SAÚDE@CASCAIS

Relatório do estudo aquisição de serviços para a elaboração de plano concelhio de promoção da saúde – Câmara Municipal de Cascais

Saúde@Cascais

CIES IUL
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E ESTUDOS DE SOCIOLOGIA
Instituto Universitário de Lisboa

CASCAIS
Elevada às Pessoas

Agosto de 2012

Equipa

Felismina Mendes

Joana Zózimo

Saúde@Cascais

Centro de Investigação e Estudos Sociologia – CIES/ ISCTE-IUL

Av. Das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa

Contacto: cies@iscte.pt

ÍNDICE

Índice

SUMÁRIO TÉCNICO..... 5

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS..... 9

INTRODUÇÃO..... 13

1. A PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE 18
1.1. A Promoção da Saúde..... 19
1.2. Os Determinantes Sociais da Saúde..... 30

2. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CASCAIS 48
2.1. Caraterização sociodemográfica..... 49
2.2. Caraterização de saúde..... 53

3. AVALIAÇÃO INTERNA DO PROJETO: CONTRIBUTOS INTERNOS..... 58

4. A INTERVENÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADA NO CONCELHO ENTRE 2008 E 2012..... 62
4.1. Análise geral dos projetos internos..... 63
4.2. Análise dos projetos desenvolvidos pela Câmara Municipal de Cascais, segundo a perspetiva dos Determinantes Socias da Saúde..... 66
4.3. Análise dos projetos de promoção da saúde realizados por entidades externas à Câmara Municipal de Cascais..... 74

5. OS *STAKEHOLDERS*: CONCEÇÕES E EXPECTATIVAS..... 81
5.1. Promoção da Saúde: A conceção epidemiológica e os Determinantes Sociais da Saúde..... 83
5.2. Visão estratégica da promoção da saúde: Motivações e expectativas..... 88
5.3. A atuação face aos Determinantes Sociais da Saúde..... 91

6. AS CONCEÇÕES DA POPULAÇÃO..... 97
6.1. Caraterização geral..... 98
6.2. Acessibilidade ao serviços de saúde..... 105
6.3. Estilos de vida..... 108
6.4. Conceções de Saúde e de Promoção da Saúde..... 118
6.5. As representações da promoção da saúde no concelho..... 123

7. ANÁLISE *STRENGTHS-WEAKNESSES-OPPORTUNITIES-THREATS* (*SWOT*) 130

8. LINHAS DE ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA..... 134

CONCLUSÃO..... 142

BIBLIOGRAFIA..... 146

ANEXOS..... 153

SUMÁRIO TÉCNICO

Sumário técnico

Neste relatório apresentam-se os resultados do estudo que teve como objetivo compreender em que medida a intervenção realizada no concelho se Cascais se encontra assente numa aproximação aos determinantes de saúde, de forma a definir linhas de orientação estratégica de suporte a uma intervenção concelhia estruturada nos princípios da promoção da saúde.

A perspetiva atual da promoção da saúde centra-se na ação conjugada de múltiplos setores sobre os determinantes sociais da saúde, que têm influência direta nos riscos para a saúde e já não apenas em indicadores epidemiológicos, que durante longos anos conduziram a ação da saúde pública e da educação para a saúde nesta matéria.

Cascais é um dos concelhos com menores níveis de envelhecimento a nível nacional, apresenta dos maiores níveis de escolaridade completa de nível superior, tem um índice de desenvolvimento superior à média do país e tem igualmente um importante contingente de imigrantes, que se destaca pela sua heterogeneidade de proveniências. Os indicadores de saúde concelhios, são no geral, mais favoráveis que os da área em que se insere o concelho – a grande Lisboa.

Os diversos departamentos ou divisões autárquicas revelaram, no geral, afastamento face ao projeto, em curso. Os que colaboraram, fizeram-no numa lógica de resposta a mais uma solicitação. A articulação interdepartamental é uma das debilidades da Câmara Municipal de Cascais (CMC), para implementação de uma futura estratégia de promoção da saúde assente na aproximação aos determinantes sociais da saúde.

