

**O PLANEAMENTO LOCAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO
DE GESTÃO E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COMUNIDADE**

52.º Curso de Especialização em Administração Hospitalar

João José Magalhães Torres

Julho, 2024

O PLANEAMENTO LOCAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COMUNIDADE

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Gonçalo Figueiredo Augusto.

Julho, 2024

*“The new public health needs to continue to migrate
to more conductive territories. There is much to gain.”*

Ilona Kickbusch

AGRADECIMENTOS

Todos os projetos têm um começo, e este que submeto ao julgamento académico, conhece agora o fim. Não o fim em si mesmo, guardado a sete chaves, mas sobretudo, que contribua para aumentar a adesão à causa da Promoção da Saúde e para estimular novas investigações.

A história da Promoção da Saúde em Portugal está por contar e espero, sinceramente, que este trabalho possa servir como instrumento de apoio e de inspiração aos fazedores de políticas públicas e gestores de organizações de saúde. A promoção da saúde é não só um desígnio coletivo como, também, uma causa justa e digna a que todos devemos aderir. Pensar o lugar, a casa, a cidade, as atividades, o ambiente representa um projeto maior da humanidade. Perceber que cada um de nós é parte da comunidade e que pode fazer a diferença na sua casa, no seu trabalho, na sua organização para permitir-nos viver melhor, com mais saúde, mais qualidade de vida, mais bem-estar e menos desigualdades.

Mas, agora é tempo de expressar a minha mais profunda gratidão e admiração ao meu orientador, Professor Doutor Gonçalo Figueiredo Augusto, pelo seu apoio, paciência, disponibilidade permanente, conhecimento e incentivo ao longo do tempo que se revelou fundamental para a concretização deste trabalho de campo.

Agradeço igualmente ao Doutor Pedro Sá Moreira, amigo e colega, pelos seus conselhos e pela inestimável colaboração na procura de informação essencial para este trabalho.

À Dr.^a Margarida Tavares, deixo um agradecimento especial pela amizade, inspiração e partilha de conhecimento ao longo dos últimos anos, sendo para mim uma das maiores referências na Promoção da Saúde em Portugal.

Ao Dr. Tiago Gonçalves, ao Dr. Ponciano Oliveira, ao Eng. João Torres, ao Dr. João Moreira Campos, à Dr.^a Joana Henriques, ao Dr. Bruno Cordeiro, ao Dr. Eduardo Leal e ao Dr. Carlos Menezes agradeço a amizade constante e o importante apoio para superar vários desafios neste percurso.

Ao Pedro Gonçalves, que já não está entre nós, símbolo de força e determinação, a minha eterna saudade e memória. Ao Tiago Prucha, ao David Sousa e à Sara Freitas, agradeço por nunca me faltarem e por estarem sempre presentes.

Aos meus pais, aos meus sogros, aos meus irmãos, sobrinhos, padrinhos e cunhados pelo apoio incondicional e por acreditarem em mim.

À minha querida esposa, Luísa, por ser amor, lar, conforto, força e incentivo diário ao longo de todo o percurso académico.

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, a adoção de estilos de vida menos saudáveis motivou o aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacidade. A Promoção da Saúde é crucial para desenvolver políticas de saúde mais abrangentes, envolvendo vários setores da sociedade e abordando os determinantes da saúde para gerir melhor os recursos, aumentar o capital de saúde e a eficiência do sistema. O objetivo deste trabalho é realizar uma análise comparativa de documentos de planeamento de saúde local, identificando desafios e oportunidades.

Metodologia: Realizou-se uma análise comparativa de documentos de planeamento em saúde ao nível local na Área Metropolitana do Porto. Foi utilizada uma matriz de avaliação com enfoque em três áreas principais (saúde, determinantes da saúde e implementação) e respetivos atributos. Foram analisados quatro planos locais de saúde, três planos municipais de saúde e uma estratégia municipal de saúde.

Resultados: Os resultados demonstram que os instrumentos de planeamento em saúde apresentam uma elevada heterogeneidade nas designações, nos períodos temporais, estruturas e metodologias utilizadas. Identificou-se a ausência generalizada e dados sobre hábitos e estilos de vida e de orçamento específico. As ações relacionadas aos determinantes sociais, económicos e ambientais têm potencial para melhorias.

Conclusão: Evidencia-se a necessidade de maior coerência formal e material nos documentos de planeamento em saúde ao nível local. Os instrumentos de planeamento em saúde devem integrar várias plataformas para fortalecer as estratégias locais, melhorar os indicadores de saúde e centrar as políticas nos determinantes de saúde para aumentar o capital de saúde, capacitar as comunidades e implementar estilos de vida e ambientes mais saudáveis.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Planeamento em Saúde; Determinantes da Saúde; Políticas saudáveis

ABSTRACT

Introduction: In recent decades, the adoption of unhealthy lifestyles has led to an increase in the prevalence of chronic diseases and disability. Health Promotion is crucial for developing more comprehensive health policies, involving various sectors of society and addressing the determinants of health to better manage resources, increase health capital, and improve system efficiency. The objective of this work is to conduct a comparative analysis of local health planning documents, identifying challenges and opportunities.

Methodology: A comparative analysis of local health planning documents in the Metropolitan Area of Porto was conducted. An evaluation framework focusing on three main areas (health, health determinants, and implementation) and their respective attributes was used. Four local health plans, three municipal health plans, and one municipal health strategy were analyzed.

Results: The results demonstrate that health planning instruments show high heterogeneity in designations, time periods, structures, and methodologies used. There was a general absence of data on habits and lifestyles, and specific budgets. Actions related to social, economic, and environmental determinants have the potential for improvement.

Conclusion: There is a need for greater formal and material coherence in local health planning documents. Health planning instruments should integrate various platforms to strengthen local strategies, improve health indicators, and focus policies on the determinants of health to increase health capital, empower communities, and implement healthier lifestyles and environments.

Keywords: Health Promotion; Health Planning; Health Determinants; Healthy Policies

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	2
RESUMO.....	3
ABSTRACT.....	4
LISTA DE FIGURAS.....	7
LISTA DE TABELAS.....	7
ABREVIATURAS.....	8
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
2.1. Promoção da Saúde: conceitos e princípios.....	11
2.2. Determinantes da Saúde.....	12
2.3. Modelo comum de indicadores de Saúde: European Health Promotion Indicators Development (EUHPID).....	12
2.4. Promoção da Saúde e Prevenção da Doença: Abordagens distintas e complementares ...	14
2.5. A Promoção da Saúde no panorama internacional.....	15
2.5. A Promoção da Saúde em Portugal - Contextualização histórica.....	17
2.5.1. A Promoção da Saúde em Portugal nas últimas duas décadas (2004-2024).....	18
2.6. O Plano Nacional de Saúde 2030, os Planos Locais de Saúde, as Estratégias Locais de Saúde e as Estratégias Municipais de Saúde.....	27
2.6.1 Plano Nacional de Saúde 2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.....	28
2.6.2. Planos Locais de Saúde.....	28
2.6.3. Estratégias Locais de Saúde.....	29
2.6.4. Estratégias Municipais de Saúde.....	30
3. OBJETIVOS.....	31
3.1. Objetivo principal.....	31
3.2. Objetivos específicos.....	31
4. METODOLOGIA.....	33
4.1. Elaboração da matriz de análise.....	33
4.2. Estrutura da matriz de análise.....	33
4.2.1 Área 1: Saúde.....	33
4.2.2. Área 2: Determinantes da saúde.....	34
4.2.3. Área 3: Implementação.....	36
4.3. Amostragem.....	36
4.4. Revisão comparativa.....	38
4.5. Aspetos éticos.....	39
5. RESULTADOS.....	41
5.1. Planos Locais de Saúde.....	41

5.2. Estratégia/Planos Municipais de Saúde	43
6. DISCUSSÃO.....	47
7. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXO 1	73

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1. Modelo de desenvolvimento da saúde	14
Fig. 2. Localização da Área Metropolitana do Porto (NUTS III) em Portugal e dos 17 municípios que a compõem	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Diferenças entre promoção da saúde e prevenção	15
Tabela 2. Caracterização dos documentos incluídos na análise	38
Tabela 3. Planos Locais de Saúde: resultados obtidos através da aplicação do sistema de classificação de semáforos	42
Tabela 4. Estratégia/Planos Municipais de Saúde: resultados obtidos através da aplicação do sistema de classificação de semáforos	44
Tabela A. Atributos da matriz de revisão dos documentos de planeamento em saúde selecionados, justificativa para inclusão e termos de pesquisa adotados, adaptado de Callway et al., 2023	73
Tabela B. Características dos determinantes da saúde, adaptado de Bird et al. (2018)	77

ABREVIATURAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
ELS	Estratégia Local de Saúde
EMS	Estratégia Municipal de Saúde
EUHPID	European Health Promotion Indicators Development
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLS	Plano Local de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
RPMS	Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis
SNS	Serviço Nacional de Saúde

1. INTRODUÇÃO

A história da Promoção da Saúde, apesar de se constituir como uma visão com uma origem mais contemporânea, remontando a meados do século XX, está intimamente ligada à evolução do conceito de saúde (teoria dos quatro humores, método cartesiano, definição da OMS e teoria salutogénica) e à história da saúde pública (Loureiro e Miranda, 2021).

No quadro internacional, o Relatório de Lalonde (1974), abriu as portas para uma discussão sobre determinantes da saúde não médicos e contribuiu “para a transformação do pensamento sobre a saúde” (Hancock, 1986), bem como, as conclusões e recomendações da Declaração de Alma-Ata (1978), segundo Buss, et al., (2020) “trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde”.

A Carta de Ottawa, não só revolucionou globalmente o pensamento em saúde, como à luz da literatura publicada, representa o documento basilar e fundacional, de toda a ação da promoção da saúde que envolve outros setores da sociedade, para além do setor da saúde (Loureiro e Miranda, 2021). Foi a partir das Conferências Globais de Promoção da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que passou a ser possível envolver os Estados-Membros no aprofundamento e consolidação contínua dos princípios, dos valores, dos programas e das estratégias, no âmbito da política pública de promoção da saúde. Esse desenvolvimento do conceito de Promoção da Saúde verificou-se, sobretudo, nas últimas três décadas nos países desenvolvidos (Buss et al., 2020), dentro dos quais se integra Portugal.

O perfil de Saúde da população alterou-se nas últimas décadas, em especial no que respeita a doenças não transmissíveis motivadas por múltiplos fatores – em particular, estilos de vida menos saudáveis – que reduzem a qualidade de vida e bem-estar das pessoas. O aumento da esperança de vida, é acompanhada de uma maior carga de doença, em particular a partir dos 65 anos, exigindo novas respostas e soluções adequadas às necessidades em saúde crescentes e a uma melhor gestão de saúde capaz de corresponder ao desafio da escassez de recursos e da obtenção de melhores resultados em saúde (efetividade e eficiência). Ademais, existem diversos determinantes de saúde sociais, económicos, comportamentais, políticos e técnicos que influenciam direta e indiretamente a saúde dos indivíduos e que devem ser considerados numa perspetiva de saúde mais alargada (Loureiro e Miranda, 2021).

Por outro lado, as sucessivas reformas implementadas em Portugal, a reorganização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o processo de descentralização de competências na área da saúde, que estão atualmente em curso, colocam desafios e oportunidades, para promover uma mudança

no sistema de saúde, que permita estimular uma transição de uma natureza assistencialista e pouco preventiva, para um sistema promotor de saúde, assim como trazer novos protagonistas para o centro da decisão, como as Câmaras Municipais através da implementação de Estratégias Municipais de Saúde.

No contexto das instituições de saúde, os Planos Locais de Saúde representam instrumentos fundamentais de resposta concreta e em proximidade a muitos dos problemas acima referidos, e que deveriam espelhar na sua conceção, estrutura e implementação, uma política de promoção da saúde, que considerasse uma abordagem holística nas várias fases do curso de vida, aumentando o capital de saúde da população saudável e não saudável.

Para cumprimento deste compromisso mais amplo, mostra-se essencial manter uma uniformidade e coerência técnica/científica com as orientações nacionais (Direção-Geral da Saúde) e internacionais (Organização Mundial de Saúde, União Europeia e Nações Unidas). A interação e envolvimento com os vários setores, na comunidade, torna-se imprescindível para uma atuação cada vez mais articulada, efetiva e eficaz, evitando a duplicação de recursos e investimentos.

O Trabalho de Campo, que se apresenta sob a forma de *análise comparativa*, tem como finalidade contribuir para o aprofundamento da problemática da Promoção da Saúde, demonstrando a forma como é enquadrada (fundamentos), medida (indicadores) e implementada (intervenções e recursos), nos Planos Locais de Saúde e Estratégias/Planos Municipais de Saúde no contexto do planeamento e gestão em saúde. Desta forma, propõe-se a análise dos Planos Locais de Saúde e Estratégias/Planos Municipais de Saúde existentes na Área Metropolitana do Porto, através de uma matriz de avaliação no âmbito da promoção da saúde e revisão comparativa dos resultados obtidos, com vista a refletir sobre o papel da promoção da saúde nas comunidades que garanta maiores ganhos em saúde (efetividade) e de eficiência.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para melhor compreensão dos instrumentos de Promoção da Saúde implementados (Plano Nacional de Saúde, Planos Locais de Saúde e Estratégias/Planos Municipais de Saúde), importa realizar uma breve abordagem aos conceitos, assim como à história no contexto internacional e nacional, destacando alguns dos momentos mais relevantes.

2.1. Promoção da Saúde: conceitos e princípios

Para entender a Promoção da Saúde, é fundamental começar pelo conceito de saúde. Desde 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença (WHO, 1948). Com o tempo, esse conceito evoluiu, passando de uma visão ampla para uma visão mais biomédica, e depois retornando a uma abordagem holística que considera o indivíduo no seu contexto total. Neste sentido, as estratégias de promoção da saúde deverão basear-se numa saúde que melhore a qualidade de vida e que beneficie do desenvolvimento social, económico, cultural, ambiental e individual, na capacitação dos indivíduos e comunidades para a realização total do seu potencial de saúde e em ações articuladas entre todos os intervenientes.

Existem princípios básicos da Promoção da Saúde, que segundo Ashton e Seymor (1988) citados por Loureiro e Miranda (2021), são os seguintes:

- Envolver a população como um todo no contexto do seu quotidiano;
- Encaminhar a ação sobre as causas ou determinantes da saúde;
- Agir, complementarmente, sobre diferentes abordagens, designadamente, comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário, entre outros;
- Mobilizar a participação individual e comunitária; e
- Promover uma ação na perspetiva social e de saúde, onde os profissionais de saúde e outros profissionais de outros setores têm impacto positivo no seu desenvolvimento.

2.2. Determinantes da Saúde

A Promoção da saúde, pela sua amplitude de ação, garante uma abordagem de saúde com foco na melhoria dos seus determinantes, (redução das iniquidades e desigualdades) com a finalidade última de aumentar o capital de saúde da população. Literatura diversa demonstra que os determinantes da saúde correspondem aos fatores que influenciam a saúde individual e coletiva e que estão relacionados entre si (fatores genéticos, biológicos, serviços de saúde, condições socioeconómicas, culturais e ambientais, comportamentos individuais/estilos de vida e características sociais e comunitárias) (Loureiro; Miranda, 2021).

Neste sentido, o modelo de Dahlgren e Whitehead é amplamente reconhecido no setor da saúde devido à sua abordagem integrada e que evidencia a necessidade duma ação concertada entre vários setores da sociedade (Loureiro; Miranda, 2021).

No âmbito do Plano Nacional de Saúde 2030, os determinantes da saúde são fatores que podem influenciar positiva ou negativamente o estado de saúde, ou seja, a probabilidade de se observar o desenvolvimento de uma doença ou morte prematura e evitável (DGS, 2022c).

Os determinantes sociais e as desigualdades em saúde, são os fatores com maior peso no estado de saúde de uma população. O estudo coordenado por Michael Marmot refere que as desigualdades em saúde decorrem das desigualdades sociais (salário, educação emprego e contextos comunitários), que têm influência direta na saúde do individuo ao longo de todo o ciclo de vida e podem ser revertidas/mitigadas (Marmot, 2010).

Por outro lado, importa referir que Marmot et al., 2020, a respeito dos determinantes sociais da saúde afirmaram que a saúde está diretamente associada às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.

Complementarmente, as novas tecnologias trazem consigo novos fenómenos que têm influência direta na saúde física, mental e ambiental, e por isso, os determinantes digitais da saúde são igualmente um desafio e uma oportunidade multidimensional para centrar a ação na pessoa e melhorar a prevenção, o diagnóstico, a terapêutica, o acompanhamento da saúde e os hábitos de vida dos indivíduos (Magalhães, 2021).

2.3. Modelo comum de indicadores de Saúde: European Health Promotion Indicators Development (EUHPID)

Em 2006, foi criado o “Modelo de Desenvolvimento da Saúde” para definir indicadores de saúde comuns na Europa, com o objetivo de monitorizar as ações de promoção da saúde. Este modelo

adota uma perspetiva ampla, relacionando a saúde física, mental e social com determinantes individuais e ambientais, assim como promove a integração entre a conceção salutogénica (focada na promoção da saúde e bem-estar) e patogénica (focada na prevenção e tratamento de doenças).

Bauer, Davies e Pelikan (2006) destacam que o modelo distingue o desenvolvimento contínuo da saúde ao longo da vida da promoção da saúde, que é uma abordagem intencional e planeada para uma mudança sustentável. Embora seja verdade que a salutogénese e a patogénese são visões diferentes, não é menos verdade que são, também, complementares e convergentes em diversos pontos, ao longo do ciclo de vida.

O modelo exemplifica que os indivíduos podem experienciar, simultaneamente, aspetos positivos (bem-estar) e negativos (doenças crónicas) da saúde. Fatores de risco como por exemplo, altos níveis de ruído, podem prejudicar processos salutogénicos, enquanto recursos ao nível de apoio social podem mitigar os impactos desses fatores e ajudar na recuperação de doenças.

Este modelo oferece um referencial comum (Fig. 1) para melhorar o planeamento e a implementação de políticas públicas de saúde, evidenciando que:

- A promoção da saúde está associada à saúde salutogénica e procura aumentar os recursos que permitam a melhoria contínua da saúde positiva;
- A prevenção, a proteção da saúde e os cuidados de saúde estão ligados aos fatores de risco da saúde patogénica;
- A prestação de cuidados de saúde são resposta à doença de forma a restaurar o estado da saúde, ou a mitigar os efeitos provocados pela doença, e exigem a utilização de recursos;
- A prevenção está associada aos fatores de risco específicos ao nível individual;
- A proteção da saúde, tem subjacente o princípio da igualdade de oportunidades (Madi; Hussain, 2008), mobilizando os recursos para eliminação ou redução dos fatores de risco na comunidade (social e ambiental).

