) |
|--|---|----------------------|----------------|----------------------|
|  | <b>A. Avaliar a saúde da comunidade</b> |                      |                |                      |
| <b>B. Conhecer os princípios da Promoção da Saúde</b>        |   |                      |                |                      |
| <b>C. Recolher e analisar dados relacionados com a saúde</b> |   |                      |                |                      |
| <b>D. Adequar a linguagem a grupos específicos</b>           |   |                      |                |                      |
| <b>E. Trabalhar em equipa</b>                                |   |                      |                |                      |
| <b>F. Negociar/construir parcerias</b>                       |   |                      |                |                      |
| <b>G. Diagnosticar problemas</b>                             |   |                      |                |                      |



|  | Nada necessária (1) | Pouco necessária (2) | Necessária (3) | Muito necessária (4) |
|--|---------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| H. Identificar necessidades  |                     |                      |                |                      |
| I. Conhecer os determinantes sociais da saúde e estratégias para os influenciar.                     |                     |                      |                |                      |
| J. Identificar potenciais soluções para as mudanças necessárias                                      |                     |                      |                |                      |
| L. Mobilizar os parceiros relevantes para a mudança decidida   |                     |                      |                |                      |
| M. Monitorizar projectos e ajustar objectivos  |                     |                      |                |                      |
| N. Seleccionar instrumentos de avaliação   |                     |                      |                |                      |
| O. Aplicar investigação/acção em situações de mudança  |                     |                      |                |                      |
| P. Saber fundamentar as decisões   |                     |                      |                |                      |
| Q. Aplicar os princípios do planeamento estratégico participado.                                     |                     |                      |                |                      |
| R. Gerir informação e conhecimento   |                     |                      |                |                      |
| S. Partilhar com as comunidades dificuldades e sucessos da evolução dos projectos                    |                     |                      |                |                      |
| T. Conhecer e analisar as políticas locais, regionais e nacionais                                    |                     |                      |                |                      |
| U. Saber respeitar a justiça social e os direitos humanos na resposta às necessidades da comunidade. |                     |                      |                |                      |

**Grupo V** Planeamento estratégico

- |  | Sim                      | Não                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Existe diagnóstico de saúde na autarquia que tenha sido feito nos últimos 3 anos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Existe um Plano Municipal de Saúde?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Existe sistematicamente avaliação de processo e resultados dos projectos?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1. Se sim, existem documentos/relatórios disponíveis?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2. Quais?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3. Onde estão? (Internet, biblioteca, ...)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Grupo VI** Estilos de vida saudáveis

- |   | Sim                      | Não                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. A autarquia tem um diagnóstico sobre estilos de vida dos municípios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



2. Se sim, existe um diagnóstico sobre os estilos de vida da população infantil/juvenil nas seguintes áreas? (assinale com **X**).

**\_Sim \_Não**

- \_Alimentação
- \_Actividade física
- \_Ocupação de tempos livres
- \_Tabaco
- \_Álcool
- \_Drogas ilícitas
- \_Outras Quais? .....

3. A autarquia tem programas a decorrer ou planeados nestas diferentes áreas? (assinale com **X**).

**\_Sim \_Não**

- Alimentação
- Actividade física
- Ocupação de tempos livres
- Tabaco
- Álcool
- Drogas ilícitas
- Outras Quais? .....

4. Que outras iniciativas a autarquia tem para a promoção de estilos de vida saudáveis?

### **\_Grupo VII \_Formação e Informação**

1. Existem programas de formação na área da Promoção da Saúde ao nível da autarquia?

**\_Sim \_Não**

1.1. Se sim, de quem é a responsabilidade por essa formação? .....

2. Existem técnicos, ou outros profissionais, com algum tipo de formação em áreas da Promoção da Saúde?

**\_Sim \_Não**

2.1. Se sim, em que áreas? (assinale com **X** todas as áreas de formação)

- \_Alimentação
- \_Actividade física
- \_Saúde mental
- \_Sexualidade
- \_Educação parental
- \_Preparação para o nascimento
- \_Apoio à cessação tabágica



- \_Consumos de risco (álcool, drogas ilícitas)
- \_Planeamento participado
- \_Metodologia do projecto
- \_Outra(s). Qual(ais)? .....