A análise dos projetos de promoção da saúde realizados no período 2008-2012, pela CMC, revelou que, embora não partindo de uma lógica de atuação na promoção da saúde sustentada nos determinantes sociais da saúde, alguns dos projetos realizados enquadram-se no modelo de atuação referido, quer em termos de estratégias e objetivos, quer em metodologias de implementação, quer de indivíduos e grupos intervencionados, e nalguns casos de resultados obtidos. Neste âmbito, salientam-se os projetos dirigidos a grupos vulneráveis e/ou social e culturalmente alvo de processos de exclusão socioeconómica e cultural, seguindo-se um dos objetivos centrais de uma estratégia de atuação baseada nos determinantes sociais da saúde e que consiste em eliminar as desigualdades entre os indivíduos e grupos, em qualquer sociedade, a partir de uma intervenção a nível local, regional, ou central. Também os projetos de intervenção sobre o ambiento físico se enquadram nesta lógica, e foram vários os que a CMC desenvolveu.

Os *stakeholders* expressam confiança na autarquia para liderar a estratégia de promoção da saúde no concelho de Cascais, em parceria com outras organizações concelhias, públicas e privadas. A confiança expressa resulta da avaliação do trabalho realizado pela autarquia até ao momento. Embora revelem conceções próximas do modelo epidemiológico da doença, revelam-se expectantes e motivados para colaborarem na implementação da futura estratégia de promoção da saúde, no concelho.

A população do concelho perceciona a saúde segundo uma conceção holística e a promoção da saúde a partir de uma lógica de atuação sobre os estilos de vida saudáveis, onde o exercício físico tem um papel central. O ambiente físico do concelho é valorizado por si só, mas também pelas possibilidades que oferece para a prática da atividade física e nesse sentido requerem o aumento da oferta de infraestruturas para a prática de exercício físico ao ar livre. Requerem também melhorias na acessibilidade aos cuidados e serviços de saúde e consideram o concelho de Cascais, paradigma de um concelho saudável.

Na análise *Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats* (*SWOT*), destacam-se as oportunidades identificadas para a implementação da estratégia concelhia de promoção da saúde, nomeadamente o sentido social, económico e político da saúde para o concelho; a criação de um futuro *cluster* da saúde no concelho; o poder de atração do concelho; os *stakeholders* motivados e expectantes; a elevada qualificação da população concelhia; a Plataforma Saúde na Escola e os munícipes sensibilizados para a adoção de estilos de vida saudáveis.

As linhas de orientação estratégica para a futura intervenção na promoção da saúde devem ser ancoradas num amplo debate sobre as desigualdades em saúde e sobre os determinantes sociais da saúde, no espaço público. À CMC cabe a mobilização da comunidade para a ação e para consolidar uma conceção, que rompe com os modelos tradicionais da promoção da saúde. A população e os diferentes *stakeholders*, não só têm um papel importante a desempenhar neste processo de mobilização, como se encontram motivados para a ação. A conceção central emanada do modelo dos determinantes sociais da saúde deve ser igualmente debatida com outros setores (além do da saúde), para que estes possam compreender a sua relevância e os termos da sua contribuição, nesta matéria. A importância de abandonar os modelos epidemiológicos tradicionais e passar a considerar métodos que estejam ligados ao contexto cultural, aos sistemas de valores, às metas e expectativas dos indivíduos e grupos, são centrais nesta matéria, já que uma focalização demasiado centrada nas manifestações da saúde e da doença pode

ocultar a relação (ou aspetos significativos desta) entre os determinantes sociais da saúde e as metas de desenvolvimento mais amplas, estabelecidas em cada contexto.