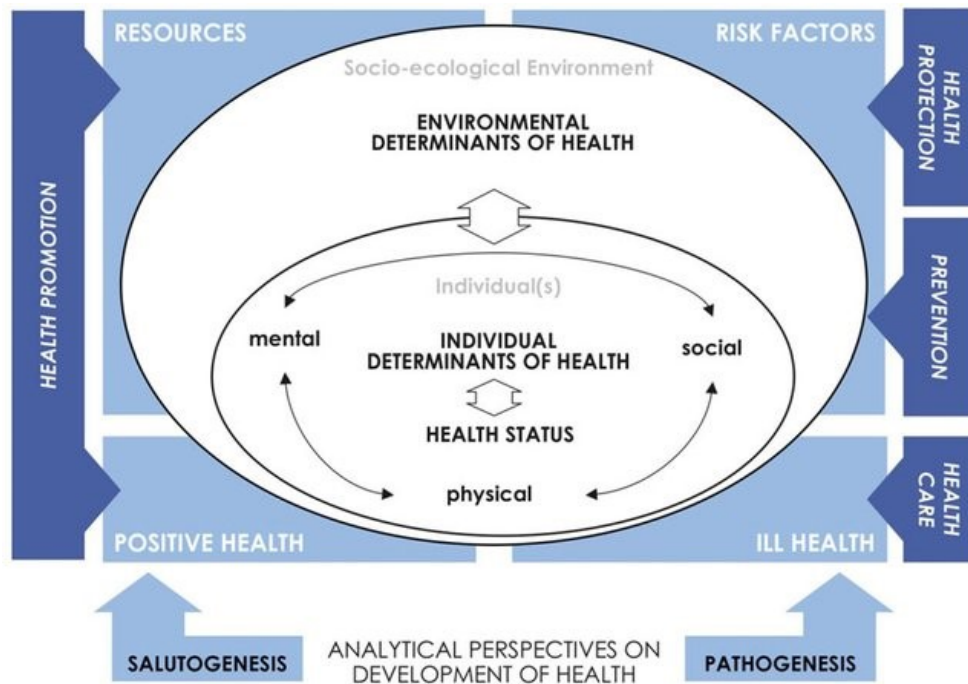


Fig. 1. Modelo de desenvolvimento da saúde.

Fonte: Bauer et al. 2006

2.4. Promoção da Saúde e Prevenção da Doença: Abordagens distintas e complementares

O tema das diferenças entre Promoção da Saúde e Prevenção da Doença é frequentemente discutido tanto no setor de saúde quanto fora dele, principalmente porque ambos os conceitos se baseiam na ideia de doença, transmissão e risco (Czeresnia, 1999). Segundo Leavell e Clark (1976), a prevenção da doença exige ação antecipada baseada no conhecimento da história natural da doença para impedir seu progresso. Os autores identificam três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), sendo a promoção da saúde parte integrante da prevenção primária. Contudo, este estudo foca-se mais na doença do que na saúde, procurando reduzir a incidência e prevalência de doenças específicas.

A promoção da saúde, por outro lado, tem um escopo mais amplo, visando aumentar a saúde e o bem-estar geral (Leavell; Clark, 1976). As políticas de promoção da saúde têm como objetivo aumentar o capital de saúde, capacitar indivíduos e comunidades e implementar estilos de vida e ambientes saudáveis (Loureiro; Miranda, 2021).

Czeresnia (1999) destaca que a promoção da saúde envolve fortalecer a capacidade individual e coletiva para lidar com os múltiplos fatores que influenciam a saúde, indo além da simples aplicação de técnicas e normas. Reconhece, ainda, que não basta entender a forma como funcionam as doenças e encontrar maneiras de controlá-las.

Finalmente, é relevante o uso do quadro de diferenças esquemáticas entre promoção da saúde e prevenção da doença, desenvolvido por Stachtechenko e Jenicek e adaptado por Buss, e posteriormente por Loureiro e Miranda (2021) (Tabela 1).

Tabela 1. Diferenças entre promoção da saúde e prevenção da doença.

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DA DOENÇA
CONCEITO DE SAÚDE	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
MODELO DE INTERVENÇÃO	Participativo	Médico
ALVO	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente em grupos de alto risco da população
MISSÃO	Rede de temas da saúde	Patologia específica
ESTRATÉGIAS	Diversas e complementares	Geralmente única
ABORDAGENS	Facilitação e capacitação	Direcionadas e persuasivas
DIRECIONAMENTO DAS MEDIDAS	Disponibilizadas à população	Impostas a grupos-alvo
OBJETIVOS DOS PROGRAMAS	Mudanças na situação dos indivíduos e do seu ambiente	Focam-se principalmente em indivíduos e grupos
EXECUTORES DOS PROGRAMAS	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais, etc. com eventual apoio dos profissionais de saúde e outros técnicos	Profissionais de saúde

Fonte: Loureiro e Miranda, 2021

2.5. A Promoção da Saúde no panorama internacional

A história da Promoção da Saúde, apesar de se ter consolidado no século XX, está profundamente ligada ao conceito de saúde e à história da saúde pública. Movimentos globais pela paz, igualdade, justiça social e bem-estar impulsionaram a criação de instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, que declarou a saúde como um direito fundamental e responsabilidade dos Estados (Moreira; Santos; Sousa, 2020).

A Constituição da OMS definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, integrando abordagens biomédicas, tecnológicas e

sociais (WHO, 1948). Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reforçou a necessidade de garantir direitos fundamentais, incluindo a saúde.

Em 1974, o Relatório Lalonde do Canadá introduziu uma visão integrada da saúde, considerando fatores sociais e ambientais, desafiando o domínio da biomedicina (DGS, 2011). Em 1978, a Conferência de Alma-Ata destacou os cuidados de saúde primários como essenciais para reduzir desigualdades e atingir "Saúde Para Todos no Ano 2000" (WHO, 1978).

A Carta de Ottawa, de 1986, resultado da 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, marcou um ponto de viragem, promovendo um movimento internacional focado em políticas públicas saudáveis (WHO, 1987). Esta carta estabeleceu cinco áreas de ação: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, desenvolvimento de competências pessoais, ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde (Loureiro; Miranda, 2021).

Nas décadas seguintes, diversas conferências internacionais reforçaram esses princípios. Em 1988, a Conferência de Adelaide focou-se na responsabilidade governamental por políticas intersectoriais (WHO, 2009). Em 1991, a Declaração de Sundsvall enfatizou ambientes favoráveis à saúde. A Conferência de Jacarta, em 1997, destacou a necessidade de cooperação entre setores público, privado e social (WHO, 1997).

A Estratégia "Saúde 21" e a Declaração do Milénio de 2000 promoveram políticas públicas de promoção da saúde. A Carta de Bangkok de 2005 e a Carta de Tallinn de 2008 reforçaram a necessidade de estratégias globais e sustentáveis. As conferências de Nairobi, em 2009, de Helsínquia, em 2013, e de Xangai, em 2016, continuaram a expandir esses princípios, integrando a promoção da saúde nas agendas globais de desenvolvimento sustentável (Loureiro; Miranda, 2021). Durante o ano de 2013 é publicada a estratégia "Health 2020", da OMS, como quadro de referência para as políticas europeias de saúde (WHO, 2013).

Em 2021, a 10.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada durante a pandemia de COVID-19, adotou a Carta de Genebra, propondo ações para uma economia equitativa, políticas públicas para o bem comum, cobertura universal de saúde, transformação digital e preservação do planeta, reforçando o compromisso global com a promoção da saúde e bem-estar (WHO, 2021).

Merecedora de especial destaque neste contexto, é, em 2015, a adoção, na Assembleia Geral das Nações Unidas, da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável que apresenta uma abordagem integrada, multissetorial de desenvolvimento de ações com o fim de erradicar a pobreza, proteger o ambiente, promover a paz e a prosperidade no mundo através de 17 objetivos (United Nations, 2015). A área da saúde está presente no Objetivo 3 que prevê a garantia do acesso à saúde de qualidade e promoção do bem-estar para todos, em todas as idades, fixando

diversas metas e indicadores acompanhados, em Portugal, pelo Instituto Nacional de Estatística (INE): reduzir a taxa de mortalidade global, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, promover a saúde mental e o bem-estar, entre outras.

2.5. A Promoção da Saúde em Portugal - Contextualização histórica

Após a implementação do regime democrático em 1974, Portugal obteve um significativo desenvolvimento económico e social. Campos e Simões (2014) destacam que o rendimento disponível das famílias mais do que duplicou, melhorando visivelmente a qualidade de vida, especialmente nas condições de vida e habitação. Várias políticas públicas foram implementadas, impulsionando o progresso social e económico (Campos, 2022):

- Reconhecimento do direito à proteção da saúde como direito fundamental na Constituição da República Portuguesa;
- Criação do SNS, em 1979, universal e tendencialmente gratuito;
- Aprovação da Lei de Bases da Saúde em 1990 e do Estatuto do SNS, em 1993;
- Adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia, em 1986;
- Reforma dos cuidados de saúde primários em 2005, com a criação das Unidades de Saúde Familiares;
- Aprovação de uma nova Lei de Bases da Saúde, em 2019;
- Descentralização de competências para órgãos municipais no domínio da saúde a partir de 2019;
- Aprovação do novo Estatuto do SNS, em 2022 (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto);
- Criação da Direção Executiva do SNS, em 2022, e aprovação dos seus estatutos, em 2023 (Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro);
- Generalização do modelo de Unidades Locais de Saúde, em 2023;
- Aprovação dos regimes jurídicos de dedicação plena no SNS e dos centros de responsabilidade integrados em hospitais do SNS, em 2023.

Este desenvolvimento consolidou o sistema público de saúde, que coopera com os setores social e privado, em regime de complementaridade, melhorando indicadores de saúde como por

exemplo, as condições de vida, a esperança de vida e a redução da mortalidade evitável. Campos e Simões (2014) atribuem ao SNS e à melhoria das condições de vida uma grande parte dos ganhos em saúde, colocando Portugal entre os melhores países para mães e crianças. Hoje, esses avanços criam um terreno fértil para a promoção da saúde, integrando uma nova geração de políticas de saúde no século XXI.

2.5.1. A Promoção da Saúde em Portugal nas últimas duas décadas (2004-2024)

Nas últimas duas décadas, as políticas públicas de promoção da saúde, em Portugal, têm-se concentrado na redução das desigualdades e no enfoque dos determinantes de saúde. Durante este período, o padrão de saúde e doença da população portuguesa mudou significativamente, caracterizado por um aumento da esperança de vida (devido principalmente pela redução da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares), diminuição da mortalidade global, e aumento das morbilidades e multimorbididades, especialmente entre as pessoas a partir dos 65 anos, predominantemente devido a doenças crónicas (INE, 2022).

A situação demográfica em Portugal, assim como no resto da Europa, é preocupante. Entre 2000 e 2021, a população com 65 anos ou mais aumentou 6%, chegando a 22%, valores que estão acima da média europeia e podendo vir a atingir 34% até 2050. Após os 65 anos, espera-se que os portugueses vivam cerca de 2/5 de sua vida restante com limitações. Em 2020, as doenças cardiovasculares e o cancro foram as principais causas de morte, representando, respetivamente, 27% e 23% das mesmas (OECD/EOHSP, 2023).

Os principais fatores de risco comportamentais, em 2019, foram o consumo de tabaco, de álcool, alimentação inadequada e falta de atividade física, contribuindo para 30% das mortes. A população adulta fumadora diminuiu para 14%, abaixo da média europeia, 19%, assim como entre a população adolescente (OECD/EOHSP, 2023). No entanto, o consumo de cigarros eletrónicos entre adolescentes está a aumentar. O consumo excessivo de álcool entre adultos aumentou 4,4 pontos percentuais desde 2014, atingindo 15%, abaixo da média europeia, 19%. A obesidade afeta 17% dos adultos portugueses, valor acima da média europeia, 16% (OECD/EOHSP, 2023).

Em 2022, apenas 14% dos jovens de 15 anos praticavam atividade física regularmente, abaixo da média europeia, 15%. Fatores ambientais, como a poluição atmosférica, têm um impacto menor na mortalidade (2%). Aproximadamente um terço das mortes anuais em Portugal estão relacionadas com fatores comportamentais e ambientais.

No âmbito da saúde mental, 22% da população portuguesa sofria de alguma perturbação mental em 2019, acima da média europeia de 16,7%. Os níveis de ansiedade (9%) e depressão (6%) são elevados, especialmente entre mulheres e pessoas com baixos rendimentos. Embora a taxa de

suicídio em Portugal seja inferior à média europeia, as regiões do Sul apresentam taxas mais elevadas que a média nacional (OECD/EOHSP, 2023).

Esta realidade levou à adoção de várias políticas públicas de promoção da saúde a nível nacional, regional e local, alinhadas com as políticas e recomendações da União Europeia e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

2.5.1.1. Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um instrumento estratégico e orientador para a intervenção comunitária, visando obter ganhos em saúde. O Plano Nacional é definido como um "fio condutor" e "instrumento fundamental de gestão" para o setor da saúde e para outras áreas setoriais, desempenhando um papel agregador e orientador para promover "Mais Saúde para Todos" (DGS, 2004). A Direção-Geral da Saúde (DGS) é atualmente a entidade da administração direta do Estado responsável pela promoção da saúde e prevenção da doença, incluindo a elaboração, implementação e acompanhamento do PNS, conforme o Decreto-Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro.

Recuando algumas décadas atrás ao surgimento do primeiro Plano Nacional, importa referir que, com a criação da figura do Alto-Comissário da Saúde em 2001, foi necessário estabelecer uma entidade autónoma diretamente dependente do Ministério da Saúde para coordenar a execução do PNS referente ao período de 2004-2010. Assim, foi criado o Alto-Comissariado da Saúde pelo Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de agosto, com sua orgânica aprovada pelo Decreto-Lei n.º 218/2007, de 29 de maio.

O Alto Comissariado da Saúde tinha como principal missão garantir o apoio técnico à formulação de políticas, planeamento estratégico da saúde e coordenação dos Programas Verticais de Saúde, conforme o Decreto-Lei n.º 91/2010, de 22 de julho, e o Despacho n.º 16394/2010, de 28 de outubro. Durante o seu funcionamento, foram implementados quatro programas verticais: doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, VIH/SIDA e saúde mental.

Em 2011, o Alto Comissariado da Saúde foi extinto pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, e as suas atribuições foram transferidas para a DGS, incluindo a coordenação do planeamento estratégico, monitorização da qualidade e acesso aos cuidados de saúde, bem como os programas verticais anteriormente constituídos.

Dentro deste contexto, foram implementados diversos Planos Nacionais de Saúde para orientar as políticas e ações de saúde pública em Portugal:

a) Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS 2004-2010): Foi o primeiro Plano Nacional de Saúde, concretizado com base num documento anterior estruturante, “Saúde, um compromisso: a estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)”, que demonstrou as virtudes de uma colaboração intersectorial (educação, economia, trabalho, justiça entre outros) com intervenção sobre os determinantes da saúde ao longo do ciclo de vida no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença (Loureiro; Miranda, 2021). Para alcance dos desígnios estabelecidos, foi criada uma estrutura sólida e uma rede ampla de sinergias na área da saúde e extensível a outros setores: “No PNS 2004-2010, a concertação de estratégias do Sistema de Saúde Português foi promovida através da criação de estruturas específicas: Alto-Comissariado da Saúde, Gabinete de Planeamento Estratégico, Avaliação e Relações Internacionais; Comissões de Acompanhamento, Permanente e Plenária, que integram instituições centrais e regionais, Coordenações dos Programas Prioritários e representantes de outros Ministérios; sistema de monitorização de indicadores de saúde.” (DGS, 2013);

b) Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS 2012-2016): Teve como objetivo maximizar os ganhos em saúde, introduzir melhoria no acesso, na qualidade, promover políticas de saúde saudáveis e transversais a outras áreas e capacitando o cidadão (DGS, 2013);

c) Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (PNS 2020): Reafirmou a perspetiva integrada da saúde em todas as políticas, do envolvimento intersectorial, com a finalidade de promover a redução da morte prematura, melhorar a saúde em particular a partir dos 65 anos, reduzindo a carga de doença (crónica) e os fatores de risco associados (DGS, 2015);

d) Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030). Saúde Sustentável de tod@s para tod@s: Aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16 de agosto, encontra-se atualmente em vigor (DGS, 2022c).

Os sucessivos Planos Nacionais de Saúde têm definido metas e indicadores que permitem alcançar os objetivos, assim como procuram assegurar o seu cumprimento através dos programas prioritários da DGS, como, por exemplo, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, o Programa Nacional para a Atividade Física, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (DGS, 2024). Mostra-se igualmente relevante destacar o Plano Nacional de Saúde Mental, que a partir de 2021 passou a ser coordenado pela Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, conforme o Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro.

Os programas de saúde prioritários constituem-se como uma das ferramentas essenciais de apoio ao Plano Nacional de Saúde, a par dos Planos Regionais, Locais e Estratégias Municipais de Saúde, para o desenho e execução de políticas públicas de promoção da saúde.

2.5.1.2. Prevenção e Controlo do Tabagismo

No âmbito da luta contra o tabagismo, Portugal, ao aprovar e ratificar a Convenção-Quadro da OMS para o controlo do tabaco em 2003, comprometeu-se a desenvolver políticas públicas para proteger os cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco, controlar o mercado dos produtos de tabaco e similares, e reduzir o consumo desses produtos (Costa, et al., 2016).

Em 2007, foi publicada a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, estabelecendo normas para proteger os cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do consumo. Esta lei proibiu fumar em locais fechados, de acesso ao público. Segundo Domingues (2019), esta lei foi geralmente bem recebida pela população e cumprida pelos estabelecimentos de restauração. Contudo, George (2019) observou que a legislação portuguesa poderia ter sido mais audaz e exigente.

Em 2023, o Governo, através do Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde apresentou à Assembleia da República a Proposta de Lei n.º 88/XV/1, que transpõe a Diretiva Delegada (UE) 2022/2100 e reforça normas para a prevenção e controlo do tabagismo. Esta iniciativa pretendia alinhar-se com as políticas europeias e internacionais, como a Convenção-Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e o Plano Europeu de Luta contra o Cancro, visando proteger a população da exposição aos produtos do tabaco, tanto convencionais como não convencionais (Assembleia da República, 2023).

Embora a proposta tenha sido aprovada na generalidade e enviada para a Comissão de Saúde, a situação política do país, com a demissão do XXIII Governo Constitucional e a dissolução da Assembleia da República, foi decidido pelo Parlamento aprovar apenas as matérias referentes à diretiva europeia para evitar o incumprimento da legislação comunitária (Assembleia da República, 2023).

2.5.1.3. Promoção da Alimentação Saudável

Portugal tem feito esforços progressivos para adotar políticas públicas que melhorem os hábitos alimentares, o estado nutricional da população e a saúde, com a participação ativa do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da DGS (Graça; Gregório; Freitas, 2020).