3. Em que áreas considera mais necessária a formação? .....

4. Se estiver disponível formação para os técnicos das autarquias, que periodicidade considera mais adequada? (assinale com X a opção)

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 dia por mês            | 1 dia quinzenalmente     | 1 dia por semana         | Intensivo (uma semana)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.1. Horário Preferencial (assinale com X a opção).

|                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Manhã                    | Tarde                    | Noite                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### \_Grupo VIII\_ Redes

\_Sim \_Não

1. A autarquia pertence à Rede das Cidades Saudáveis?

(Se não, siga para a questão nº 2)

1.1. Se sim, por favor aponte 3 pontos fortes e 3 pontos fracos do funcionamento da Rede das Cidades Saudáveis em Portugal

Pontos fortes

Pontos fracos

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 1. .... |
| 2. .... | 2. .... |
| 3. .... | 3. .... |

\_Sim \_Não

1.2. Considera que esta articulação também tem funcionado numa perspectiva de Promoção da Saúde?

\_Sim \_Não

2. A autarquia pertence à Rede das Cidades Educadoras?

(Se não, siga para o Grupo IX)

2.1. Se sim, por favor aponte por 3 pontos fortes e 3 pontos fracos do funcionamento da Rede das Cidades Educadoras, em Portugal?

Pontos fortes

Pontos fracos

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 1. .... |
| 2. .... | 2. .... |
| 3. .... | 3. .... |



2.2. Considera que esta articulação também tem funcionado numa perspectiva de Promoção da Saúde?

Sim  Não

### Grupo IX Rede Social

1. A Rede Social é uma importante plataforma de articulação de diferentes parceiros públicos e privados (art. 1.º, Decreto-Lei n.º 115/2006, de 14 de Junho).

Sim  Não

Considera que esta articulação também tem funcionado numa perspectiva de Promoção da Saúde?

2. Por favor, aponte por ordem decrescente de importância 3 pontos fortes e 3 pontos fracos do funcionamento da Rede Social no concelho.

Pontos fortes

Pontos fracos

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 1. .... |
| 2. .... | 2. .... |
| 3. .... | 3. .... |

### Grupo X (Articulação da autarquia com o sector da saúde)

1. No seu município tem existido articulação entre a autarquia e o sector da saúde?

Sim  Não

2. Se sim, indique o grau de interacção com as seguintes estruturas (assinale com X a opção)

|  | Nulo (1) | Reduzido (2) | Elevado (3) | Muito elevado (4) |
|--|----------|--------------|-------------|-------------------|
| Centros de Saúde (CS)                                      |          |              |             |                   |
| Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)                     |          |              |             |                   |
| Hospitais  |          |              |             |                   |
| Administrações Regionais de Saúde (ARS)                    |          |              |             |                   |
| Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT)      |          |              |             |                   |
| Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. (INSA) |          |              |             |                   |
| Direcção Geral da Saúde (DGS)                              |          |              |             |                   |
| Alto Comissariado da Saúde (ACS)                           |          |              |             |                   |
| Misericórdias  |          |              |             |                   |
| IPSSs  |          |              |             |                   |
| Outros serviços de saúde privados                          |          |              |             |                   |

Muito obrigado pela sua colaboração



## Anexo III - "Disponibilidade de indicadores relacionados com a saúde a nível municipal"

\_Departamento de **Promoção da Saúde e Doenças Crónicas**

\_Unidade de **Promoção da Saúde**

\_Responsável: Prof. Doutora Isabel Loureiro

\_Projecto de Capacitação das Autarquias para a Promoção da Saúde

\_Disponibilidade de indicadores relacionados com a Saúde a Nível Municipal

O **INSA, I.P.** está a desenvolver um trabalho de identificação de necessidades de capacitação dos recursos humanos envolvidos na Promoção da Saúde ao nível local.

A disponibilidade de indicadores relacionados com a saúde é uma necessidade incontornável para a identificação das necessidades em saúde das comunidades assim como para a avaliação do impacto das intervenções desenvolvidas.

Neste sentido, solicitamos a vossa colaboração no preenchimento deste questionário que visa identificar indicadores relacionados com a saúde, disponíveis a nível autárquico.