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Índice de Tabelas

Tabela 1- Escalões etários..... 50
Tabela 2 – Nível de escolaridade mais elevado completo 51
Tabela 3 – Consultas externas nos hospitais, por especialidade (2009)..... 55
Tabela 4 – Consultas médicas nos centros de saúde, por especialidade (2009)..... 56
Tabela 5 – Distribuição dos projetos pelas unidades orgânicas da CMC..... 63
Tabela 6 – Tempo de duração dos projetos..... 64
Tabela 7 – Valores de financiamento dos projetos..... 65
Tabela 8 – Distribuição dos projetos pelas diferentes entidades externas..... 74
Tabela 9 - Distribuição dos inquiridos segundo o género..... 98
Tabela 10 - Distribuição dos inquiridos segundo o grupo etário..... 99
Tabela 11 - Distribuição dos inquiridos segundo o tempo de residência no concelho..... 99
Tabela 12 - Distribuição dos inquiridos segundo a freguesia de residência..... 100
Tabela 13 - Distribuição dos inquiridos segundo o número de menores no agregado familiar..... 100
Tabela 14 - Distribuição dos inquiridos segundo o número de idosos no agregado familiar..... 101
Tabela 15 - Distribuição dos inquiridos segundo o número de adultos do agregado familiar, a viver na habitação..... 101
Tabela 16 - Distribuição dos inquiridos segundo o número de familiares imigrantes..... 102
Tabela 17 - Distribuição dos inquiridos segundo o grau de instrução..... 103
Tabela 18 - Distribuição dos inquiridos segundo a situação no mercado de trabalho..... 103
Tabela 19 - Distribuição dos inquiridos segundo a proveniência do rendimento familiar..... 104
Tabela 20 - Distribuição dos inquiridos segundo o rendimento mensal médio do agregado familiar..... 104
Tabela 21 - Distribuição dos inquiridos segundo o local a que recorrem numa situação de doença..... 105
Tabela 22 - Distribuição dos inquiridos segundo a inscrição num Centro de Saúde ou USF no concelho de Cascais..... 105
Tabela 23 - Distribuição dos inquiridos segundo o Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar em que estão inscritos..... 106
Tabela 24 - Distribuição dos inquiridos por ter/não ter médico de família..... 107
Tabela 25 - Distribuição dos inquiridos segundo o tempo médio de espera para a obtenção de uma consulta..... 107
Tabela 26 - Distribuição dos inquiridos segundo as doenças crónicas que existem no agregado familiar..... 108
Tabela 27 - Distribuição das inquiridas segundo o Índice de Massa Corporal (IMC)..... 109
Tabela 28 - Distribuição dos inquiridos segundo o IMC..... 109
Tabela 29 - Distribuição dos inquiridos segundo as refeições tomadas nas últimas 24

horas…….. 110
Tabela 30 - Distribuição dos inquiridos segunda a omissão diária de uma refeição……. 112
Tabela 31 - Distribuição dos inquiridos segundo a refeição que habitualmente não tomam…….. 112
Tabela 32 - Distribuição dos inquiridos segundo os locais onde mais frequentemente tomam as suas refeições…… 114
Tabela 33 - Distribuição dos inquiridos segundo o consumo de vinho às refeições…….. 115
Tabela 34 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo diário de cerveja fora das refeições…… 115
Tabela 35 - Distribuição dos inquiridos segundo as bebidas brancas que consomem fora das refeições…… 116
Tabela 36 - Distribuição dos inquiridos segundo o ato de fumar…….. 116
Tabela 37 - Distribuição dos inquiridos segundo o número de cigarros consumidos diariamente…….. 117
Tabela 38 - Distribuição dos inquiridos segundo o consumo de drogas ilícitas…… 117
Tabela 39 - Distribuição dos inquiridos segundo a periodicidade do consumo de drogas ilícitas…….. 118
Tabela 40 - Distribuição dos inquiridos segundo a autoavaliação do estado de saúde…….. 119
Tabela 41 - Distribuição dos inquiridos segundo as preocupações com a saúde…… 120
Tabela 42 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância atribuída à prática regular da atividade física…….. 123
Tabela 43 – Distribuição dos inquiridos sobre a prática regular do exercício físico…… 123
Tabela 44 – Distribuição dos inquiridos sobre se Cascais é um concelho saudável…… 125
Tabela 45 – Distribuição dos inquiridos sobre se mudariam de local de residência…….. 126