As principais medidas visam prevenir e reduzir doenças crónicas associadas a comportamentos alimentares e nutricionais, inspirando-se, desde 1992, em conferências internacionais das Nações Unidas sobre nutrição. A segunda conferência internacional reforçou o compromisso para ações na área da nutrição, com o documento “Década de Ação das Nações Unidas sobre Nutrição 2016-2025”, que se baseou, também, nos diversos Planos de Ação Europeus da OMS, especialmente o Plano de Ação Europeu para Alimentação e Nutrição 2015-2020.

No contexto nacional, destacam-se as seguintes medidas de promoção da saúde (Graça; Gregório; Freitas, 2020; Graça e Gregório, 2012):

- 2005: Criação do Plano Nacional de Combate à Obesidade, integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, visando reduzir a prevalência de pré-obesidade e obesidade com a participação de vários setores (saúde, poder local, economia, educação, entre outros);
- 2007: Criação da Plataforma Contra a Obesidade pela DGS, em alinhamento com a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade, da OMS;
- 2007: Publicação das Circulares n.º 14/DGIDC/2007, n.º 15/DGIDC/2007 e n.º 11/DGIDC/2007 pela DGS para estabelecer regras e recomendações para alimentação em refeitórios e *buffets* escolares, e orientações para máquinas de venda automática. Atualizações ocorreram em 2018 e 2012;
- Implementação do Regime de Fruta Escolar;
- 2009: Publicação da Lei n.º 75/2009, que estabelece normas para reduzir o teor de sal no pão e informações na rotulagem de alimentos embalados;
- 2012: Implementação do Programa Nacional para a Alimentação Saudável da DGS, um marco histórico na política de alimentação e nutrição em Portugal;
- Desde 2012: Promoção de ações para estilos de vida saudáveis no trabalho, em colaboração com o Programa FOOD;
- 2017: Adoção de medidas fiscais para promover alimentação saudável, como o agravamento fiscal para bebidas açucaradas, através das Leis do Orçamento do Estado para 2017 e 2019;
- 2015: Publicação da “Proposta Estratégica para a redução do consumo de sal na população portuguesa”;
- 2017: Constituição da Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável para estratégias amplas e intersectoriais;

- Acordo para redução progressiva do teor de sal no pão entre a DGS e associações industriais;
- 2019: Estabelecimento de restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos pela Lei n.º 30/2019, de 23 de abril, e avaliação de impactos pelo Despacho n.º 12980/2023, 19 de dezembro;
- 2023: Publicação da Lei n.º 17/2023, de 14 de abril, isentando certos produtos alimentares de IVA para mitigar os efeitos da inflação e valorizar escolhas alimentares saudáveis;
- 2023: Publicação do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030 (DGS, 2022b).

2.5.1.4. Conselho Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi criado através do Decreto-Lei n.º 49/2016, de 23 de agosto, com uma natureza consultiva independente (do Governo) e com a finalidade de promover no quadro de uma visão integrada e participada do sistema, uma cultura de responsabilidade, de transparência, de diálogo e envolvimento da população para a definição de políticas públicas. Entre as várias atribuições deste órgão, importa destacar a importante função de emitir parecer e recomendações no âmbito da política de saúde, em especial no que se refere ao Plano Nacional de Saúde, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei acima referido.

De referir que desde a sua criação, o Conselho Nacional de Saúde tem elaborado relatórios, pareceres e recomendações estruturantes no sentido de encontrar soluções para o setor da Saúde. A este propósito, e para o que importa, destaca-se o relatório sobre a “Saúde em Portugal”, de 2017, o documento “Gerações Mais Saudáveis: Políticas Públicas de Promoção da Saúde das Crianças e Jovens em Portugal”, de 2018, o relatório “Sem Mais Tempo a Perder: Saúde Mental em Portugal – Um desafio para a próxima década”, de 2019, o documento “Participação Pública em Saúde”, de 2020, a “Agenda da Juventude para a Saúde 2030” e o relatório “Para um melhor Sistema de Informação de Saúde ao serviço das pessoas”, de 2024 (CNS, 2024).

2.5.1.5. Literacia em Saúde

A OMS define literacia em saúde como "o conhecimento e as competências pessoais que se acumulam através das atividades diárias, das interações sociais e das gerações. O conhecimento e as competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade dos recursos que permitem às pessoas aceder, compreender, avaliar e utilizar informações e

serviços de forma a promover e manter uma boa saúde e bem-estar para si e para aqueles que as rodeiam" (WHO, 2021).

A literacia em saúde é uma ferramenta importante na promoção da saúde, conferindo autonomia e capacitando os cidadãos para tomar decisões conscientes e fazer escolhas adequadas e saudáveis no quotidiano. Segundo Loureiro (2015), "o investimento em literacia em saúde requer abordagens compreensivas (holísticas), incluindo a utilização de uma linguagem clara que torne acessíveis as mensagens a todos, que favoreça uma maior capacidade para lidar com a doença, para a utilização dos serviços de saúde de forma adequada e para melhor compreender e controlar as situações da vida".

Em Portugal, a DGS desenvolveu o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 – Plano Estratégico, alinhado com o Plano Nacional de Saúde 2030. Este plano está comprometido não só com a literacia em saúde, mas também com a construção de "ecossistemas promotores de comportamentos saudáveis". O objetivo do plano é melhorar os níveis de literacia da população, promovendo condutas e ecossistemas saudáveis, bem-estar e qualidade de vida ao longo da vida, e garantindo a sustentabilidade do sistema (DGS, 2023).

No Relatório do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, identificou-se a necessidade de explorar alguns aspetos e oportunidades de investimento, nomeadamente (DGS, 2022a):

- Articulação interna e externa;
- Avaliação de grupos etários específicos;
- Definição de indicadores para medir periodicamente o plano;
- Desenvolvimento de plataformas que potenciem a articulação entre os projetos e as pessoas;
- Canalização de financiamento para esta área.

O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 teve em conta esse relatório e definiu as seguintes linhas de ação futuras:

- Criação do Observatório da Literacia em Saúde;
- Aposta no digital e inteligência artificial;
- Desenvolvimento de Plataforma de Boas Práticas;
- Avaliação da perceção do risco;

- Promoção da mobilização social.

2.5.1.6. Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis

Em 1986, foi criada a Rede de Cidades Saudáveis da OMS, um projeto destinado a criar sinergias e partilhar aprendizagens e boas práticas no âmbito da promoção e proteção da saúde a nível autárquico. A primeira conferência realizou-se em Portugal, impulsionando outros países a acolherem o projeto no contexto internacional (Ashton; Tiliouine; Kosinska, 2018). Segundo a OMS, "durante 30 anos, a Rede Europeia de Cidades Saudáveis reuniu cerca de 100 cidades emblemáticas e aproximadamente 30 redes nacionais" e "demonstrou ser um motor importante e inovador de mudança, criando ambientes urbanos mais saudáveis que apoiam a saúde e o bem-estar das pessoas que os utilizam" (WHO, 2024a).

De acordo com o sítio oficial da OMS, a atividade da Rede Europeia desenvolve-se em fases de cerca de cinco anos, com diferentes prioridades. Na sequência da Cimeira de Autarcas da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS, realizada em 2018, em Copenhaga, foi alcançado um consenso para uma visão de futuro para a rede e para as cidades da Europa, designada por "Cidades Mais Saudáveis e Felizes para Todos". Esta visão orienta a fase VII do projeto, para o período 2019–2025, alinhada com a Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável (Ashton; Tiliouine; Kosinska, 2018).

Em Portugal, foi constituída em 1997 uma associação de municípios, denominada Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS), com a missão de "apoiar a divulgação, implementação e desenvolvimento do projeto Cidades Saudáveis nos municípios que pretendam assumir a promoção da saúde como uma prioridade da agenda dos decisores políticos" (RPMS, 2024). Conforme Tajra e Vianna (2018), "a adesão dos municípios é voluntária e cada um deles contribui financeiramente para a manutenção da Rede, com o pagamento de uma contribuição, cabendo a cada município a execução do Plano de Atividades, aprovado pela Rede Portuguesa".

Os 64 municípios portugueses (dados de 2022) que integram a RPMS comprometeram-se a desenvolver o Projeto Cidades Saudáveis da OMS e a desenhar instrumentos de monitorização e avaliação da saúde (RPMS, 2024). Em 29 de setembro de 2023, a RPMS apresentou publicamente a nova ferramenta de avaliação integrada e multidimensional denominada "Atlas dos Municípios Saudáveis", que será considerada na metodologia do presente trabalho, pois reúne um vasto conjunto de informações "que integra um vasto número de indicadores com potencial de informar a implementação e o cumprimento do atual quadro de Governança Local para a Saúde" (RPMS, 2024).

2.5.1.7. Programa Bairros Saudáveis

O Programa Bairros Saudáveis, foi criado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 52-A/2020, de 1 de julho, na sua redação atual, e que se caracteriza como um importante instrumento de política pública amplo, participativo e multissetorial.

A referida Resolução, reconhece a importância dos determinantes em saúde e a forma como influenciam direta ou indiretamente a saúde individual e comunitária, evidencia a indispensável articulação e participação interministerial e intersectorial das áreas, saúde, social, económica, infraestrutural, ensino superior e ambiental, assim como aproveita estruturas existentes, designadamente associações, movimentos cívicos, grupos de moradores e a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis para uma melhor articulação no contexto da intervenção local e de mobilização das comunidades, necessárias para a eficácia e efetividade das ações levadas a cabo (Portal SNS, 2022).

Este Programa está alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, e tem como finalidade, entre outras, empoderar e capacitar as comunidades locais, conferindo apoio para se auto-organizarem e promovendo a sua participação ativa na comunidade e no meio envolvente de forma a melhorar as condições de vida e a qualidade de vida, tornando-as mais saudáveis, resilientes, seguras e inclusivas.

Atualmente, o Programa encontra-se na segunda edição (duração de três anos), aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 158/2023, de 11 de dezembro, que, até essa data, contou com 240 projetos elegíveis e realizados (no global 774 candidaturas), com uma taxa média de execução física de 94%, 1180 entidades envolvidas, um alcance efetivo de 145 mil pessoas e com uma considerável dispersão geográfica no território nacional continental.

2.5.1.8. A criação do Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde

Em 2022, através do Decreto-Lei n.º 65/2022, de 28 de setembro, foi criada em Portugal a função de Secretária de Estado da Promoção da Saúde, como parte do XXIII Governo Constitucional, sendo a primeira vez que um gabinete ministerial da área da Saúde é claramente designado dessa forma, com vista ao desenvolvimento e implementação de políticas públicas de promoção da saúde. No entanto, com a entrada do XXIV Governo Constitucional em 2024, a designação foi extinta, conforme o Decreto-Lei n.º 32/2024, de 10 de maio.

Durante a vigência do Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde, foram implementadas diversas políticas públicas, evidenciando uma mudança de paradigma de uma perspectiva assistencialista para uma abordagem mais integrada da saúde, visando aumentar o

capital de saúde da população. São exemplo disso a criação do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P., a aprovação da Estratégia Nacional da Luta Contra o Cancro 2030 e do PNS 2030, a apresentação da Proposta de Lei do Tabaco, anteriormente referida, o aprofundamento das políticas dirigidas à alimentação saudável e à atividade física, aos migrantes e a outras comunidades vulneráveis e à saúde nas prisões. Porém, devido à situação política nacional, não foi possível avançar com o objetivo de criar uma Agência para a Promoção da Saúde, (inscrito na Lei das Grandes Opções para 2023-2026 – Lei n.º 38/2023, de 2 de agosto, “Criar uma estrutura nacional para a promoção da saúde”) e de executar a reforma dos serviços de saúde pública (de acordo com o Despacho n.º 4764/2023, de 20 de abril), peças essenciais para reorientar a atuação da saúde pública em Portugal para a promoção da saúde.

2.6. O Plano Nacional de Saúde 2030, os Planos Locais de Saúde, as Estratégias Locais de Saúde e as Estratégias Municipais de Saúde

A base 4 da Lei de Bases da Saúde, de 2019, (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) estabelece que o Plano Nacional de Saúde, e os Planos Regionais e Locais de Saúde são um dos principais fundamentos da política de saúde, segundo uma abordagem de saúde pública, definindo como prioritário o investimento na melhoria do planeamento e avaliação em saúde em Portugal.

O Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, estabelece que uma das atribuições da DGS é assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde assim como a sua coordenação ao nível nacional. Competindo ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), a avaliação da execução e dos resultados do Plano Nacional de Saúde, de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 27/2012, de 8 de fevereiro.

No âmbito dos trabalhos de acompanhamento e execução do Plano Nacional de Saúde e ao abrigo do Despacho n.º 728/2014, de 16 de janeiro, foi constituída uma estrutura de apoio à coordenação, com particular destaque para a criação da figura do Diretor Executivo do Plano Nacional de Saúde, que, até ao momento, e do que é publicamente conhecido, o último Diretor Executivo foi nomeado pelo Despacho n.º 1772/2018, de 8 de fevereiro.

As Estratégias Municipais de Saúde estão previstas no Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, na sua redação atual, que concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde.

Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, na sua redação atual e o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde, são importantes instrumentos legais a considerar no

contexto do Plano Nacional de Saúde 2030, atualmente em vigor, dos Planos Locais de Saúde e das intervenções de proximidade que serão abordados de seguida.

2.6.1 Plano Nacional de Saúde 2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s

O Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030) foi aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16 de agosto. Este plano, desenvolvido desde 2019 com a participação de cerca de 100 entidades, consiste num instrumento orientador alinhado com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (DGS, 2022c). Visa ajustar recursos às necessidades em saúde, melhorar a qualidade dos cuidados, promover planeamento estratégico, e acompanhar inovações digitais para obter melhores resultados em saúde.

O PNS 2030 é caracterizado por uma agenda inovadora, com um horizonte de uma década, que pretende alcançar um "Pacto Social" através de recomendações como o modelo de articulação integrada e a ação multissetorial sobre determinantes de saúde.

Os cinco desígnios do PNS 2030 são:

1. Reduzir as desigualdades;
2. Promover comportamentos e comunidades saudáveis;
3. Minimizar impactos das alterações climáticas na saúde;
4. Reduzir a carga das doenças transmissíveis e não transmissíveis;
5. Manter sob controlo problemas de saúde já controlados.

Os 15 objetivos estratégicos incluem promover a equidade em saúde, a paz, a justiça, a literacia em saúde, a longevidade e o envelhecimento ativo, e proteger o planeta.

2.6.2. Planos Locais de Saúde

Os Planos Locais de Saúde (PLS), segundo o Manual Orientador da DGS, são instrumentos essenciais para a concretização do PNS 2030 a nível local. Estes devem refletir estratégias e intervenções de proximidade, alinhadas com os objetivos nacionais.

O papel da saúde pública é imprescindível neste domínio, em particular as Unidades de Saúde Pública a nível local, com o envolvimento de vários atores internos dos diversos níveis de cuidados, que têm uma responsabilidade de coordenação técnica de elaboração, implementação,

monitorização e avaliação dos PLS (DGS, 2016). Campos e Simões (2014) afirmam que a saúde pública atesta a “qualidade, quantidade e atualidade dos documentos produzidos pelos seus serviços, como os Planos Regionais e Locais de Saúde, elaborados em coerência com o Plano Nacional de Saúde (...)”.

A elaboração dos PLS deve envolver:

1. Diagnóstico do estado de saúde da população;
2. Priorização dos problemas identificados;
3. Definição de objetivos e metas;
4. Definição de estratégias e plano de implementação;
5. Mecanismos de governação e monitorização;
6. Avaliação e plano de comunicação;
7. Identificação dos recursos necessários.

2.6.3. Estratégias Locais de Saúde

As Estratégias Locais de Saúde (ELS) são compromissos entre os agentes locais para melhorar a saúde comunitária através de uma abordagem intersectorial. As Estratégias Locais de Saúde são amplamente reconhecidas como importantes instrumentos de operacionalização dos Planos Locais de Saúde e de concretização local dos desígnios do Plano Nacional de Saúde, que acrescentam valor ao trabalho desenvolvido na comunidade pelas organizações de saúde.

Estas estratégias foram iniciadas no âmbito do Plano Nacional de Saúde de 2004-2010, com o intuito de atuar na melhoria dos determinantes em saúde para o qual seria essencial uma abordagem intersectorial. Essa cooperação conheceu os primeiros passos a partir de 1985 na reunião que lançou o projeto europeu das Cidades Saudáveis, onde Lisboa foi o local escolhido e que nessa altura desenvolvia o projeto “Saúde em Lisboa”, uma articulação entre Administração Regional de Saúde, Câmara Municipal e Santa Casa da Misericórdia (Sakellarides, 2009).

Relativamente ao papel das Estratégias Locais de Saúde, Santos et al., (2010) afirmam que “(...) terá que existir uma clara articulação entre o plano/programa de trabalho da organização e uma estratégia local de saúde da comunidade onde esta organização se insere. (...) As ELS não se podem confundir com os planos de ação das organizações que para ela contribuem. (...) as estratégias locais de saúde constituem apenas uma parte integrante do plano de trabalho das

organizações. Somente uma parte (por vezes pequena) das atividades dos planos individuais e institucionais estão incluídos na estratégia local de saúde”.

2.6.4. Estratégias Municipais de Saúde

A descentralização de competências do poder central para o poder local teve início em 2018, através da publicação da Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto, Lei-Quadro da Transferência de Competências para as Autarquias Locais e Entidades Intermunicipais. A referida Lei prevê que a transferência de competências deve adequar-se à sua natureza, preservando a autonomia administrativa, financeira, patrimonial e organizativa dos municípios. O seu artigo 13.º estabelece as novas competências para os municípios na área da saúde, com especial atenção para a participação nos programas de promoção da saúde (saúde pública, comunitária, estilos de vida saudáveis vida saudável e envelhecimento ativo).

Neste contexto, o Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, na sua redação atual, veio concretizar o quadro de transferência de competências já prevista na área da saúde, a qual sofreu cinco alterações legislativas justificadas na necessidade de se realizar ajustes normativos, identificados na elaboração dos autos de transferência (artigo 20.º) durante o longo período de diálogo entre o Governo e a Associação Nacional de Municípios Portugueses. Entre os referidos ajustes inclui-se a densificação do âmbito das Estratégias Municipais e Supramunicipais de Saúde e a sua articulação e coerência com outros instrumentos no âmbito do Planeamento em Saúde.

As Estratégias Municipais de Saúde definem-se como instrumentos de planeamento estratégico da política autárquica, para a área da saúde, que são elaborados e revistos com base num diálogo aberto e de articulação com os parceiros locais, nomeadamente, o Conselho da Comunidade do Agrupamento de Centros de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro). Estas Estratégias são alinhadas com o Plano Nacional de Saúde e Plano Local de Saúde e estabelecem linhas gerais de intervenção, objetivos, indicadores, atividades, recursos necessários e uma calendarização.