Será garantido o anonimato, quer da autarquia, quer do responsável pelo preenchimento do questionário, em todas as fases do processo, incluindo na divulgação dos resultados.

|   | <b>_Sim</b>              | <b>_Não</b>   |
|---|--------------------------|---|
| 1. Existe algum dispositivo de monitorização e avaliação do nível de saúde dos seus municípios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 2. A autarquia faz a avaliação do impacto em saúde das suas iniciativas?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| 3. A autarquia tem dados sobre... (assinale com X na respectiva caixa)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <b>_Sim</b>   | <b>_Não</b>              |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | A. Segurança e qualidade da construção para habitação                                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | B. "Densidade dentro da habitação" (nº de pessoas a viver na mesma habitação por divisão)   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | C. Existência de sistemas de aquecimento nas habitações particulares                        |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | D. Existência de sistemas de água canalizada nas habitações particulares                    |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | E. Existência de fornecimento de energia eléctrica nas habitações particulares              |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | F. Planeamento urbano   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | G. Qualidade da água consumida  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | H. Níveis de ruído na zona habitacional   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | I. Segurança (crimes)   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | J. Utilização dos transportes urbanos   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | L. Acções preventivas relativas a acidentes (viação; trabalho. Domésticos)                  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | M. Existência e acessibilidade a instalações desportivas                                    |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | N. Frequência desportiva dos municípios   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | O. Existência e acessibilidade a instalações de lazer (teatro, cinema, museus, bibliotecas) |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | P. Frequência das actividades de lazer dos municípios                                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Q. Nível de pobreza dos municípios  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | R. Rendimento dos municípios  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | S. Situação laboral dos municípios  |



- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| _Sim                     | _Não                     |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>T.</b> Abandono escolar  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>U.</b> Existência de escolas com cantina, Componente de Apoio à Família e/ou tempos livres   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>V.</b> Anos de educação formal dos municípios  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>X.</b> Percentagem do orçamento total do município dirigido à promoção da saúde  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Z.</b> Existência de serviços para crianças em idade pré-escolar (0-6 anos)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AA.</b> Colaboração com as escolas em actividades de promoção da saúde   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AB.</b> Existência de gabinete de saúde no espaço escolar  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AC.</b> Programas dirigidos à Promoção da Saúde e aos factores de risco físicos e psicossociais no local de trabalho                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AD.</b> Existência e disseminação de programas de emprego protegido e apoiado para pessoas portadoras de doença crónica e deficiência (física e/ou mental) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AE.</b> Desemprego   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AF.</b> Actividade de voluntariado em organizações sem fins lucrativos e grupos comunitários   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AG.</b> Existência de redes de suporte social  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AH.</b> Existência de grupos de auto ajuda   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AI.</b> Existência de legislação e políticas (municipais) que promovam a inclusão social   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AJ.</b> Espaços verdes com acesso público  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AL.</b> Acesso a centros de dia, clubes sociais (etc. ...) dirigidos a pessoas idosas  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AM.</b> Envolvimento de pessoas com mais de 65 anos em programas de formação   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AN.</b> Visitas domiciliárias para apoio a pessoas idosas  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>AO.</b> Famílias que agregam pessoas idosas na mesma habitação   |



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



*Relatório Procaps*

A Investigação participada de base comunitária na **construção da saúde**

---





Ministério da Saúde



Instituto **Nacional de Saúde**  
*Doutor Ricardo Jorge*



Alto Comissariado  
da Saúde

\_Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas

**Instituto Nacional de Saúde** *Doutor Ricardo Jorge*

*Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal*

Tel.: (+351) 217 519 335

Fax: (+351) 217 526 400

E-mail: [dpsdc@insa.min-saude.pt](mailto:dpsdc@insa.min-saude.pt)

**Centro de Saúde Pública** *Doutor Gonçalves Ferreira*

*Rua Alexandre Herculano, n.321 4000-055 Porto, Portugal*

Tel.: (+351) 223 401 100

Fax: (+351) 223 401 109

E-mail: [inforporto@insa.min-saude.pt](mailto:inforporto@insa.min-saude.pt)

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