Índice de Quadros

Quadro 1 – Distribuição dos projetos internos à CMC segundo os determinantes individuais da saúde (DIS)..... 68
Quadro 2 - Distribuição dos projetos internos à CMC segundo os determinantes socioeconómicos da saúde (DSES)..... 70
Quadro 3 - Distribuição dos projetos de entidades externas à CMC segundo os DIS..... 76
Quadro 4 - Distribuição dos projetos de entidades externas à CMC segundo os DSES..... 77
Quadro 5 – Como justificam a sua preocupação com a saúde..... 120
Quadro 6 – O que fazem para cuidar da saúde..... 122
Quadro 7 – Maior dificuldade para cuidar da saúde..... 122
Quadro 8 – Distribuição dos inquiridos as principais medidas/iniciativas que devem ser implementadas no concelho de Cascais para promover a saúde..... 124
Quadro 9 – Opinião sobre o que é um concelho saudável..... 124
Quadro 10 - Motivos porque Cascais é um concelho saudável..... 125
Quadro 11 - O que significa ter saúde..... 126

INTRODUÇÃO

Este relatório resulta de um estudo realizado para a CMC e que teve como objetivo compreender em que medida a intervenção realizada ao nível da promoção da saúde, no concelho, se encontra assente numa aproximação aos determinantes de saúde, de forma a definir linhas de orientação estratégica de suporte a essa mesma intervenção concelhia estruturada nos princípios da promoção da saúde.

A concretização deste objetivo geral passou por duas linhas de trabalho paralelas mas complementares: por um lado mapear a intervenção em promoção da saúde, realizada pela CMC e por entidades externas concelhias, nos últimos quatro, através da colaboração com as diferentes unidades orgânicas da CMC e das entidades externas. O papel das diferentes entidades afirmava-se decisivo no acesso à informação sobre o trabalho realizado e na futura atuação ao nível da promoção da saúde, enquanto estratégia integrada de desenvolvimento do concelho. Por outro lado, averiguava-se qual o efetivo potencial que o concelho de Cascais apresenta para apostar numa intervenção em promoção da saúde assente na lógica dos determinantes sociais da saúde e para, de forma diferenciadora, aproveitar as infraestruturas de saúde, envolver os parceiros, os *stakeholders* e os munícipes, para estruturar uma estratégia de promoção da saúde assente nos determinantes sociais da saúde.

Este estudo surge num contexto em que a importância da saúde se afirma cada vez mais como um fator de desenvolvimento social e económico e onde é visível todo o seu potencial nos domínios da redução das desigualdades, inclusão social e participação, ou de qualificação ambiental.

Conforme definido na proposta de trabalhos efetuada no projeto apresentado, este estudo envolve dois níveis de análise e de atuação distintos, correspondentes a outras tantas estratégias estabelecidas:

- Um primeiro nível, correspondente à realização de um diagnóstico da situação da promoção da saúde no concelho, em termos de projetos desenvolvidos, nos últimos quatro, quer pela autarquia, quer por outras entidades concelhias e à auscultação dos principais *stakeholders* concelhios e população, nesta matéria.

- Um segundo nível, correspondente à análise *SWOT* e à elaboração de linhas orientadoras da futura estratégia de intervenção camarária na promoção da saúde segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde, a partir dos dados empíricos obtidos.

A primeira fase, de diagnóstico, implicou o envolvimento de todas as unidades orgânicas, da CMC, no projeto, seja através da sua colaboração no mapeamento dos

projetos realizados, seja para captar a sua disponibilidade para uma futura articulação e atuação conjunta na promoção da saúde.

Neste quadro, o diagnóstico da situação do concelho em relação aos projetos de promoção da saúde realizados, pode ser decomposto, em três vertentes de análise complementares, que confluem para: uma exploração e análise concetual do conceito de determinantes sociais da saúde; uma recolha dos projetos de promoção realizados pela autarquia e entidades externas; uma caraterização sociodemográfica e de saúde do concelho de Cascais, a partir de indicadores disponíveis.

O objetivo central do projeto em curso determinou claramente as opções metodológicas acionadas, que se pretendeu, correspondessem às exigências da entidade promotora do projeto e simultaneamente aos objetivos e operacionalização do mesmo ou seja, optar por metodologias ativas e colaborativas.

Assim, a primeira fase consistiu na compilação de informação, através de pesquisa bibliográfica, que sustentou concetualmente o projeto e serviu de suporte a todas as etapas da sua operacionalização.