Ainda no âmbito das Estratégias Municipais de Saúde, as Câmaras Municipais passam também a ser reconhecidas por lei como parceiras estratégicas do SNS para desenvolvimento de ações de promoção da alimentação saudável, da atividade física e do envelhecimento ativo e saudável, assim como celebrar contratos-programa limitados ao âmbito dos programas prioritários e dependentes de prévia aprovação dos conteúdos e priorização das intervenções pela Direção-Geral da Saúde (artigo 16.º).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal

O presente estudo observacional transversal teve como objetivo principal analisar a forma como a promoção da saúde é enquadrada (fundamentos), medida (indicadores) e implementada (intervenções e recursos) nos Planos Locais de Saúde e Estratégias/Planos Municipais de Saúde no contexto do planeamento e gestão em saúde.

3.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos foram os seguintes:

1. Elaborar uma matriz de análise comparativa dos Planos Locais de Saúde e Estratégias/Planos Municipais de Saúde no âmbito da promoção da saúde;
2. Descrever as lacunas e desafios no planeamento em saúde ao nível local;
3. Identificar áreas de melhoria que possam apoiar futuros processos de planeamento em saúde ao nível local.

4. METODOLOGIA

Nesta secção, descreve-se o desenvolvimento da estrutura da análise comparativa, o processo de amostragem para a seleção dos documentos de planeamento em saúde (planos locais de saúde e estratégias/planos municipais de saúde), incluídos na revisão comparativa, e a forma como foi conduzida a mesma.

4.1. Elaboração da matriz de análise

A matriz de análise dos documentos selecionados, que inclui a verificação das áreas temáticas e os atributos específicos, foi desenvolvida com base nos trabalhos de Callway et al., 2023 e Bird et al., 2018, que consolidaram as revisões sobre a evidência dos determinantes da saúde e dos resultados em saúde no ambiente construído e natural. Neste sentido, foram considerados três determinantes da saúde adicionais – habitação acessível, pobreza energética e segurança habitacional – por serem temas muito relevantes para o bem-estar das pessoas e que têm ganho uma relevância crescente em Portugal (Exame, 2023; Folha de S. Paulo, 2024; Observador, 2024).

4.2. Estrutura da matriz de análise

Considerando a leitura da literatura para o efeito (PHE, 2017; Bird et al., 2018; Callway et al., 2023), a matriz de análise concentra-se nas seguintes áreas:

1. Saúde: como são elencadas as prioridades em saúde e qual a evidência subjacente às atividades propostas?
2. Determinantes da saúde: de que forma são incluídos os principais determinantes da saúde no planeamento em saúde?
3. Implementação: existem os recursos e instrumentos adequados para a implementação do plano?

4.2.1 Área 1: Saúde

No quadro da revisão dos documentos de planeamento, os atributos estabelecidos para cada área, são apresentados no Anexo 1, Tabela A. A revisão comparativa considerou de que forma as prioridades em saúde, no seu sentido mais amplo, são incluídas nos planos locais, ou seja,

perceber se as políticas propostas nos planos locais são claramente informadas pela evidência e alinhadas com as prioridades de saúde locais, nomeadamente em relação a diversos problemas de saúde preveníveis, o ambiente construído e a disposição do espaço (Barton et al., 2009; PHE, 2017; Bird et al., 2018; Callway et al., 2023; Pineo et al., 2018; Carmona, 2019). A revisão analisou as referências às prioridades de saúde locais, nomeadamente, as doenças não transmissíveis, como cancro, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes, saúde mental (incluindo ansiedade, depressão demências e uso de substâncias ilícitas), desigualdades em saúde, incluindo diferenças na esperança de vida dentro e entre diferentes grupos, alterações climáticas e biodiversidade (Callway et al., 2023). Foi considerada também a dimensão do bem-estar e de que forma o planeamento em saúde está alinhado com outros planos ou estratégias no território. Quanto aos padrões e orientações nacionais, a DGS desenvolveu um manual orientador (DGS, 2016) para a elaboração de planos locais de saúde, que fornece uma série de elementos importantes para harmonizar e padronizar o processo de planeamento em saúde ao nível local em todo o território, e que é expectável que seja seguido, assim como o alinhamento dos planos locais com os principais documentos de referências nacionais e internacionais (WHO EURO, 2013; DGS, 2022c).

4.2.2. Área 2: Determinantes da saúde

A presente área refere-se às políticas saudáveis incluídas nos planos locais e os requisitos para a realização de uma avaliação de impacto na saúde, aos determinantes da saúde com base no quadro dos determinantes mais amplos da saúde estabelecido por Bird et al., (2018), bem como, aos requisitos específicos dos determinantes da saúde em relação à habitação acessível, segurança habitacional, pobreza energética e qualidade do ar exterior e interior (Callway et al., 2023).

A revisão analisou as referências presentes nos documentos de planeamento em saúde, considerando as 39 características identificadas como "determinantes da saúde" sociais e ambientais chave (no ambiente construído e natural), com base no trabalho de Bird et al., (2018) e PHE (2017). As 39 características estão agrupadas e categorizadas em cinco temas de desenvolvimento saudável (ver Tabela B do Anexo 1):

1. Desenho de bairros saudáveis;
2. Habitação saudável;
3. Ambientes alimentares mais saudáveis;
4. Ambientes naturais e sustentáveis;

5. Transporte saudável.

A Tabela B do Anexo 1 descreve mais detalhadamente as características dos determinantes da saúde incluídas nestes cinco temas e os seus benefícios para a saúde.

Adicionalmente, foram considerados na matriz de análise outros atributos como preocupações específicas, nomeadamente a habitação acessível, a segurança habitacional e a pobreza energética. Relativamente à pobreza energética Callway et al., 2023 evidencia a associação entre a eficiência energética e os resultados em saúde, demonstrando que melhor eficiência energética reduz a morbilidade relacionada com a exposição a temperaturas extremas, reduz os sintomas do foro respiratório e alérgicos, bem como reduz situações de hipertensão arterial, sinusite e de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (Wang et al., 2022). Salieta-se ainda que a pobreza energética associada a faixas da população mais vulneráveis e com menores rendimentos, podem aumentar o stress, reduzir a qualidade do sono, de mobilidade e afetar a saúde mental (Callway et al., 2023).

A segurança habitacional refere-se a preocupações sobre a má qualidade do edificado, em particular, para arrendamento, assim como, às condicionantes de acesso ao direito de arrendamento. Esta questão embora não tenha sido estudada na revisão de Bird et al., (2018), existem outros estudos que demonstram os vários benefícios para a saúde física e mental da segurança habitacional relacionada com habitações arrendadas (Callway et al., 2023; Robinson; Walshaw, 2014; Baumgartner et al., 2022). Por outro lado, o setor imobiliário português sofreu profundas transformações nas últimas décadas, quer no mercado do arrendamento quer no mercado de compra e venda de imóveis. Para além disso, a área da habitação tem sido um dos temas mais debatidos em Portugal, consistindo numa preocupação dirigida não só à população mais vulnerável, como também aos jovens e às famílias da classe média. As prioridades passam pelo aumento da oferta de habitação, simplificação dos processos legais, regulação do mercado, aumento de habitação para arrendamento e apoio às famílias, sendo por isso muito relevante que estas questões sejam consideradas nos planos locais para melhorar os resultados de saúde. Em relação à habitação acessível, existe forte evidência de que se trata de um importante determinante da saúde, pois concorre para a melhoria dos resultados sociais, comportamentais e de saúde mental (Bird et al., 2018). Marmott et al. (2020), aponta que o desenvolvimento de políticas públicas que promovam um aumento da oferta de habitação acessível, permite atuar sobre as desigualdades em saúde e a promoção da saúde.

4.2.3. Área 3: Implementação

Esta área da revisão comparativa concentrou-se na verificação da forma como os planos locais incluem instrumentos de implementação das atividades e políticas propostas, sendo imprescindível para abordar potenciais lacunas. Integra cinco aspetos: em primeiro lugar os recursos financeiros, em segundo a avaliação de viabilidade, em terceiro o planeamento e gestão, em quarto lugar os requisitos de monitorização e em quinto lugar o envolvimento comunitário (Callway et al., 2023). Todos estes elementos são importantes para a implementação, monitorização e avaliação efetiva e material dos instrumentos de planeamento em saúde e dos seus efeitos/resultados na comunidade. O orçamento (receita e despesa), o plano de monitorização e avaliação, a avaliação da viabilidade das medidas propostas e a capacidade de envolver a comunidade na implementação dos instrumentos de planeamento em saúde são fatores essenciais para o seu sucesso e merecem uma análise nos documentos selecionados.

4.3. Amostragem

O estudo concentrou-se nos municípios da Área Metropolitana do Porto (AMP). Situada no litoral norte de Portugal, a AMP, nos termos do disposto no anexo II da Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, na sua redação atual, abrange uma área geográfica composta por 17 municípios contíguos, numa área correspondente a mais de 2.040 Km² e com uma população residente em 2021 de cerca de 1,7 milhões de habitantes (Fig. 2).

De acordo com os Censos de 2021, a percentagem de residentes jovens (0-14 anos) na AMP situa-se nos 12,6%, acima da média da região Norte (12,3%) e ligeiramente abaixo da média nacional (12,9%). Os Censos de 2021 mostram também que 21,9% dos residentes da AMP são idosos (65+ anos), ligeiramente abaixo da média regional do Norte (22,6%) e abaixo da média nacional (23,4%). Em 2021, a AMP registava um índice de dependência de idosos de 33,6, abaixo dos 36,9 nacionais, sendo Vale de Cambra (46,2) e Espinho (46,1) os municípios com índices de dependência de idosos mais elevados (Pordata).



Fonte: Wikipedia (Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Unported)

Fig 2. Localização da Área Metropolitana do Porto (NUTS III) em Portugal e dos 17 municípios que a compõem.

No âmbito do processo de descentralização, entre 2022 e 2024, os 17 municípios (Arouca, Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Oliveira de Azeméis, Paredes, Porto, Póvoa de Varzim, Santa Maria da Feira, Santo Tirso, São João da Madeira, Trofa, Vale de Cambra, Valongo, Vila do Conde e Vila Nova de Gaia) assinaram os autos de transferência de competências na área da saúde.

Foi identificada uma amostra de oito documentos de planeamento em saúde nos municípios da AMP: quatro planos locais de saúde, três planos municipais de saúde e uma estratégia municipal de saúde (Tabela 2). Foram considerados documentos com data de publicação posterior a 2019.

Tabela 2. Caracterização dos documentos incluídos na análise.

Instrumento	N.º de Concelhos Abrangidos	Período de referência
PLS 1	2	2023-2025
PLS 2	1	2023-2027
PLS 3	2	2021-2030
PLS 4	2	2023-2030
PMS 1	1	2022-2024
PMS 2	1	2019-2025
PMS 3	1	2023
EMS 1	1	2023-2026

4.4. Revisão comparativa

Inicialmente foi realizada uma pesquisa de palavras, juntamente com uma leitura mais detalhada dos documentos de planeamento em saúde. Procedeu-se à análise do conteúdo, através da pesquisa inicial de termos-chave da Matriz, e também através de uma leitura com maior detalhe e profundidade para enquadramento. Na avaliação dos documentos, aferiu-se a existência direta ou parcial de requisitos ou políticas específicas de acordo com os termos de cada parâmetro da matriz. As políticas relevantes foram registadas numa folha de cálculo Excel e foi aplicada uma classificação por semáforo, conforme o estudo de Callway et al., (2023), para indicar o estado de cada atributo ou característica dos determinantes da saúde, onde verde indicava que um atributo ou uma característica dos determinantes da saúde estava claramente definida numa política, amarelo indicava que um atributo ou característica estava parcialmente definido (por exemplo, uma referência breve, mas sem requisitos específicos) e vermelho indicava que um atributo ou característica não estava presente.

4.5. Aspectos éticos

Na presente revisão comparativa foram deliberadamente ocultados os municípios abrangidos pelos documentos de planeamento em saúde analisados. Assim, não são identificados os autores dos documentos, nem os municípios e populações a que se referem.

5. RESULTADOS

Na sequência da análise comparativa realizada aos Planos Locais de Saúde e Estratégias/Planos Municipais de Saúde selecionados para o estudo, apresenta-se os resultados nas Tabelas 3 e 4 de acordo com os parâmetros definidos na matriz de avaliação, que se encontram organizados em três grandes temáticas, designadamente, Saúde, Determinantes da Saúde e Implementação, os quais são classificados através de um sistema de classificação de semáforos anteriormente referido. Considerando que os Planos Locais de Saúde e as Estratégias/Planos Municipais de Saúde são documentos com uma origem e de elaboração distintas, a análise comparativa apresenta-se em duas tabelas, de forma a conferir coerência na avaliação desses documentos.

5.1. Planos Locais de Saúde

Considerando a Tabela 3, numa perspetiva global dos quatro Planos Locais de Saúde (PLS), verifica-se que a temática referente aos conceitos de saúde é a que mais se aproxima da intenção do prosseguimento de uma política de saúde baseada na Promoção da Saúde, em relação às outras duas temáticas, estando o parâmetro da “intersectoralidade” claramente definido em todos eles. Significa que todos os PLS assumem a cooperação como elemento central no cumprimento dos objetivos estabelecidos no próprio plano. Relativamente às temáticas “Determinantes da Saúde” e “Implementação”, embora se definam medidas no âmbito das políticas saudáveis - umas de forma mais clara e outras parcialmente - e estejam previstos modelos e planos de comunicação, de monitorização e de envolvimento da comunidade, os restantes parâmetros não estavam referidos nos documentos, por exemplo sobre os recursos financeiros necessários para implementação dos planos, a demonstração de viabilidade para o período fixado, outras estratégias em curso, assim como no que respeita a outros determinantes da saúde associados às desigualdades sociais e ao bem-estar, como a habitação acessível, a pobreza energética, a qualidade do ar e a segurança habitacional.

Numa perspetiva específica, quando se analisa o parâmetro “base de evidência”, na temática “saúde” o PLS 2, o PLS 3 e o PLS 4 aderem a uma perspetiva de saúde mais integradora, definindo as prioridades com base em dados de morbilidade e mortalidade, dados demográficos, mas também dados relativamente a alguns determinantes de saúde, como, por exemplo, alimentação, atividade física, saúde mental, educação, rendimentos, desemprego, isolamento, habitação, qualidade da água de consumo, resíduos, segurança, comportamentos aditivos e dependências, entre outros.

Tabela 3. Planos Locais de Saúde: resultados obtidos através da aplicação do sistema de classificação de semáforos.

		PLS 1	PLS2	PLS3	PLS4
Saúde	Prioridades em saúde	●	●	●	●
	Bem-estar	●	●	●	●
	Base de evidência	●	●	●	●
	Intersectorialidade	●	●	●	●
	Orientações	●	●	●	●
	Alinhamento internacional	●	●	●	●
Determinantes da saúde	Políticas saudáveis	●	●	●	●
	Determinantes da saúde	●	●	●	●
	Habitação acessível	●	●	●	●
	Pobreza energética	●	●	●	●
	Qualidade do ar	●	●	●	●
	Segurança habitacional	●	●	●	●
Implementação	Recursos financeiros	●	●	●	●
	Viabilidade	●	●	●	●
	Monitorização	●	●	●	●
	Outras estratégias em curso	●	●	●	●
	Envolvimento da comunidade	●	●	●	●

No que concerne à construção dos Planos Locais de Saúde de acordo com as orientações definidas pela DGS, no âmbito dos Programas Nacionais, do Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde e do Plano Nacional de Saúde, os PLS 2 e PLS 3 são os instrumentos que indicam claramente essas referências de natureza técnica.

Relativamente ao alinhamento internacional dos planos, isto é, o alinhamento com as principais estratégias internacionais em vigor ao nível da OMS e das Nações Unidas, o PLS 2 e o PLS 4 são omissos, e o PLS 1 e o PLS 3 indicaram de forma parcial este alinhamento, ou seja, demonstram alinhamento apenas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Por outro lado, não resulta claro o alinhamento com outras estratégias executadas nos territórios e a integração do bem-estar nas medidas concretas, tendo os PLS 1, 2 e 3 breves referências, mas pouco claras e o PLS 4 não contém qualquer referência.

Importa ainda destacar que, no quadro das políticas saudáveis os PLS 1 e PLS 3 apresentam uma abordagem mais completa do que os restantes PLS (em relação aos estilos de vida, à alimentação saudável, à atividade física, à literacia, à saúde mental, ao isolamento, ao tabagismo, entre outros).

Em termos complementares, o PLS 3 é o único instrumento que alia as políticas saudáveis, com os vários determinantes da saúde, inclusivamente em áreas como as socioeconómicas, e os parâmetros da qualidade do ar interior e exterior e segurança habitacional no âmbito qualidade do edificado.

5.2. Estratégia/Planos Municipais de Saúde

Numa perspetiva global é possível verificar na Tabela 4 que existe maior clareza na inclusão dos vários atributos dentro das áreas analisadas: Saúde; Determinantes da Saúde e Implementação. Esta realidade demonstra que os Planos Municipais de Saúde e a Estratégia Municipal de Saúde em análise definem e estruturam o planeamento em saúde de uma forma mais integrada no contexto da Promoção da Saúde e da implementação de políticas públicas de saúde de proximidade, em relação aos Planos Locais de Saúde da amostra.

Tabela 4. Estratégia/Planos Municipais de Saúde: resultados obtidos através da aplicação do sistema de classificação de semáforos.

		PMS 1	PMS2	PMS3	EMS1
Saúde	Prioridades em saúde	●	●	●	●
	Bem-estar	●	●	●	●
	Base de evidência	●	●	●	●
	Intersectorialidade	●	●	●	●
	Orientações	●	●	●	●
	Alinhamento internacional	●	●	●	●
Determinantes da saúde	Políticas saudáveis	●	●	●	●
	Determinantes da saúde	●	●	●	●
	Habitação acessível	●	●	●	●
	Pobreza energética	●	●	●	●
	Qualidade do ar	●	●	●	●
	Segurança habitacional	●	●	●	●
Implementação	Recursos financeiros	●	●	●	●
	Viabilidade	●	●	●	●
	Monitorização	●	●	●	●
	Outras estratégias em curso	●	●	●	●
	Envolvimento da comunidade	●	●	●	●

Os instrumentos desenvolvem de uma forma clara e objetiva a promoção da Saúde e bem-estar, nos diversos parâmetros que compõe a matriz de análise, convergindo para uma estrutura de resposta intersectorial e multisectorial, baseada num diagnóstico multifatorial, alinhados com as recomendações/orientações internacionais (OMS e Nações Unidas) e nacionais (DGS, PNS e Planos Locais de Saúde), assim como articulados com outras estratégias de âmbito local que se encontram em curso como por exemplo, Plano de Ação de Mobilidade Urbana Sustentável da AMP, Plano Gerontológico, Planos Diretores Municipais, Planos Municipais de Emergências e de Proteção Civil, Planos Municipais de Ordenamento do Território, Planos Municipais de Segurança Rodoviária, de Prevenção e Combate à Violência, entre outros instrumentos e estratégias municipais. Ademais, verifica-se que existe uma estratégia em todas as fases do processo, de envolvimento da população e dos diversos atores locais.

Porém, verifica-se que na temática “Determinantes da Saúde” os parâmetros referentes a “Habitação Acessível”, “Pobreza energética”, “Qualidade do Ar” e “Segurança Habitacional” não são consideradas no contexto de medidas de saúde pela maioria dos instrumentos em estudo: três documentos sem referências (PMS 1, PMS 2 e PMS 3) e um documento (EMS 1) em que estes atributos são claramente referidos, com exceção da “Qualidade do Ar”. Todos os documentos em análise não evidenciam qualquer tipo suporte financeiro para cumprimento das metas definidas.

Num contexto específico, na temática “Saúde” verifica-se que os PMS 1, PMS 2, PMS 3 e EMS 1, definem as prioridades municipais de acordo com um diagnóstico de situação (base de evidência) semelhante, de natureza transversal que integra dados sociodemográficos, socioeconómicos (educação/escolaridade; habitação; rendimentos; emprego; pobreza), territoriais (área geográfica; infraestruturas e equipamentos), ambientais (Acessibilidade; mobilidade; qualidade do ar; ruído; resíduos urbanos e qualidade da água) e dados de morbilidade e mortalidade.

No parâmetro “Prioridades em Saúde”, os PMS 1, PMS 2 e EMS 1 consideram prioridades muito similares no âmbito da educação para a saúde (literacia e cidadania); comunicação em Saúde (Capacitação dos Cidadãos); a Promoção de estilos de vida ativos e saudáveis (alimentação e atividade física, Saúde mental; Saúde Ocupacional; comportamentos aditivos e dependências); inclusão social e bem-estar (isolamento; solidão; depressão; habitação; ambientes saudáveis); mobilidade e acesso à saúde (rede pública de transportes sustentáveis e inclusivos; maior equidade no acesso à saúde) e governação local (cooperação intersectorial e intermunicipal). No entanto, no mesmo parâmetro, o PMS 3 trata de forma parcial as prioridades que concorrem para a promoção da saúde e para o aumento do capital de saúde da população saudável e não saudável. Em detalhe, aborda somente o crescimento saudável no âmbito da atividade física e saúde oral, segurança rodoviária e violência, consumos e dependências, doenças crónicas enquadradas na alimentação saudável e literacia, e o envelhecimento.

No parâmetro “alinhamento internacional”, todos os instrumentos estão alinhados com as políticas internacionais de promoção da saúde, à exceção do PMS 2, que faz referência apenas às Recomendações da Assembleia-Geral das Nações Unidas de 2011.

Por outro lado, embora os vários instrumentos em causa façam o diagnóstico de situação do concelho e definam as prioridades de forma transversal, abrangendo outras áreas sectoriais, para além da saúde, não se verifica menção aos determinantes da saúde (parâmetros), considerados também relevantes no planeamento em saúde, designadamente habitação acessível, pobreza energética, qualidade do ar interior e exterior e segurança habitacional. Excepcionalmente, apenas a EMS 1 enquadra os parâmetros “Habitação Acessível”, “Pobreza Energética” e “Segurança Habitacional” nos objetivos estratégicos.

Importa evidenciar que, relativamente à temática “Implementação”, os PMS 1, PMS 2 e EMS 1 (no parâmetro recursos financeiros) não dispõem de um orçamento global e específico, nem indicam as fontes de financiamento para execução dos Planos/Estratégia Municipais de Saúde, o que torna complexa a verificação do parâmetro “viabilidade” no que se refere à materialização dos objetivos e medidas no contexto da promoção da saúde. O PMS 3, no parâmetro dos “recursos financeiros” e “viabilidade”, faz referência a uma fonte de financiamento ligada ao Plano de Recuperação e Resiliência.

Finalmente, no que respeita ao parâmetro “Outras estratégias em curso” da temática “Implementação”, o PMS 2 não inclui qualquer referência sobre outras estratégias/projetos de âmbito local que estejam em desenvolvimento.

6. DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresenta-se a discussão do trabalho de campo, considerando os resultados obtidos através da revisão documental e da aplicação da matriz de análise dos oito instrumentos de Planeamento em Saúde, refletindo sobre os principais temas que os mesmos suscitam, as questões previamente colocadas e as limitações do estudo.

Os recentes processos de descentralização de competências na área da saúde para as Câmaras Municipais e a reorganização do Serviço Nacional de Saúde, com a generalização do modelo das Unidades Locais de Saúde (ULS) e a anunciada extinção das Administrações Regionais de Saúde, trazem novos desafios e expectativas, gerando incertezas nas instituições de saúde e parceiros. Essa realidade impacta na atualização dos Planos Locais de Saúde e das Estratégias Municipais de Saúde.

Durante a definição da amostra para o estudo, verificou-se que a maioria dos municípios e instituições de Saúde da Área Metropolitana do Porto não têm as Estratégias/Planos Municipais de Saúde e os Planos Locais de Saúde atualizados, estando estes, ainda, em construção ou atualização. Além disso, foi observado o uso de diferentes terminologias para os instrumentos de planeamento em saúde, como "Planos Locais de Saúde", "Estratégias Municipais de Saúde" e "Planos Municipais de Saúde", que, apesar das variações (de designação), cumprem os seus objetivos substantivos, mas podem gerar confusão e a ideia de duplicação de recursos.

Complementarmente, importa referir que, numa perspetiva global, os períodos temporais a que se referem os instrumentos em estudo estão desalinhados, à exceção do PLS 3 e PLS 4, com o Plano Nacional de Saúde 2030 que estabelece como ambição “um roteiro de saúde para a próxima década” (DGS, 2022c).

No caso dos instrumentos municipais (PMS 1, PMS 2, PMS 3 e EMS 1), o período temporal de planeamento fixado é, em parte, coincidente com os ciclos políticos autárquicos (mandato das autarquias locais), mas desalinhados com o Plano Nacional de Saúde 2030, o que poderá condicionar a viabilidade material das metas a atingir.

No que se refere à elaboração dos Planos Locais de Saúde de acordo com as orientações da DGS (Programas Nacionais, PNS 2030 e Manual Orientar dos Planos Locais de Saúde), apenas cumpre este requisito o PLS 2 e PLS 3 e relativamente ao alinhamento internacional (OMS e Nações Unidas) apenas os PLS 1 e PLS 3 preenchem parcialmente este campo. Ao contrário, a Estratégia/Planos Municipais de Saúde, à exceção da classificação do PMS 2 (parcialmente preenchido), demonstram cumprir essas orientações e alinhamentos, quer nacionais (e quer

internacionais), em conformidade com o n.º 3 do artigo 7.º, do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro que dispõe que a Estratégia Municipal de Saúde é “(...) devidamente enquadrada e alinhada com o Plano Nacional de Saúde e os Planos Regionais e Locais de Saúde (...)”.

Esta situação demonstra que, ao nível da forma, estrutura e metodologias, os documentos são distintos entre si, sendo que essa heterogeneidade resulta aparentemente da ausência de especificação ao nível dos quadros de referência que não são claros nestas matérias. O PNS 2030 aborda de forma muito sucinta os Planos Locais de Saúde e o papel dos municípios, o Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, na sua redação atual, não concretiza as orientações para a elaboração das Estratégias Municipais de Saúde e o recente Plano de Emergência da Saúde, publicado em 29 de maio de 2024, aborda a implementação de um Programa de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, sem fazer referência ao papel dos diferentes setores, em especial os municípios, bem como a importância dos Planos Locais de Saúde e as Estratégias Municipais de Saúde no contexto de proximidade. O que condiciona a perspetiva da transversalidade das políticas no território, adequadas às características, conceitos e necessidades locais.

Neste sentido, no âmbito de um ciclo de conferências da Fundação SNS foi proposta a adoção de uma Estratégia Nacional para a Saúde e Bem-estar de Base Territorial ou com Base nos Lugares - *National Place-Based Health and Well Being Strategy* – com o intuito de definir um quadro orientador de âmbito nacional dirigido aos municípios para elaboração das Estratégias Municipais de Saúde (Santinha, 2024). Esta proposta procura realçar a importância do contexto do território heterogéneo, apostar em dinâmicas sistémicas para promover novas vitalidades no território considerando os diversos contextos sociais, económicos, culturais e outros, promover a saúde para todas as políticas e relevar o espaço/território e focar as questões sociais e económicas, auscultando a comunidade e envolvendo-a nos processos participativos (*placemaking*) (Santinha, 2024).

Segundo Gonçalves, et al., (2021), as Estratégias baseadas no lugar representam instrumentos promissores de governança colaborativa no contexto da saúde comunitária, tendo em conta que os diversos intervenientes locais estabelecem sinergias, com vista partilhar princípios, processos e resultados que permitem melhorar ao nível da responsabilização, da redução das desigualdades na saúde, da relação multinível e multissetorial e dos ganhos em saúde.

A participação, envolvimento e capacitação social são elementos fundamentais no desenvolvimento de políticas e intervenções de promoção da saúde. Segundo o Diretor-Geral da OMS, a participação social concorre para a transparência, responsabilização e confiança nas instituições, bem como promove a capacitação dos indivíduos através de uma participação inclusiva nos processos de tomada de decisão que têm impacto na saúde, de forma a que os

diversos instrumentos (políticas, programas e serviços) respondam às necessidades da população (EuroHealth, 2024).

Por outro lado, Santana e Almeida (2024), no âmbito de um estudo de acompanhamento do modelo de implementação, desenvolvimento e monitorização das Unidades Locais de Saúde, referem que “uma prestação de cuidados integrada onde o foco é a população deve garantir-se um claro alinhamento entre o Plano Nacional de Saúde, os Planos Locais de Saúde e a Contratualização”. Neste sentido, a generalização do modelo de ULS, que promove a integração de cuidados, exige uma triangulação harmoniosa que, no caso dos instrumentos em estudo, demonstra estar alinhada do ponto de vista concetual, mas que, na prática, não resulta claro esse mesmo alinhamento.

A propósito da contratualização (termos de referência) e dos recursos financeiros disponíveis e necessários, o estudo evidencia que no âmbito do parâmetro “Implementação” todos os instrumentos de planeamento em saúde não apresentam orçamento global e específico e não indicam outras fontes de financiamento o que impacta diretamente na viabilidade dos documentos para concretização das Políticas de Promoção da Saúde. Segundo Santana e Almeida (2024), referem que “aquilo que é contratualizado e avaliado tem de ter em conta as necessidades específicas da população e o trabalho efetuado por entidades parceiras no reconhecimento dessas mesmas necessidades.”.

De acordo com o Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde, da DGS, as instituições de saúde “devem refletir nos respetivos planos de atividades e de gestão, a utilização de recursos para a operacionalização do PLS.”. Acrescentando, ainda, que se deve aproveitar o âmbito alargado de competências dos municípios para implementação de projetos, programas e atividades que constam dos Planos Locais de Saúde (DGS, 2016). No caso das Estratégias Municipais de Saúde, o artigo 7.º, do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, estabelece, sem densificação, que estes instrumentos deverão apresentar os recursos necessários à sua implementação.

Através de uma interpretação extensiva, do parecer do CNS ao PNS 2030, que é o instrumento de referência dos Planos Locais de Saúde e Estratégias Municipais de Saúde, pode afirmar-se que “não se identificam estratégias para uma maior sustentabilidade do sistema de saúde. Na identificação de estratégias e dos mecanismos de suporte das mesmas, não se encontram indicações sobre os recursos existentes e necessários, receitas ou despesas, para assegurar uma melhor saúde” no período temporal fixado (CNS, 2022).

Ainda relativamente à construção dos Instrumentos de Planeamento em saúde, mostra-se relevante que o princípio da otimização dos recursos esteja mais presente neste tipo de documentos, considerando ações mais custo-efetivas (também de custo-benefício) que permitam

obter melhores ganhos em saúde, melhorar a equidade e evitar desperdícios (DGS, 2016). A promoção da saúde pode ser parte de uma resposta que permita melhorar a utilização eficiente e equitativa dos recursos disponíveis na saúde (EuroHealthNet, 2023). Neste âmbito, importa também realizar, no quadro da definição das prioridades, execução de programas e atividades de promoção da saúde, uma ponderação e avaliação do custo-utilidade. De acordo com Lakhani, (2014), “utilizando uma análise de custo-utilidade, podemos estimar não só o custo de viver mais (anos de vida, LY) mas também o custo de viver mais saudável (qualidade de vida)”.

Nas várias fases do processo de elaboração, implementação e avaliação dos Planos Locais de Saúde e das Estratégias Municipais de Saúde, a relação intersectorial é fundamental para concretização de uma política de promoção da saúde.

Ao nível nacional, o Plano Nacional de Saúde tem prosseguido essa visão integrada da saúde que de acordo com o documento “20 de anos de relatórios de Primavera – Percurso e aprendizagens” de 2021, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, proporciona uma ação a dois níveis: em primeiro lugar, a cooperação com os setores económicos e sociais para proteção e promoção da saúde e, em segundo lugar, o desenvolvimento de uma ação local efetiva sob a forma de planos ou estratégias locais de saúde (OPSS, 2021).

Segundo Baum et al., (2010) citado por Pumar-Méndez, et. al., (2024), a promoção da saúde deve ser promovida através de um esforço intersectorial, em que diversos setores da sociedade devem colaborar entre si para projetar e implementar políticas de saúde e intervenções abrangentes de promoção da saúde. As parcerias locais de promoção da saúde influenciam os resultados na comunidade e as suas intervenções são mais eficazes (Nagorcka-Smith et al., 2022).

Por essa razão, se verifica que em todos os Planos Locais de Saúde e Estratégia/Planos Municipais em estudo, a cooperação entre vários setores da sociedade é uma preocupação central no cumprimento das metas fixadas. Saliente-se que ao nível do conteúdo destes documentos é demonstrado o esforço no desenvolvimento de sinergias locais entre saúde e outros setores sociais e económicos.

Todavia, verifica-se que o parecer que o Conselho Nacional de Saúde elaborou relativamente ao PNS 2030 pode ser aproveitado para o contexto de discussão dos instrumentos locais em estudo, uma vez que, os mesmos referem as palavras “cooperação”, “intersectorial” e “participação”, mas “não é (...) claro qual a sua real implicação, quais os compromissos já feitos por elementos dos vários sectores e quais aqueles ainda necessários para que as estratégias sejam concretizadas, (...) e (...) quanto à forma de caminhar nas propostas de descentralização em saúde, no papel de novos atores e na reformulação de responsabilidades.” (CNS, 2022).

Esta dificuldade de demonstração e materialização da cooperação intersectorial poderá estar associada a contextos de complexidade próprios, tendo em conta que a existência de uma pluralidade de entidades, com responsabilidades diversas, com recursos limitados e com interesses e objetos de ação distintos, pode representar obstáculos na prossecução duma política de promoção da saúde (Pumar-Méndez, et. al., 2024). Ademais, a existência de um instrumento elaborado pelas instituições de saúde e outro elaborado pelos municípios pode levar a uma desresponsabilização de entidades participantes num ou noutro instrumento de promoção da saúde.

Ao nível da cooperação intermunicipal para a promoção da saúde, a Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis, alinhada com a rede da OMS, tem-se revelado uma importante plataforma de entendimento, partilha de conhecimento e de boas práticas de promoção da saúde no plano da política autárquica. Segundo Tajra e Vianna (2018), as Cidades Saudáveis estão alinhadas com a Carta de Ottawa, a Agenda 21 e o conceito de Determinantes Sociais da Saúde, procurando construir uma visão integrada das cidades e da saúde, ao nível do planeamento autárquico, saúde na comunidade, fatores económicos, sociais, culturais e ambientais.

Dos 64 municípios-membros, 6 municípios são da Área Metropolitana do Porto e, destes, 2 municípios correspondem ao PMS 1 e PMS 2 (RPMS, 2024). Segundo o sítio oficial da OMS o Programa da Rede Europeia das Cidades Saudáveis encontra-se na fase VII, 2019-2025. Da lista das cidades que se encontram nesta fase, da Área Metropolitana do Porto, consta um município que não é objeto do presente estudo (WHO, 2024b). Significa que a adesão a este projeto necessita de novos impulsos, assim como é importante que os instrumentos de Planeamento em Saúde sejam capazes de aproveitar e reunir as diferentes plataformas, redes e ferramentas de promoção da saúde, no sentido de conferir maior solidez e coerência às estratégias locais definidas a partir dos Planos Locais de Saúde e das Estratégias Municipais de Saúde. A título de exemplo, os instrumentos do estudo não fazem referência à Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis, ao Programa Bairros Saudáveis ou outros.

As Políticas Saudáveis e o foco nos múltiplos determinantes de saúde constituem-se como parâmetros centrais na política de promoção da saúde, uma vez que se baseiam numa ambição de aumentar o capital de saúde, de capacitar individual e coletivamente os indivíduos e implementar estilos de vida e ambientes saudáveis (Loureiro; Miranda, 2021).

Ao nível europeu um estudo de 2023, apresentou um conjunto de recomendações com metas até 2035, com particular destaque para a defesa de uma abordagem de economia do bem-estar; dando prioridade à promoção da saúde, à melhoria da monitorização dos determinantes da saúde ao nível europeu e nacional e a introdução da promoção da saúde na área da educação e no local de trabalho (Euro Health Net, 2023).

Neste contexto, considerando os resultados obtidos nos Planos Locais de Saúde, ao nível da temática “determinantes da saúde” é possível aferir que os determinantes da saúde associados aos fatores sociais, económicos, ambientais e culturais ainda não são amplamente considerados nas ações. Ainda assim, o PLS 3 é o documento que mais se aproxima dessa ambição, prevendo fatores, para além dos genéticos, biológicos, serviços de saúde e os estilos de vida (atividade física, alimentação, tabagismo, saúde mental), os fatores socioeconómicos (habitação e competências socioeconómicas) e os fatores ambientais (qualidade do ar interior e exterior).

Segundo o CNS (2022), o PNS 2030 falha na ótica da Saúde em/para todas as políticas, através da “(...) redução das iniquidades em saúde, ao longo da vida” e que “a falta de objetivos refletindo estes determinantes, o parco número de estratégias mencionando-as e, possivelmente, a falta de detalhe sobre como traduzir as estratégias na prática, leva a que se perca mais uma oportunidade para considerar políticas sociais como políticas saudáveis, para apoiar as pessoas que vivem, ou venham a viver, em condições mais vulneráveis bem como um foco inequívoco em populações chave”. Estas afirmações encontram evidência quando analisados os Planos Locais de Saúde em estudo, em contraponto com a Estratégia/Planos Municipais de Saúde, onde se encontra maior concretização na política integrada.