Em termos metodológicos, esta primeira fase, implicou uma variedade de técnicas e formas de atuação. Por um lado, apoiou-se na recolha, análise e discussão de informação sobre o conceito de determinantes sociais da saúde (e na operacionalização deste conceito na implementação da promoção da aúde a nível local). Por outro, assentou na construção de instrumentos de recolha de dados/informação dirigidos quer às diferentes unidades orgânicas da autarquia, quer às entidades externas, quer aos *stakeholders*, quer ainda à população do concelho. Para além disso, e naquilo que é a parte mais substancial do trabalho efetuado, centrou-se numa análise detalhada das conceções e práticas de promoção da saúde realizadas no concelho de Cascais, com base na informação empírica, tanto quantitativa como qualitativa resultante das fichas de projetos analisados, das entrevistas dos *stakeholders* e do questionário à população.

A segunda fase, associada à elaboração das linhas orientadoras da estratégia futura intervenção em promoção da saúde, passou, num primeiro momento pela realização de uma análise *SWOT*, para num segundo momento encetar a identificação dessas mesmas linhas orientadoras.

A lógica metodológica subjacente a todo este processo foi a do planeamento estratégico, justificando-se esta opção não só face aos objetivos de reflexão estratégica pretendidos, como particularmente face à utilidade do envolvimento dos diversos agentes relevantes para este processo, o qual beneficiou claramente com a mobilização dos atores

interessados numa nova lógica de atuação e no consequente processo de mudança, onde a CMC, tem um papel fundamental, quer como facilitador, quer como mobilizador de todos os agentes envolvidos, bem como das suas vontades.

A metodologia de planeamento preconizada passou, portanto, pelo envolvimento de diferentes atores num quadro abrangente de mobilização na resposta aos desafios que a Promoção da Saúde representa, e cuja concretização passará necessariamente pela articulação entre todos os atores e pela colaboração dos poderes públicos e privados, em prol do desenvolvimento sustentável do concelho de Cascais.

No âmbito da lógica global de estruturação do trabalho realizado, este relatório visa, por um lado, apresentar os resultados do processo, e em particular da análise efetuada, bem como a proposta de linhas orientadoras da atuação estratégica ao nível da promoção da saúde. Por outro lado, procura igualmente servir como ponto de apoio fundamental à discussão e ao envolvimento dos diversos *stakeholders* (dentro e fora do universo das instituições ligadas à CMC) em torno de um projeto concelhio de promoção da saúde assente na lógica dos determinantes sociais da saúde.

O atual relatório encontra-se estruturado em oito partes. No primeiro capítulo apresenta-se a arquitetura concetual subjacente à promoção da saúde e aos determinantes sociais da saúde. Partindo de uma abordagem histórica, apresentam-se também as atuais conceções que sustentam a intervenção na promoção da saúde segundo o modelo dos determinantes da saúde, centrada essencialmente nas contribuições da Organização Mundial de Saúde (OMS), sobre este assunto.

No capítulo seguinte (capítulo 2) é efetuada uma caraterização sociodemográfica e de saúde, do concelho, a partir de um conjunto de indicadores, tanto quanto possíveis atuais, que permita ilustrar as potencialidades e as fragilidades concelhias e, simultaneamente sustentar futuras opções de intervenção na promoção da saúde.

No capítulo 3 apresenta–se uma síntese da estratégia de envolvimento dos diferentes departamentos e divisões autárquicas, no projeto, com particular destaque para a sua reflexão crítica sobre o mesmo. Analisar o atual envolvimento e motivações internas à autarquia, pode revelar-se um indicador extremamente útil das articulações futuras, com vista ao trabalho a ser desenvolvido na promoção da saúde.

O capítulo seguinte (capítulo 4) apresenta a análise dos dados empíricos obtidos com as fichas resumo dos projetos de promoção da saúde realizados no concelho nos últimos quatro anos (2008-2012), quer pela autarquia, quer por entidades externas. Esta análise apresenta num primeiro momento uma caraterização geral dos projetos

desenvolvidos nesta área e centra-se depois num estudo mais fino, na tentativa de captar as lógicas subjacentes à atuação camarária ao nível da promoção da saúde (nomeadamente a dos determinantes sociais da saúde).