De acordo com Dahlgren e Whitehead, (1991), citados por Pumar-Méndez, et. al., (2024) a saúde individual está ligada aos determinantes sociais de forma intrínseca, desempenhando um importante papel na saúde e bem-estar individual e da comunidade, designadamente o ambiente do bairro, poluição do ar, condições de trabalho, habitação, acesso a alimentos saudáveis e equipamentos para atividade física. A este propósito, refere-se o estudo de Frieden (2010), que apresenta uma pirâmide com 5 níveis, demonstrando o impacto na saúde de diferentes intervenções, ou seja, no topo da pirâmide encontram-se as intervenções individuais, de âmbito clínico, e na base as intervenções de âmbito coletivo, associados a fatores de contexto ambiental (promoção de escolhas saudáveis – atividade física, mobilidade, redução do consumo de álcool, de tabaco, de açúcar, etc) e socioeconómicos (pobreza, educação, infraestruturas, etc). Esta estrutura demonstra que a aposta em intervenções (planos, estratégias, programas) na base da pirâmide, sobre os determinantes socioeconómicos e de contexto, tem um impacto mais efetivo na saúde da população e representa menos esforço individual (Frieden, 2010).

A título complementar, o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde da OMS em parceria com a Comissão Europeia elaborou um relatório refletindo como uma das futuras prioridades de saúde no espaço europeu, a abordagem aos determinantes da saúde, carreando para o debate político os determinantes comerciais da saúde (influência de interesses comerciais na saúde pública, como, por exemplo, tabaco, álcool e produtos alimentares não saudáveis) (EOHSP, 2024). Esta matéria necessita claramente de uma perspetiva transversal da saúde nos vários setores da sociedade, ao nível nacional, regional e local.

No conjunto dos Planos Locais de Saúde analisados, sem prejuízo de existirem pontualmente medidas do âmbito da promoção da saúde (embora, também, com uma tendência para dirigir essas intervenções apenas a pessoas não saudáveis, como, por exemplo, o desenvolvimento de um programa de atividade física para pessoas com risco de ter um acidente vascular cerebral ou um programa de adoção de estilos de vida saudáveis para pessoas com diabetes), verifica-se um grande peso da doença nos indicadores e nas intervenções apresentadas, como, por exemplo, definir como objetivo a redução da carga de doença associada a doenças crónicas do fígado e ter como único indicador a proporção de utentes com abuso de álcool. Estes e outros exemplos, de acordo com o enquadramento teórico aqui reproduzido, apesar de serem indicadores muito importantes, não são parte integrante de uma política de promoção da saúde e bem-estar, mas antes de uma política de prevenção da doença, associada à prestação de cuidados.

Segundo Loureiro, Miranda e Miguel (2013), Harry Burns, também confirma que, em Portugal, as abordagens aos problemas de saúde são focadas na doença afirmando existir uma “obsessão pela patogénese em detrimento da salutogénese”. De acordo com Courelas, Gonçalves e Tinto (2004) citado por Rodrigues (2020), a falta de investimento em Promoção da Saúde é, ainda, uma realidade e que se fundamenta, provavelmente, em questões de natureza sociocultural, uma vez que as intervenções sobre os determinantes em saúde são processos morosos e complexos, com resultados a longo prazo.

Na Estratégia/Planos Municipais de Saúde, verifica-se maior consistência e transversalidade da promoção da saúde, embora com um longo caminho de conhecimento e de aprendizagem a percorrer. Segundo Ferreira, (2024) os municípios, pelas suas competências, recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos) e capacidade de estabelecer sinergias e consensos, são entidades relevantes e responsáveis pela liderança do projeto cidades saudáveis. Por outro lado, de acordo com Ferreira, (2023), os “municípios têm maior capacidade de intervenção no ambiente físico, seguido do ambiente económico e social, do ambiente construído e dos estilos de vida e comportamentos; já as dimensões nas quais os municípios têm menor capacidade de intervenção são a segurança, os cuidados de saúde e a educação”. É por essa razão que os instrumentos municipais demonstram ter melhor integração das políticas de Promoção da saúde. Destaca-se a este respeito a EMS 1 que é mais transversal quer no âmbito das políticas saudáveis (Alimentação Saudável, atividade Física, Trabalho, Tabagismo, Saúde Mental, Ambiente, Envelhecimento, Sedentarismo, Cultura/Lazer, Acessibilidades, Serviços de saúde, Isolamento e Solidão, Cooperação interinstitucional, Habitação, Transportes, Literacia em saúde e Comunicação em saúde) e quer no âmbito dos determinantes da saúde abrangidos (genéticos, biológicos, serviços de saúde, comportamentais, socioeconómicos e ambientais).

O contexto municipal oferece oportunidades mais abrangentes para a intervenção, na melhoria das condições de vida da população através da regulamentação, gestão, planeamento e desenvolvimento do território (Quilling, et al., 2020).

No estudo, uma das eventuais razões para as autarquias locais não apresentarem ações concretas nas Estratégias Municipais de Saúde, relativamente a outros determinantes da saúde como “Habitação Acessível”, “Pobreza energética”, “Qualidade do Ar” e “Segurança Habitacional”, poderá residir no facto dessas problemáticas serem executadas noutros instrumentos, como, por exemplo, Plano de Ação de Mobilidade Urbana Sustentável da AMP, Plano Gerontológico, Planos Diretores Municipais, Planos Municipais de Emergências e de Proteção Civil, Planos Municipais de Ordenamento do Território, Planos Municipais de Segurança Rodoviária, de Prevenção e Combate à Violência, entre outras Estratégias, planos e programas municipais. Porém, alguns dos Municípios em referência neste estudo indicam esses vários instrumentos nas Estratégias Municipais de Saúde para necessária e adequada articulação.

Relativamente à base de evidência, importa salientar que a esmagadora maioria dos documentos, com exceção do PLS 1 e PLS 2, fixam as prioridades em saúde de acordo com os dados de morbilidade e mortalidade, dados sociodemográficos, socioeconómicos, ambientais, mas com ações sobretudo focadas na doença, com efeitos para a redução ou a mitigação das doenças não transmissíveis e, por conseguinte, dirigidas a pessoas não saudáveis. Para além disso, outro aspeto transversal a todos os instrumentos é a ausência de dados sobre os hábitos e estilos de vida da população da respetiva área de influência, bem como as estratégias de saúde e de bem-estar em vista. O PNS 2030, sugere no âmbito do Plano de Monitorização e avaliação como fontes de dados, entre outros, “*o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, o Inquérito Serológico Nacional e o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física*” (DGS, 2022c).

O universo de dados produzidos e disponíveis nos diferentes setores da sociedade, onde se inclui a saúde, constituem fontes essenciais para o desenho, monitorização e avaliação dos Planos, Estratégias e Programas. Segundo Speller, Evans e Head (1997), citado por Loureiro e Miranda (2021), a garantia da qualidade em Promoção da Saúde deve estar presente no planeamento estratégico, gestão de programas, monitorização e avaliação, educação e formação, recursos, informação, assessoria e consultadoria.

É fundamental que o processo de recolha, tratamento e medição, permita gerar informação útil em todas as fases dos Planos para a tomada de decisão adequada em cada contexto e momento. Todos os instrumentos em estudo apresentam modelos de monitorização, avaliação e comunicação, sendo reconhecida a sua importância na perspetiva da qualidade e de melhoria contínua dos processos e dos conteúdos para obtenção de melhorias do estado de saúde da população (DGS, 2022c).

Contudo, os indicadores definidos nos instrumentos em estudo são diferentes entre si, sendo que para medir a promoção da saúde seria importante considerar nos instrumentos locais um quadro de referência comum de indicadores nacionais e internacionais/europeus, como é exemplo o *European Health Promotion Indicators Development* (EUHPID), da União Europeia que veio fortalecer o sistema *European Core Health Indicators* (ECHI) propondo a inclusão de uma nova classe de indicadores designada de "intervenções de saúde: Promoção da Saúde" (Davies et al., 2004). Segundo, Bauer, Davies e Pelikan (2006), incrementa uma "importante distinção entre o desenvolvimento da saúde como um processo contínuo da vida humana e a promoção da saúde como uma abordagem particular intencional e planeada que visa uma mudança sustentável no processo de desenvolvimento da saúde".

Esta Classe de indicadores ECHI, na área da promoção da saúde, tem particular relevância política no âmbito dos determinantes da saúde (desigualdades em saúde e riscos para a saúde evitáveis e estilos de vida), doenças e saúde mental (carga de doença evitável, ameaças à saúde e doenças transmissíveis) e Saúde em todas as políticas (incluindo a saúde ocupacional e a saúde Ambiental) de acordo com a lista dos 88 indicadores de saúde (Comissão Europeia, 2012).

O relatório final, sobre Avaliação da utilização e impacto dos Indicadores europeus de Saúde, ECHI, de 2013, refere que o indicador "Políticas sobre exposição ao fumo ambiental do tabaco", a exposição ao fumo ambiental do tabaco tem um efeito estatisticamente significativo numa série de resultados de saúde, sendo que os ganhos em saúde ligado à política de eliminação dessa exposição em locais públicos são substancialmente maiores quando aplicados a toda a população não fumadora. Relativamente aos indicadores "Políticas sobre nutrição/alimentação saudável" e "Políticas e estilos de vida saudáveis" estão classificados como indicadores de saúde infantil, desigualdades na saúde e riscos para a saúde evitável. Por último, o indicador "Programas integrados em contextos, incluindo locais de trabalho, escolas, hospitais" é classificado como os dois anteriores indicadores, mas com a referência a programas de saúde em contextos específicos e como indicador de saúde em todas as políticas (Comissão Europeia, 2013).

Por outro lado, o CNS (2022) propõe, no âmbito da saúde e bem-estar e sustentabilidade, um conjunto de indicadores que permitem facilitar a comunicação e compreensão da população, designadamente, os "Anos de vida vividos com qualidade (por idades) por região ou área local (...); Autoperceção de estado de saúde – aproveitando a realização do Inquérito Nacional de Saúde (INS); Autoperceção de funcionalidade e bem-estar, dependência/autonomia – INS; Acesso atempado a cuidados de saúde (...); Indicadores de Saúde Mental e Bem-Estar; Experiência de utilização dos cuidados ("PREM") – medida inovadora suscetível de ser amplamente aplicada, sugerindo-se que seja progressivamente generalizada (...); Medidas de atenuação de variações e de desigualdades iníquas em saúde – entre regiões, entre comunidades, entre grupos socioeconómicos e com distintas escolaridades; Evidenciar a evolução das disparidades no

acesso aos serviços bem como custos associados (monetários e em qualidade de vida, entre outros) – visando estimular e intensificar estratégias para reduzir essas disparidades. (...)”.

Outro quadro de referência relevante para instrumentos de planeamento e promoção da saúde que permite avaliar o desempenho ao nível local é Plataforma Atlas da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis que considera dimensões ligadas aos determinantes da saúde, nomeadamente segurança, educação, estilos de vida e comportamentos, ambiente construído, ambiente físico, ambiente económico e social e cuidados de saúde, desagregados em diversos indicadores (num total de 94) organizados entre prioritários e complementares (RPMS, 2020).

O estudo de Ferreira (2023), em face do conjunto de indicadores existentes na Plataforma Atlas, procurou estabelecer um índice de saúde de natureza integrada, multidimensional e sistematizada com vista a agregar vários indicadores nesse índice para efeitos de avaliação em saúde e bem-estar, por concelho, no contexto da Rede das Cidades Saudáveis. Segundo a OMS (2010), citada por Ferreira (2023), um índice de saúde permite orientar as políticas públicas, identificar problemas e necessidades, com a finalidade de reduzir as iniquidades, melhorar a cooperação entre diversos setores e compreender melhor os determinantes sociais da saúde e os seus impactos na população para a tomada de decisão e priorização das intervenções.

O *Health Promotion Effect Management Instrument* (Preffi 2.0) é uma das metodologias de avaliação da qualidade das intervenções em Promoção da Saúde, com origem na Holanda, e que acompanha todas as fases do processo – análise dos problemas, desenvolvimento das intervenções, implementação e avaliação das condições do contexto e da exequibilidade do programa (Loureiro e Miranda, 2021). Segundo Evans et al., (1994), citado por Loureiro e Miranda, (2021) para além dos princípios éticos inerentes (equidade, autonomia, o empoderamento dos cidadãos, livre escolha, solidariedade, entre outros) destaca-se como características de uma prática de qualidade em Promoção da Saúde, o espírito/ideal comum entre parceiros, visão clara da saúde, decisões baseadas nas necessidades, planeamento, cooperação, liderança estratégica, objetivos e desígnios realistas, métodos efetivos, mobilização e envolvimento das pessoas e disseminação dos resultados.

No âmbito da gestão em saúde, as organizações confrontam-se diariamente com o facto de os recursos serem escassos e as necessidades cada vez maiores, o que nos convoca para uma ação mais inteligente, criativa e proativa, tendo a promoção da saúde como aliado. Segundo Rodrigues (2020), é evidente no setor da saúde a preocupação de assegurar a eficácia e a eficiência do sistema, visando a sua sustentabilidade. A associação da sustentabilidade à promoção da saúde mostra-se adequada para a administração hospitalar na ótica da melhor utilização dos recursos humanos, materiais e económicos e do desenvolvimento social (Rodrigues, 2020), com fim último de aliviar a pressão sobre os serviços de saúde, reduzir os custos de tratamento, de terapêutica, de situações agudas e crónicas, assim como internamentos evitáveis.

A promoção da saúde e o planeamento em saúde ao nível local são cruciais para a gestão eficaz dos serviços de saúde e para a administração hospitalar. Por um lado, a promoção da saúde envolve atividades que procuram melhorar a saúde da população, prevenir doenças e prolongar a vida saudável através do envolvimento da sociedade. Ao focar-se no capital de saúde e na prevenção, e não apenas no tratamento, é possível reduzir, significativamente, a incidência de doenças crónicas e agudas, o que, por sua vez, diminui a necessidade de intervenções médicas com custos elevados e internamentos hospitalares.

Por outro lado, o planeamento em saúde ao nível local permite uma abordagem mais personalizada e adaptada às necessidades específicas da comunidade. A análise detalhada das características demográficas, epidemiológicas e socioeconómicas da população local, permite a implementação de programas de saúde mais eficazes e direcionados. Além disso, a gestão integrada de cuidados, que inclui a colaboração entre diferentes níveis de cuidados de saúde e outros setores da sociedade, pode melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde. A utilização de recursos de forma mais estratégica e a implementação de políticas de saúde baseada na evidência permite um planeamento local mais robusto considerando as necessidades e expectativas da população. A evidência disponível apoia esta visão, no sentido em que os investimentos em promoção da saúde e prevenção da doença podem gerar melhorias económicas para os sistemas de saúde, para além de melhorar a qualidade de vida da população (Bauer et al., 2014).

Importa sublinhar que o presente estudo tem algumas limitações. A amostra selecionada não é representativa de todo o território nacional, abrangendo apenas sete concelhos para os PLS e quatro para as Estratégias/Planos Municipais de Saúde, que possuem características demográficas e socioeconómicas distintas. O SNS está a atravessar profundas alterações organizacionais, em simultâneo com o processo de descentralização de competências do poder central para os municípios, especialmente na área da promoção da saúde e do envelhecimento ativo. A estabilização dessas políticas públicas é fundamental para a adequada atualização dos PLS e definição das EMS.

Finalmente, salienta-se que ainda há pouca literatura publicada sobre o PNS, os PLS e as EMS, em Portugal, na perspetiva da promoção da saúde, exigindo um aprofundamento teórico maior da temática.

7. CONCLUSÃO

A promoção da saúde desempenha um papel relevante no desenvolvimento de populações mais saudáveis e capacitadas, além de contribuir para a sustentabilidade do sistema público de saúde ao reduzir o consumo de recursos e despesas. A promoção da saúde é um processo contínuo que visa criar ambientes saudáveis, implementar políticas públicas integradas, empoderar os cidadãos para escolhas individuais mais saudáveis, fortalecer o envolvimento comunitário e melhorar o bem-estar e a qualidade de vida. Esse processo está comprometido com a redução das desigualdades e iniquidades ao longo de todo o ciclo de vida do cidadão, desde a preconcepção até o fim da vida.

No entanto, a resistência das instituições de saúde à adoção de um paradigma de promoção da saúde, aliada à dificuldade de demonstrar rapidamente os resultados e vantagens dessa abordagem, tem perpetuado intervenções focadas na doença, cujos efeitos são mais imediatos e visíveis. A reorganização do SNS e a descentralização de competências podem ser a alavanca necessária para impulsionar a promoção da saúde. Essas reformas exigem consolidação e aprofundamento legislativo, redefinindo os instrumentos de promoção da saúde e clarificando os papéis das entidades responsáveis (DGS, ULS e Municípios).

Apesar de a amostra do estudo não ser representativa do país inteiro, as Câmaras Municipais, através das Estratégias Municipais de Saúde, parecem concretizar melhor os objetivos de desenvolvimento de políticas de promoção da saúde e bem-estar ao nível local. Essas estratégias, considerando a sua estrutura, influência e recursos financeiros, humanos e materiais, representam uma oportunidade para uma abordagem multidimensional e multissetorial na implementação das estratégias locais de saúde. Margarida Tavares destaca a necessidade de existirem parceiros em todos os setores e um compromisso inabalável, com os recursos adequados para liderar essa transformação (Portal SNS, 2023).

No entanto, as Estratégias Municipais de Saúde precisam de demonstrar, nos diagnósticos populacionais, os estilos de vida e hábitos, traduzir melhor os indicadores de promoção da saúde abrangendo outros determinantes (socioeconómicos, ambientais, culturais e comerciais), e tornar mais efetiva a monitorização e medição dos resultados. Também é necessário clarificar os papéis dos intervenientes na relação intersectorial e indicar os recursos financeiros e fontes de financiamento, bem como humanos e materiais, para concretizar as metas e permitir uma avaliação de custo-efetividade e custo-utilidade.

Os documentos de referência, como o Plano Nacional de Saúde 2030 e o Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde, precisam de ser atualizados no sentido de refletirem a nova realidade

estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 102/2023 (Criação das ULS) e pelo Decreto-Lei n.º 23/2019 (transferência de competências na área da saúde), permitindo um maior alinhamento formal e substancial das políticas de promoção da saúde local.

A elaboração de uma Estratégia Nacional para a Saúde e Bem-estar de Base Territorial e a criação de uma estrutura nacional para a promoção da saúde são medidas importantes para harmonizar os instrumentos de planeamento em saúde existentes, conferir coerência estratégica, desenvolver abordagens metodológicas comuns e adequadas a cada contexto local, e centrar a ação nos determinantes da saúde. No mesmo sentido, a criação dum quadro de referência de medição da promoção da saúde ao nível dos indicadores seria uma importante ferramenta.

As Estratégias Municipais de Saúde e os Planos Locais de Saúde são adequados para melhorar a eficiência e eficácia dos serviços de saúde e para orientar medidas concretas para o cidadão em termos de qualidade de vida, bem-estar e promoção de territórios mais saudáveis. É essencial garantir que os futuros instrumentos em elaboração estimulem novas lideranças locais, agreguem diversos planos e programas existentes, e potenciem os recursos e conhecimentos adquiridos, com vista a ter maior harmonização com orientações nacionais e internacionais, focados nos determinantes da saúde.

O investimento em políticas saudáveis, centradas nos determinantes da saúde, é fundamental para alcançar um sistema de saúde mais justo e eficiente. Os problemas de saúde são motivados por múltiplos fatores além das intervenções médicas tradicionais, incluindo fatores biológicos, sociais, económicos, ambientais, comportamentais e comerciais. Por essa razão, importa desenvolver ações transversais nos Planos Locais de Saúde e Estratégias Municipais de Saúde para que profissionais de saúde, formuladores de políticas e outros parceiros, possam desenvolver estratégias eficazes adaptadas às necessidades das comunidades e alocar recursos de forma mais precisa.

Fatores como educação, habitação, trabalho, infraestruturas, urbanismo, mobilidade, qualidade do ar e segurança, quando aliados às políticas de saúde, contribuem significativamente para a melhoria dos determinantes de saúde. A promoção da saúde, fundada na compreensão desses determinantes, constitui um processo dinâmico e contínuo que visa não apenas tratar doenças, mas também prevenir sua ocorrência e promover o bem-estar geral da população.

Os Planos Locais de Saúde estudados, exceto o PLS 3, consideram os determinantes da saúde nos diagnósticos, mas carecem de ações programáticas claras voltadas para esses determinantes. As Estratégias/Planos Municipais de Saúde concretizam melhor a política centrada nos determinantes da saúde, com destaque para a EMS 1, sendo importante continuar o aprofundamento técnico e político. A ausência de medidas dirigidas a outros determinantes da saúde pode ser explicada pelo tratamento desses fatores noutros documentos dispersos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASHTON, J.; TILIOUINE, A.; KOSINSKA, M.** The World Health Organization European Healthy Cities Network 30 years on. *Portuguese Journal of Public Health*. 32:6 (2018) 503-504.
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA.** Proposta de Lei 88/XV/1, Transpõe a Diretiva Delegada (UE) 2022/2100 e reforça normas tendentes à prevenção e controlo do tabagismo. [Atualizado em 26 de maio de 2023; [Consult. 17 de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailIniciativa.aspx?BID=172990>
- BARTON, H.; GRANT, M.; MITCHAM, C.; TSOUROU, C.** Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*. 24 (2009) 91–99.
- BAUER, G.; DAVIES, J.K.; PELIKAN, J.** The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*. 18:9 (2006) 153-159.
- BAUER, U. E.; BRISS, P. A.; GOODMAN, R. A.; BOWMAN, B. A.** Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*, 384 (2014) 45-52.
- BAUMGARTNER, J.; RODRIGUEZ, J.; BERKHOUT, F.; DOYLE, Y.G.; EZZATI, M.; OWUSO, G.; QUAYYUM, Z.; SOLOMON, B.; WINTERS, M.; ADAMKIEWICZ, G.; et al.** Synthesizing the links between secure housing tenure and health for more equitable cities. *Wellcome Open Research* 7:18 (2022).
- BIRD, E. L.; IGE, J. O.; PILKINGTON, P.; PINTO, A.; PETROKOFISKY, C.; BURGESS-ALLEN, J.** Built and natural environment planning principles for promoting health: an umbrella review. *BMC Public Health*. 21:2 (2018) 1-13.
- BUSS, P. M.; HARTZ, Z.M.A.; PINTO, L.F.; ROCHA, C.M.F.** Health promotion and quality of life: a historical perspective of the last two 40 years (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*. 25:1 (2020) 4723-4735.
- CALLWAY, R.; LE GOUAIS A.; BIRD E. L.; CHANG M.; KIDGER J.** Integrating Health into Local Plans: A Comparative Review of Health Requirements for Urban Development in Seven Local Planning Authorities in England. *Int J Environ Res Public Health*. 20:5 (2023) 1-36
- CAMPOS, A. C.** *Gaveta de Reformas*. Editorial Caminho. 2022.

- CAMPOS, A. C.; SIMÕES, S.** *40 Anos de Abril Na Saúde*. Almedina, 2014.
- CARMONA, M.** Place value: Place quality and its impact on health, social, economic and environmental Outcomes. *Journal of Urban Design*. 24 (2019) 1–48.
- COMISSÃO EUROPEIA.** The European Core Health Indicators (ECHI): Shortlist of 88 health indicators identified by policy area. [Em linha]. 2012. [Consult. 3 de julho de 2024]. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_en
- COMISSÃO EUROPEIA.** Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI by Member States Final report. 2013. [Consult. 3 de julho de 2024]. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/document/download/a9380036-5bd8-47c2-8036-4df823b9100c_pt?filename=echi_report_v20131031.pdf
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.** Relatórios. 2024. [Em linha]. [Consult. 17 de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.cns.min-saude.pt/2023/11/09/relatorios/>
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.** Parecer n.º 1/2022 – Parecer do Conselho Nacional de Saúde sobre o Plano Nacional de Saúde 2021-2030. [Consult. 17 de junho de 2024]. 2022. Disponível em: <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/Parecer-1-2022-Parecer-do-CNS-sobre-Plano-Nacional-de-Saude-2021-2030.pdf>
- COSTA, A.; CORTES, M.; DUARTE, A.; SENA, C.; NOGUEIRA, P.** The Tobacco Law in Portugal: Analysis of Media coverage (2010-2013). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 34:1 (2016) 85-91.
- CZERESNIA, D.** The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 15:4 (1999) 701-709.
- DAVIES, J. K.; HALL, C.; LINWOOD, E.** The Development of a European Health Promotion Monitoring System (The EUHPID Project): Final Report to the European Commission, DG SANCO. *International Health Development Research Centre*. University of Brighton, 2004.
- Decreto-Lei no 218/2007. D. R. I.ª Série. 103** (2007.05.29) 3500-3502. Aprova a orgânica do Alto Comissariado da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 91/2010. D. R. I.ª Série. 141** (2010.07.22) 2795-2796. Altera a organização interna do Ministério da Saúde e do Alto-Comissariado da Saúde no que diz respeito ao número de dirigentes e à coordenação nacional dos programas verticais de saúde de âmbito nacional, procedendo à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, e à primeira alteração ao

Decreto-Lei n.º 218/2007, de 29 de maio, que aprova a orgânica do Alto-Comissariado da Saúde.

Decreto-Lei n.º 113/2011. D. R. I.ª Série. 240 (2021.12.14) 104-118. Estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental.

Decreto-Lei n.º 124/2011. D. R. I.ª Série. 249 (2011.12.29) 5491-5498. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 27/2012. D. R. I.ª Série. 28 (2012.02.08) 635-639. Aprova a orgânica do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.

Decreto-Lei n.º 49/2016. D. R. I.ª Série. 161 (2016.08.23) 2848-2851. Estabelece o regime jurídico do Conselho Nacional de Saúde.

Decreto-Lei n.º 23/2019. D. R. I.ª Série. 21 (2019.01.30) 2-16. Concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde.

Decreto-Lei n.º 52/2022. D. R. I.ª Série. 150 (2022.08.04) 1-52. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-Lei n.º 65/2022. D. R. I.ª Série. 188 (2022.09.28) 25-29. Altera o regime da organização e funcionamento do XXIII Governo Constitucional.

Decreto-Lei n.º 102/2023. D. R. I.ª Série. 215 (2023.11.07) 4-20. Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde.

Decreto-Lei n.º 32/2024. D. R. I.ª Série. 91 (2024.05.10) 1-26. Aprova o regime de organização e funcionamento do XXIV Governo Constitucional.

Decreto-Regulamentar n.º 7/2005. D. R. I.ª Série-B. 153 (2005.08.10) 4611-4613. Cria, em execução do Plano Nacional de Saúde, o Alto Comissariado da Saúde e extingue a Comissão Nacional de Luta contra a Sida.

Decreto-Regulamentar n.º 14/2012. D. R. I.ª Série. 19 (2012.01.26) 480-482. Aprova a orgânica da Direção-Geral da Saúde e publica o mapa de pessoal dirigente.

Despacho n.º 16394/2010. D. R. II.ª Série. 210 (2010.10.28) 53786-53787. Estabelece orientações referentes às coordenações nacionais dos programas verticais de saúde.

Despacho n.º 728/2014. D. R. II.ª Série. 11 (2014.01.16) 1348-1349. Formaliza as estruturas de apoio à coordenação do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e determina que o respetivo Plano é coordenado pelo Diretor-Geral da Saúde.

Despacho n.º 1772/2018. D. R. II.ª Série. 11 (2018.02.20) 5613-5613. Nomeia a Diretora Executiva do Plano Nacional de Saúde e os membros da Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde.

Despacho n.º 4764/2023. D. R. II.ª Série. 78 (2023.04.20) 134-137. Cria a Comissão para Elaboração da Proposta de Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde Pública.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos – Orientações Estratégicas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2012/2016: Versão Completa. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2015.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2016.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030: Plano Estratégico. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2023.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Relatório: Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2022a.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2022b.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2022c.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. [Internet] Homepage do Sítio oficial da internet da Direção-Geral da Saúde. 2024 [consult. 17 de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/home.aspx?cpp=1>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. *A Nova Saúde Pública: A Saúde Pública da Era do Conhecimento, Livro de Homenagem a Constantino Sakellarides.* Gradiva, 2011.

- DOMINGUES, M. E.** *40 anos do SNS*. Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, 2019.
- EUROHEALTH.** Empowering people, communities, and civil society through social participation [Em linha]. Bruxelas, 2024. [Consult. 1 de julho. 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376876/Eurohealth-30-1-eng.pdf?sequence=1>
- EURO HEALTH NET.** The future of public health in Europe: Summary Report [Em linha]. 2023. [Atualizado em 25 de março de 2024. Consult. em 1 de julho de 2024]. Disponível em: https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2023/2403_foresightreportssummary_thefutureofpublichealth.pdf
- EXAME.** Pedidos de despejo aumentaram 17% em Portugal em 2023. [Em linha] 30 de setembro de 2023. [Consult. 29 de junho de 2024]. Disponível em <https://exame.com/mundo/crise-habitacional-em-portugal-leva-moradores-ao-despejo-e-desequilibra-mercado-imobiliario/>
- FERREIRA, C.H.** Construção do Índice “Município Saudável”. Coimbra. Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra; 2023. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Geografia Humana, Planeamento e Territórios Saudáveis. <https://hdl.handle.net/10316/111695>
- FERREIRA, M.** Aprendizagens locais nas últimas décadas - perspetiva autárquica. *In*: VIII Conferência dos Estados Gerais – Salvar e Transformar o SNS: Estratégias Locais de Saúde, Fundação para a Saúde FSNS. Aveiro, 29 de junho 2024. [evento online]
- FOLHA DE S. PAULO.** Pedidos de despejo aumentaram 17% em Portugal em 2023. [Em linha] 27 de fevereiro de 2024. [Consult. 29 de junho de 2024]. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/blogs/ora-fois/2024/02/pedidos-de-despejo-aumentaram-17-em-portugal-em-2023.shtml>
- FRIEDEN, T. R.** A framework for public health action: the health impact pyramid. *American Journal of Public Health.* 100, 4 (2010) 590-5.
- GEORGE, F.** *Prevenir Doenças e Conservar a Saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2019.
- GONÇALVES, C.; SANTINHA, G.; SANTIAGO, A.; BARROS, G.** Collaborative place-based health governance systems: stakeholders’ perceptions in the Portuguese Baixo Vouga sub-region. *Ciência & Saúde Coletiva.* 26 (2021) 2415-2430.
- GRAÇA, P.; GREGÓRIO, M. J.; FREITAS, M. G.** A Decade of Food and Nutrition Policy in Portugal (2010–2020). *Portuguese Journal of Public Health.* 38:2 (2020) 94-118.

- GRAÇA, P.; GREGÓRIO, M. J.** Evolução da Política Alimentar e de Nutrição em Portugal e suas Relações com o Contexto Internacional. *Sociedade Portuguesa de Ciências da nutrição e Alimentação*. Volume 18 (2012) 76-96.
- HANCOCK, T.** Lalonde and beyond: looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians". *Health Promotion*. 1:1 (1986) 93-100.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA.** *Estatísticas Demográficas 2022 – Informação à Comunicação Social*. [Em linha] novembro de 2023. [Consult. 29 de junho de 2024]. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=280978178&PUBLICACOESmodo=2
- LAKHANI, R. A.** Economia da Saúde: Conceitos e Métodos de Avaliação. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2014. Artigo de Revisão Bibliográfica do 6.º ano profissionalizante.
- LEAVELL, S.; CLARCK, E.G.** *Medicina Preventiva*. Editora MC Graw-Hill do Brasil Ltda. [Em linha] 1976. [Consult. 17 de junho. 2024]. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/330275599/Leavell-e-Clark-Niveis-de-prevencao-e-aplicacao>
- Lei n.º 37/2007. D.R. I.ª Série. 156** (2007.08.14) 5277-5285 - Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.
- Lei n.º 75/2013. D.R. I.ª Série. 176** (2013.09.12) 5688-5724 - Estabelece o regime jurídico das autarquias locais, aprova o estatuto das entidades intermunicipais, estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais e aprova o regime jurídico do associativismo autárquico.
- Lei n.º 50/2018. D.R. I.ª Série. 157** (2018.08.16) 4102-4108 - Lei-quadro da transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais.
- Lei n.º 95/2019. D.R. I.ª Série. 169** (2019.09.04) 55-66 - Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.
- Lei n.º 38/2023. D. R. I.ª Série. 149** (2023.08.02) 3-113 - Lei das Grandes Opções para 2023-2026.
- LOUREIRO, I.; MIRANDA, N.** Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Ação. 3.ª edição. Almedina, 2021.

- LOUREIRO, I.** Health Literacy, Policies and Citizen Participation. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 33:1 (2015) 1.
- LOUREIRO, I.; MIRANDA, N.; MIGUEL, J. M. P.** Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31:1 (2013) 23-31.
- MARMOT, M., ALLEN J., BOYCE T., GOLDBLATT P., MORRISON J.** Health equity in England: The Marmot Review 10 Years on. Londres: [Em linha]. Institute of Health Equity. 2020. [Consult. 17 de junho. 2024]. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>
- MARMOT, M.** Fair Society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010. Londres: [Em linha]. Marmot review team. Department of International development. 2010. [Consult. 17 de junho. 2024]. Disponível em: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf>
- MAGALHÃES, T.** Transformação Digital em Saúde: Contributos para a mudança. 1.^a Edição. APAH e Almedina. 2021.
- MADI, H.H.; HUSSAIN, S.J.** Health protection and promotion. *Eastern Mediterranean Health Journal*. Vol. 14. (2008) S15-S22.
- MOREIRA, R. S.; SANTOS, L. F. R.; SOUSA, M. H. O.** Organização Mundial da Saúde: origem, políticas, percurso histórico e ações frente à pandemia da Covid-19. *Estudos Universitários: revista de cultura*. V. 37 (1/2), (2020) 111–135.
- NAGORCKA SMITH, P.; BOLTON, K. A.; DAM, J.; NICHOLS, M.; ALSTON, L.; JOHNSTONE, M.; ALLENDER, A.** The impact of coalition characteristics on outcomes in community-based initiatives targeting the social determinants of health: a systematic review. *BMC Public Health*. 22, 1358 (2022) 1-26.
- OBSERVADOR.** Mais de 20% da população portuguesa sem capacidade financeira para manter casa quente em 2023. [Em linha] 15 de março de 2024. [Consult. 17 de junho. 2024]. Disponível em: <https://observador.pt/2024/03/15/mais-de-20-da-populacao-portuguesa-sem-capacidade-financeira-para-manter-casa-quente-em-2023/>
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE.** 20 anos de Relatórios de Primavera: Percurso de Aprendizagens. 2021.
- OECD; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES.** State of Health in the EU - Portugal: Perfil de saúde do país. [Em linha]. Bruxelas, 2023. [Consult. 20 de

Junho. 2024]. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/document/download/8d1d3312-3b3b-4e83-9ef3-44d7707a0821_en?filename=2023_chp_pt_portuguese.pdf

PINEO H., GLONTI K., RUTTER H., ZIMMERMANN N., WILKINSON P., DAVIES M. Urban Health Indicator Tools of the Physical Environment: A Systematic Review. *Journal of Urban Health*. 95 (2018) 613–646.

PORDATA. Censos por concelho. [Em linha]. [Consult. 20 de junho. 2024]. Disponível em <https://www.pordata.pt/tema/municipios/censos-100>

PORTAL SNS. Bairros Saudáveis [Em linha]. 2022. [Atualizado em 7 de julho de 2022 e Consult. 17 de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/07/07/bairros-saudaveis/>

PORTAL SNS. Reforço da Saúde Pública [Em linha]. 2023 [Atualizado em 30 de outubro de 2023 e Consult. 17 de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/10/30/reforco-da-saude-publica/>

Portaria n.º 306-A/2023. D. R. I.ª Série. 198 (2023.10.12) 2-16 - Aprova os Estatutos da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - PORTUGAL. Plano de Emergência da Saúde: Um Plano de Emergência e Transformação. Ministério da Saúde, 2024.

PUBLIC HEALTH ENGLAND. Spatial Planning for Health: An Evidence Resource for Planning and Designing Healthier Places. [Em linha]. Public Health England. 2017. [Consult. 29 de abril de 2024]. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/729727/spatial_planning_for_health.pdf

PUMAR-MÉNDEZ, M. J.; LOPEZ-DICASTILLO, O.; HERNANTES, N.; ANTÓN-SOLANAS, I.; ZABALETA-DEL-OLMO, E.; RODRIGUEZ-ROCA, et al. Mapping health promotion practices across key sectors and its intersectoral approach at the local level: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*. (2024) 1–9.

QUILLING, E.; BABITSCH, B.; DADACZYNSKI, K.; KRUSE, S.; KUCHLER, M.; KÖCKLER, H.; et al. Municipal Health Promotion as Part of Urban Health: A Policy Framework for Action. *Journal of Sustainability*. 12, (2020) 1-10.