No capítulo 5, são enunciados os resultados das entrevistas aos *stakeholders* do concelho. Nesse sentido revelam-se e analisam-se as suas conceções de Promoção da Saúde, a partir a da sua visão estratégica sobre o processo (metas, objetivos, estruturas, articulações, liderança) a implementação da mesma a nível concelhio. Também são analisadas as suas e conceções sobre os determinantes da saúde, nomeadamente em termos do possível envolvimento de cada *stakeholder* numa atuação de promoção da saúde centrada nesses mesmos determinantes.

No capítulo seguinte (capítulo 6) são apresentados os dados obtidos com a realização do questionário à população. Numa primeira parte surgem os resultados da caraterização geral da amostra, num segundo momento revelam-se os dados sobre o acesso à saúde, para depois nos centramos sobre os hábitos e estilos de vida e nas conceções de promoção da saúde. Na última parte são presentadas as conceções de saúde, promoção da saúde e de um concelho saudável.

O capítulo 7 apresenta a análise *SWOT* realizada a partir de todo o material empírico recolhido, sobre a promoção da saúde e os determinantes da saúde, a nível do concelho de Cascais.

No capítulo 8 são apresentadas as linhas orientadoras da estratégia de suporte à intervenção na promoção da saúde estruturadas segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde. Estas linhas emanam quer da análise *SWOT* realizada, quer das conceções teóricas centrais dos modelos dos determinantes.

Por fim apresentam-se as principais conclusões deste estudo.

1

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Saúde@Cascais

1.1. A Promoção da Saúde

Com a criação da OMS em 1945, a saúde passou a ser considerada um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condições económicas e sociais. Desde essa data, as preocupações com a saúde foram sendo cada vez maiores, levando os responsáveis pela saúde de vários países a reunirem sucessivamente, no sentido de refletirem sobre a mesma, sobre os fatores que a determinam e a forma de os controlar.

A promoção da saúde é um conceito relativamente recente, cuja difusão se deve fundamentalmente à OMS, a partir da 1ª conferência mundial que levou a efeito sobre o tema e com a publicação da Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde (1986). A partir de então, a OMS, em ligação estreita com os países membros, impulsionou a promoção da saúde através de vários mecanismos, salientando-se a realização de conferências mundiais, das quais a 6ª teve lugar em Agosto de 2005, em Bangkok. Neste domínio, o principal objetivo da OMS foi o de conseguir a atualização permanente das abordagens da Promoção da Saúde, tendo em conta as alterações do ambiente social e político à escala global e em cada país. Em documentos recentes, constata-se o reconhecimento da importância crescente da promoção da saúde como uma função chave da saúde pública. Verifica-se, também, que a demonstração de resultados tem contribuído para a integração da saúde nas políticas de desenvolvimento. De tal forma que atualmente estão envolvidos na Promoção da Saúde, para além de profissionais do setor, comunidades locais, políticos, decisores, movimentos populares e organizações de voluntários, áreas de negócio e numerosos outros atores.

De uma forma ou de outra, as políticas governamentais dos diferentes países, incluindo Portugal, têm sido norteadas pelos valores e princípios decorrentes destas conferências. No plano teórico, tem-se procurado concretizar as recomendações que delas partem. No entanto, na prática, o conceito não parece totalmente assimilado, pautando-se, quer para o público em geral, quer para os profissionais de saúde, por atividades pontuais e desligadas com vista à educação para a saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis. A promoção da saúde é muito mais do que isso. Mais do que uma atividade é uma estratégia bem definida que, através de programas educacionais visa a "melhoria dos estilos de vida individuais, influenciando escolhas pessoais realizadas num contexto social" (Frank-Stromborg et al., 1998).