REDE PORTUGUESA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS. Atlas dos Municípios Saudáveis. [Em linha]. 2024. [Consult. 17 de junho de 2024]. Disponível em: <https://atlas Municipios Saudaveis.pt/>

- REDE PORTUGUESA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS.** Relatório 1: Seleção dos indicadores do Atlas da Saúde da RPMS. [Em linha]. Coimbra, 2020. [Consult. 27 de junho de 2024]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/18RWmWR_rnwTpJdhGGZWbYXtSXOtUVu15/view
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 158/2023. D. R. I.ª Série. 237** (2023.12.11) 7-9 -
Procede ao lançamento da segunda edição do Programa Bairros Saudáveis.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023. D. R. I.ª Série. 158** (2023.08.16) 72-126 -
Aprova o Plano Nacional de Saúde 2030.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 52-A/2020. D. R. 1.º Supl. I.ª Série. 126** (2020.07.01)
2-5 - Cria o Programa Bairros Saudáveis.
- ROBINSON D., WALSHAW A.** Security of Tenure in Social Housing in England. *Social Policy and Society*. 13 (2014) 1–12.
- RODRIGUES, M. A. A.** Planos Locais de Saúde como ferramentas de Promoção de Saúde: Impactos na sustentabilidade do SNS. Covilhã: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade da Beira Interior; 2020. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.6/11005>
- SAKELLARIDES, C.** *Novo Contrato Social da Saúde – Incluir as Pessoas*. Diário de Bordo. 2009.
- SANTANA, R.; ALMEIDA, C. N.** Acompanhamento do modelo de implementação, desenvolvimento e monitorização das ULS. [Em linha] Escola Nacional de Saúde Pública. 2024. [Consult. 27 de junho de 2024]. Disponível em: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Relatorio-Final_ULS.pdf
- SANTINHA, G.** Estratégias municipais de saúde: modelos de governação para comunidades mais ativas e saudáveis. *In: VIII Conferência dos Estados Gerais – Salvaguardar e Transformar o SNS: Estratégias Locais de Saúde*, Fundação para a Saúde FSNS. Aveiro, 29 de junho 2024. [evento online]
- SANTOS, A. I.; DIAS, C.; GONÇALVES, C.; SAKELLARIDES, C.** Estratégias Locais de Saúde. [Em linha] Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. 2010. [Consult. 27 de junho de 2024]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ELS.pdf>
- TAJRA, S. F.; VIANNA, P. C.** Cidades Saudáveis: Brasil e Portugal, Caminhos que se Assemelham e se Distinguem. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*. 14:5 (2018) 48-61.

UNITED NATIONS. *Sustainable Development Goals*. Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development. [Em linha] 2015. [Consult. 27 de junho de 2024]. Disponível em <https://sdgs.un.org/goals>

WANG C., WANG J., NORBÄCK D. A Systematic Review of Associations between Energy Use, Fuel Poverty, Energy Efficiency Improvements and Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19 (2022) 7393

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of The World Health Organization. [Em linha]. New York: International Health Conference, 1948. [Consult. 20 Jan. 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. [Em linha]. Geneve: World Health Organization. 1978. [Consult. 17 junho 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf?sequence=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa charter for health promotion. 1987. [atualizado em 16 junho de 2012; Consult. 17 de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century. [Em linha]. World Health Organization. 1997. [Consult. 17 junho 2024]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63698/WHO_HPR_HEP_4ICHP_BR_97.4_eng.pdf?sequence=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2009. [Consult. 20 jan. 2024]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf?sequence=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Promotion Glossary of Terms. Geneva. World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 10th Global Conference on Health Promotion charters a path for creating 'well-being societies'. [atualizado em 15 de dezembro de 2021; Consult. 17 de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO European Healthy Cities Network. [Consult. 17 de junho de 2024]. 2024a. Disponível em: <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO European Healthy Cities Network - Phases of the Network. 2024. 2024b. [Consult. 17 de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/europe/phases-of-the-network>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. a European policy framework and strategy for the 21st century. [Health 2020: Em linha]. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2013. [Consult. 17 junho 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/326386>

ANEXO 1

Tabela A. Atributos da matriz de revisão dos documentos de planejamento em saúde selecionados, justificativa para inclusão e termos de pesquisa adotados, adaptado de Callway et al., 2023.

ÁREAS	ATRIBUTOS	JUSTIFICAÇÃO PARA A INCLUSÃO	TERMOS DE PESQUISA UTILIZADOS
INTRODUÇÃO/CONTEXTO	Título	Registrar uma referência clara para cada documento	-
	Data de elaboração	Garantir que os documentos em análise sejam atuais e alinhados com o Plano Nacional de Saúde vigente	-
	Abrangência	Assegurar que os documentos em análise definem claramente a sua abrangência territorial	-
1. SAÚDE	Prioridades em saúde	Compreender de que forma são definidas as prioridades locais em relação aos problemas de saúde, nomeadamente sobre doenças não transmissíveis, desigualdades em saúde, saúde mental e saúde planetária.	Prioridades locais para: doenças não transmissíveis (incluindo cancro, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes); saúde mental (ansiedade, depressão, demências, uso de substâncias ilícitas); desigualdades em saúde; esperança de vida; saúde planetária (metas de redução de emissões de carbono, biodiversidade)

	Bem-estar	Compreender de que forma o planeamento em saúde está alinhado com outras estratégias no território e verificar se as prioridades são comunicadas de forma clara aos parceiros e à população	Estratégia local; bem-estar;
	Base de evidência	Compreender de que forma a evidência é incorporada no planeamento em saúde e como é comunicada aos parceiros e à população	Referência a: dados de morbilidade e mortalidade por doenças não transmissíveis, dados sobre hábitos de consumo e estilos de vida, dados sobre desigualdades em saúde, dados sobre outros determinantes da saúde
	Intersectoralidade	Adotando um modelo de <i>Saúde em Todas as Políticas</i> , compreender de que forma o planeamento em saúde envolve parceiros de outros sectores	Sustentabilidade; intersectorialidade
	Orientações	Compreender se os documentos são desenvolvidos com base em orientações claras sobre planeamento em saúde	Manual Orientador; DGS; PNS
	Alinhamento internacional	Compreender se os documentos referem as principais estratégias internacionais em vigor	OMS; OMS Europa; ODS
2. DETERMINANTES DA SAÚDE	Políticas saudáveis	Considerar o modelo de <i>Saúde em Todas as Políticas</i> e entender como são avaliadas as prioridades de saúde e os resultados esperados.	Avaliação do Impacto na Saúde, bairros saudáveis, espaços ou ambientes saudáveis, edifícios saudáveis
	Determinantes da saúde	Considerar os principais determinantes da saúde no processo de planeamento com uma abordagem ampla e integrada.	Ver Tabela B, Anexo 1

	Habitação acessível	Ver Tabela B, Anexo 1	Renda acessível, habitação, arrendamento
	Pobreza energética	Considerar medidas de eficiência energética e isolamento térmico associadas a uma redução da morbilidade relacionada com o frio, sintomas respiratórios e alérgicos, como asma e eczema, síndrome do edifício doente, hipertensão, sinusite e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). A pobreza energética pode afetar a qualidade do sono, agravar os problemas articulares e de mobilidade, doenças respiratórias e cardiovasculares, e aumentar o stress relacionado com a saúde mental.	Pobreza energética, eficiência, calor, frio
	Qualidade do ar	Ver Tabela B, Anexo 1	Ar interior, qualidade do ar, ventilação, poluição, partículas
	Segurança habitacional	Revisões sistemáticas mais recentes sobre as evidências de ligação entre a segurança habitacional do edificado e outros no âmbito do arrendamento e os resultados de saúde física e mental.	Inquilino, arrendatário, renda, segurança
3. IMPLEMENTAÇÃO	Recursos financeiros	Garantir que as atividades e programas definidos no plano estão devidamente orçamentados em termos de recursos financeiros e investimentos necessários, fontes de financiamento, etc.	Orçamento, investimento, financiamento

Viabilidade	Garantir que a avaliação de viabilidade e as negociações sejam transparentes e capazes de ampliar os resultados em saúde.	Viável/viabilidade
Monitorização	Indicadores e plano de monitorização do plano.	Monitorização; indicadores; inquéritos;
Outras estratégias em curso	Otimizar o processo de planeamento, integrando a saúde com outros planos e estratégias já implementados ou em vias de o ser.	Gestão, estratégia, plano
Envolvimento da comunidade	A participação, envolvimento e diálogo com a comunidade ao longo de todas as fases do processo são importantes para ajudar a melhorar a qualidade a longo prazo e o sentimento de pertença, beneficiando tanto a saúde mental como física.	Consulta pública, discussão pública e inclusão de contributos no processo de planeamento

Tabela B. Características dos determinantes da saúde, adaptado de Bird et al. (2018).

TEMA	PRINCÍPIOS	CARACTERÍSTICA DO DETERMINANTE DA SAÚDE	RESULTADO EM SAÚDE REPORTADO
1. DESENHO DE BAIROS SAUDÁVEIS	1. Mobilidade nos bairros	Aumentar a facilidade de deslocação - transparência (<i>decluttering</i> , fachadas ativas), legibilidade (pontos de referência, orientação, organização), permeabilidade (conectividade), vigilância natural, segurança, e melhorias paisagísticas e do espaço público, caráter e distinção, sinalética	Aumento da atividade física Maior envolvimento social Maior mobilidade
		Melhorar a infraestrutura para apoiar as caminhadas e o ciclismo	Aumento da atividade física Aumento da mobilidade entre os idosos Melhoria ponderal
	2. Bairros completos e coesos	Comunidades coesas, por exemplo, proximidade local e a densidade relacionada com várias dimensões de contexto (sustentabilidade) no desenvolvimento das cidades. Necessidade de mitigar potenciais impactos negativos na saúde da intensificação num bairro, incluindo a saúde mental e o stress social decorrentes de questões de poluição sonora, sobrelotação.	Aumento da atividade física
		Proximidade de infraestruturas económicas e sociais - alocações de espaço do plano local e requisitos em relação ao acesso a infraestruturas e serviços, disposições de uso misto, acesso a transportes públicos (proximidade, celeridade, eficiência).	Aumento da mobilidade entre os idosos Aumento da participação social entre os idosos Melhor saúde mental
		3. Conectividade com infraestruturas seguras e eficientes	Conectividade rodoviária (por exemplo, fornecimento de infraestruturas para peões e ciclistas, acesso a transportes públicos)

		<p>Espaço público de boa qualidade, por exemplo, legibilidade, transparência, permeabilidade, resiliência, monumentos, património cultural, carácter, infraestruturas verdes, investimento, gestão e manutenção, iluminação pública.</p>	<p>Aumento da atividade física Redução do sentimento de insegurança Redução das colisões de trânsito</p>
<p>2. HABITAÇÃO SAUDÁVEL</p>	<p>1. Melhorar a qualidade da habitação</p>	<p>Remoção dos riscos domésticos. Por exemplo: segurança contra incêndios (alarmes de fumo); eficiência térmica; resistência a contaminantes e humidade; eficiência hídrica; eliminação de resíduos; proteção contra quedas; resistência à passagem do som; segurança elétrica; etc.</p>	<p>Melhores resultados sociais entre os adultos mais velhos Redução da taxa de queda Redução das lesões não intencionais</p>
		<p>Remodelação e modernização de habitações, gestão e manutenção</p>	<p>Melhor estado geral de saúde Redução do sentimento de insegurança</p>
		<p>Acesso interior à luz natural</p>	<p>Protetor para vários resultados de saúde: prevenção da tuberculose e outras doenças infecciosas; melhor humor; redução do risco de quedas; melhor qualidade do sono</p>
		<p>Ventilação/qualidade do ar interior</p>	<p>Melhor saúde respiratória Redução da morbilidade por asma em crianças</p>
	<p>2. Aumentar a oferta de habitação acessível e diversa</p>	<p>Habitação diversa (formas e tipologias)</p>	<p>Aumento da atividade física</p>
		<p>Uso misto (comercial, residencial)</p>	<p>Aumento da perceção de segurança entre os grupos com baixos rendimentos/vulneráveis</p>
		<p>Habitação acessível (incluindo arrendamento, segurança habitacional)</p>	<p>Melhor saúde mental</p>

<p>3. Aumentar oferta de habitação acessível para grupos com necessidades específicas</p>	<p>Oferta acessível para grupos vulneráveis (idosos, deficiências, abuso de substâncias, saúde mental)</p>	<p>Melhores resultados sociais Melhores resultados comportamentais Melhores resultados relacionados com a saúde Redução do uso indevido de substâncias e perturbações mentais concomitantes Melhorar os resultados psiquiátricos Aumento da qualidade de vida</p>
	<p>Oferta de habitação acessível para pessoas com doenças crónicas</p>	<p>Maior envolvimento com os serviços de VIH/SIDA Redução dos comportamentos sexuais de risco entre pessoas com VIH/SIDA Melhores resultados em VIH/SIDA</p>
	<p>Habitação acessível para pessoas sem abrigo</p>	<p>Maior envolvimento com os serviços de saúde Aumento da qualidade de vida Aumento do emprego Melhor saúde mental</p>
<p>3. AMBIENTES ALIMENTARES MAIS SAUDÁVEIS</p>	<p>1. Alimentos saudáveis e acessíveis para a população em geral</p>	<p>Acesso a alimentos saudáveis e acessíveis – políticas territoriais sobre a distribuição dos pontos de venda de alimentos</p> <p>Redução da ingestão de gordura Melhor comportamento alimentar Aumento da ingestão de frutas e hortícolas Compra de alimentos mais saudáveis</p>
	<p>Diminuir o acesso a pontos de venda de alimentos não saudáveis e no local de trabalho (<i>fast food take away</i>)</p>	<p>Redução da ingestão de gordura Melhor comportamento alimentar Aumento da ingestão de frutas e hortícolas Compra de alimentos mais saudáveis</p>

		Aumentar o acesso a alimentos saudáveis nas escolas	<p>Redução da ingestão de gordura Melhor comportamento alimentar Aumento da ingestão de frutas e hortícolas</p>
		Aumentar as opções de alimentação saudável nos pontos de venda	<p>Redução da ingestão de gordura Melhor comportamento alimentar Aumento da ingestão de frutas e hortícolas Compra de alimentos mais saudáveis</p>
	2. Melhorar a infraestrutura alimentar comunitária	Oportunidades para a agricultura urbana, por exemplo, hortas comunitárias	<p>Melhores escolhas em relação a uma alimentação mais saudável Maiores oportunidades para o consumo de frutas e hortícolas Maiores oportunidades para a conectividade social Maiores oportunidades para a atividade física</p>
		Fornecimento/acesso a loteamentos e espaços de jardim - disposições dentro e fora do local	<p>Melhores escolhas em relação a uma alimentação mais saudável Maiores oportunidades para o consumo de frutas e hortícolas Maiores oportunidades para a conectividade social Maiores oportunidades para a atividade física</p>
4. AMBIENTES NATURAIS E SUSTENTÁVEIS	1. Reduzir a exposição a riscos ambientais	Melhorar a qualidade do ar (exterior) - áreas de gestão da qualidade do ar; medidas de mitigação	Aumento da atividade física nos adultos mais velhos
		Reduzir a exposição à poluição atmosférica – plano territorial, avaliação, mitigação, promoção de barreiras verdes	<p>Redução do risco de doenças crónicas Melhores resultados obstétricos (partos) Redução da mortalidade infantil Melhoria da função cognitiva</p>

	<p>Reduzir a exposição ao ruído excessivo — avaliação do ruído, mitigação, planeamento espacial, promoção de barreiras verdes</p>	<p>Melhores resultados em saúde mental Redução do risco de doença cardíaca isquémica</p>
	<p>Risco de cheias - mitigação através de infraestruturas verdes e eficiência hídrica. Reduzir o impacto das cheias – plano urbano, avaliação do risco de cheias e contributos para a mitigação</p>	<p>Redução do risco de intoxicação por monóxido de carbono Melhores resultados de saúde física e mental</p>
2. Acesso e envolvimento com o ambiente natural	<p>Aumentar o acesso à natureza e a infraestruturas verde/azul – ligação do plano local com as infraestruturas verdes locais e estratégias locais de recuperação da natureza</p>	<p>Aumento da atividade física Redução do risco de doenças cardiovasculares Aumento da motivação para praticar atividade física Redução da obesidade em adolescentes Melhores resultados em saúde mental</p>
	<p>Melhorias nos parques e jardins locais – estética, paisagismo, conservação da biodiversidade</p>	<p>Aumento dos utilizadores dos parques e jardins Aumento da atividade física</p>
	<p>Oferta de atividades físicas ao ar livre, incluindo oferta de espaços de lazer ao ar livre e/ou instalações recreativas próximas</p>	<p>Aumento da atividade física</p>
3. Adaptação às alterações climáticas	<p>Plantação de árvores e vegetação nos bairros – é também necessário pensar na resiliência do paisagismo suave às alterações climáticas na seleção de espécies</p>	<p>Melhores resultados em saúde</p>
	<p>Condições meteorológicas extremas, incluindo calor, frio e seca extremos</p>	<p>Melhores resultados em saúde Melhor saúde mental Redução da mortalidade excessiva no inverno</p>

5. TRANSPORTE SAUDÁVEL	1. Oferta de infraestruturas de mobilidade ativa	Oferta de infraestruturas para caminhadas e ciclismo – espaço público/infraestruturas verdes, incluindo árvores nas ruas para aumentar a sombra para os peões, etc.	Aumento da atividade física Aumento da mobilidade
	2. Priorização do transporte público	Promover o transporte público – alocações de locais próximos das ligações a transporte público, alocações específicas dos locais em relação à acessibilidade e investimentos na infraestrutura de transporte público	Aumento da atividade física Melhores resultados cardiovasculares Redução do medo do isolamento social Melhor saúde mental
		Priorizar peões e ciclistas – hierarquia modal (priorização de peões, ciclistas e veículos motorizados), reduzir as compensações por deslocações, estabelecendo limites para os lugares de estacionamento, alocações específicas e requisitos para promover vias para peões e ciclistas, estacionamento para bicicletas, ciclovias separadas	Aumento da atividade física Melhores resultados cardiovasculares
	3. Priorização da conectividade com infraestruturas seguras e eficientes	Medidas de redução de tráfego - inclui referência a medidas de redução de tráfego e segurança rodoviária em novos empreendimentos, e.g. 30 Km/h, ciclovias separadas, melhorias no espaço público, por exemplo, ilhas de jardins de chuva nas ruas, incentivo ao transporte público/mobilidade ativas, utilização de zonas residenciais e espaços de trabalho partilhados (para reduzir as deslocações).	Aumento da atividade física Redução do risco de ferimentos em peões Redução do risco de acidentes de trânsito Aumento da atividade dos peões
	Melhorias no espaço público, por exemplo, infraestruturas/paisagismo, iluminação pública, princípios-chave de design (por exemplo, legibilidade, transparência, vigilância natural, resiliência)	Aumento da atividade física Redução do sentimento de insegurança Redução do risco de acidentes de trânsito	

4. Permitir a mobilidade para todas as idades e atividades	Promover o transporte público para espaços recreativos –ligação à estratégia de acesso a parques e espaços verdes, ligações às rotas de autocarros locais, ciclovias e estacionamento	Aumento da atividade física Maior segurança pedestre entre adolescentes Melhor saúde mental
	Promover mobilidade ativa para o trabalho e para a escola - alocações de locais, reduzir compensações por viagens, promover o uso de planeadores de viagens, que podem ser monitorizados	Aumento da atividade física Maior segurança pedestre entre adolescentes Melhor saúde mental