A promoção da saúde consubstancia-se, deste modo, numa intervenção conjunta e integrada sobre o indivíduo e o meio envolvente em que em nasce, cresce, vive, respira, trabalha, consome e se relaciona (Martins, 2005). Na verdade, a melhoria do estado de saúde das populações começou muito antes de a medicina ter meios eficazes de intervenção no combate às doenças, sendo esse salto atribuído, em grande medida, aos progressos do meio envolvente socioeconómico e cultural (alimentação, habitação, saneamento básico, higiene ambiental e pessoal, nível de instrução e de informação, serviços de saúde pública, etc.). Assim, torna-se uma evidência inquestionável que, para atingir o mais alto nível de saúde, têm que estar implicados e envolvidos, além do setor da saúde, todos os setores inerentes ao desenvolvimento nacional e comunitário (agricultura, alimentação, indústria, educação, habitação, obras públicas, comunicações) através de esforços coordenados entre si. Ou seja, a promoção da saúde consiste, fundamentalmente, na combinação de apoios educativos e ambientais e ações e condições de vida que conduzem à saúde e influenciam os determinantes desta (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Neste contexto, a promoção da saúde deve sempre ser concebida como um processo planeado e gerido, de encorajamento e suporte à melhoria da saúde de uma população, distinto da disponibilização de serviços de saúde. Ela deve conduzir à capacitação dos indivíduos, das famílias e da sociedade, para controlar e melhorar a sua saúde. Direciona-se à população como um todo ou a grupos populacionais, no seu quotidiano, através de ações sobre as causas de doença e os determinantes da saúde.

O resultado esperado, deste processo, é o de que os indivíduos consigam manter a saúde, por tanto tempo quanto possível, através da adoção de comportamentos saudáveis (dieta equilibrada, não consumir tabaco, praticar exercício físico de forma regular, repousar o necessário, ter hábitos de convívio e de socialização, etc.). Isto implica necessariamente que os indivíduos tenham conhecimentos sobre como manter a saúde, que possuam a capacidade e o poder de fazer escolhas saudáveis e que disponham de condições de vida que lhes permitam adotar estilos de vida favoráveis à saúde. Daqui se depreende que a tomada de decisões com influência na saúde remete para vários níveis: o indivíduo, a família, o local de residência e de trabalho, entre outras.

A promoção da saúde realiza-se, assim, através de ações de âmbito muito diverso, desenhadas no e para o contexto específico a que se destinam, com a participação dos destinatários, e que vão desde o estabelecimento de políticas de caráter geral até à

proposta de redução dos comportamentos de risco. Podem ter por objetivo o controle sobre o ambiente em que se vive, trabalha, estuda, ou em que se passam os momentos de lazer. Muitos destes (e outros) determinantes da saúde estão fora do controlo do Sistema Nacional de Saúde. Por isso se afirma que a promoção da saúde implica a ação (concertada) de todos os setores da sociedade e também que o seu campo de intervenção e os seus efeitos são condicionados quer pelas políticas setoriais, quer pelas políticas gerais de cada país e, ainda, por políticas cujos efeitos ultrapassam fronteiras e afetam vários países em simultâneo.

As estratégias de promoção da saúde, segundo a Carta de Otawa (1986) são o melhor fio condutor de qualquer intervenção de promoção da saúde e congregam todos os princípios inerentes a essas mesmas intervenções, sugerindo ações legislativas, fiscais e organizacionais visando a diminuição das desigualdades sociais e a melhoria da qualidade de vida das populações, através da adoção de uma postura intersetorial para a formulação de políticas públicas, nomeadamente:

- Implementação de políticas públicas saudáveis: a saúde e a promoção devem constar da agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, que devem tomar consciência das suas decisões e responsabilidades.

- Criação de ambientes favoráveis à saúde: proteção do ambiente e a conservação dos recursos naturais como parte da estratégia de promoção da saúde, através de ações que objetivem a monitorização das mudanças das áreas tecnológicas, do trabalho, produção de energia e urbanização, que interferem na saúde das populações.

- Reorientação dos serviços de saúde: reorientação dos serviços de saúde na direção de um enfoque na saúde e não na doença, que apontem para a integralidade das ações de saúde, através de mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde.

- Reforçando a ação comunitária: implementação de ações e recursos existentes na comunidade e que possam intensificar a autoajuda e o apoio social necessários ao desenvolvimento da participação popular nos assuntos de saúde, através do *empowerment* comunitário.

- Desenvolvimento de habilidades pessoais: capacitar os indivíduos para aprenderem ao longo da vida, através do desenvolvimento pessoal e social mediante a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (a literacia em saúde é uma das estratégias prioritárias da nova promoção da saúde).

Estas estratégias da Carta de Ottawa são o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo, como reconheceram as outras conferências internacionais de promoção da saúde realizadas em seguida.

A conferência de Adelaide, 1988, centrou-se na análise da importância das políticas públicas saudáveis com especial destaque para os ambientes físicos e sociais favoráveis a saúde; preocupação de todas as áreas das políticas públicas em termos de e equidade e o compromisso com o impacto destas políticas sobre a saúde da população.

A conferência de Sundsvall, 1991, acrescentou a temática ambiental na agenda da saúde, com os ambientes favoráveis à saúde e o desenvolvimento sustentável, mostrando que há uma interdependência entre ambiente e saúde e preconizando a criação de ambientes promotores sempre guiada pela equidade.

Em Jacarta, 1997, abordou-se a promoção da saúde no século XXI e incluiu-se o setor privado no apoio à promoção da saúde; reafirma o compromisso de se estabelecer uma estratégia mundial para enfrentar as questões relativas à saúde e os princípios fixados em 1978, na Declaração de Alma Ata, convocando todos os países a criarem uma conjuntura política, jurídica, educativa, social e económica adequada à promoção da saúde (Buss, 2003).

No México, 2000, consideraram-se as estratégias de promoção da saúde e a sua eficácia na mudança de condições de vida da população como responsabilidade do governo e de outros setores da sociedade; reconheceu-se o valor da saúde como recurso para a vida com qualidade, apontando-se a necessidade do desenvolvimento socioeconómico e da equidade. Ainda nesta conferência, recolocou-se a necessidade da promoção da saúde ser assumida como prioridade nas políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais (Westphal, 2006).

Em Bangkok, 2005, validaram-se todas as determinações das conferências e documentos anteriores, identificando compromissos para se atingirem os determinantes de saúde no mundo globalizado, através da promoção da saúde.

De fato, apesar da promoção da saúde ter exercido uma influência crescente na organização do sistema de saúde de diversos países e regiões do mundo, a realização destas conferências, tem revelado uma evolução progressiva, mas também contraditória nas suas premissas e estratégias. Essas contradições têm origem nas diversas conceções de promoção da saúde que podem ser reunidas em dois grandes grupos: o comportamental – associado às mudanças nos estilos de vida - e aquela que articula a saúde com a temática das condições e qualidade de vida (Buss, 2003).

Num cenário, em que confluem múltiplos atores é relevante destacar a importância da relação de diálogo com a comunidade, resgatando e valorizando a sua cultura, os seus valores e as suas condições de vida e estimulando sempre a sua participação, através de ações intersetoriais que atuem sobre os diferentes fatores que interferem na saúde. Neste contexto, a abordagem comportamental orientada para as mudanças de estilo de vida (numa perspetiva ultrapassada da saúde como ausência de doença), deve dar lugar a uma visão de promoção da saúde crítica e participante, assente no diálogo entre os diferentes atores sociais.

Apesar da promoção da saúde ter exercido uma crescente influência na organização do sistema de saúde de diversos países e regiões do mundo, a realização das conferências internacionais e regionais, tem revelado uma evolução progressiva, mas também contraditória nas suas premissas e estratégias. Essas contradições têm origem nas diversas conceções de promoção da saúde que podem ser reunidas em dois grandes grupos: o comportamental – associado às mudanças nos estilos de vida - e aquela que articula a saúde com a temática das condições e qualidade de vida (Buss, 2003). Na realidade, é importante compreender que a promoção da saúde constitui-se como um modo de conceber a saúde e a doença e a sua abordagem traz contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico.

Neste sentido, adota-se o enfoque da promoção da saúde que defende as ações intersetoriais e que valoriza a saúde como qualidade de vida das populações. Destaca-se, ainda, a importância de se trabalhar em conjunto com as cinco estratégias de promoção da saúde: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. A articulação entre estes campos de ação representa a força impulsionadora das transformações na saúde das populações. No entanto, é importante perceber que a promoção da saúde não pode ser construída de modo reducionista, transformando problemas sanitários complexos em desvios de conduta individuais, deslocando-se do "corpo social" para o corpo biológico ou físico, quanto à responsabilidade da produção de respostas efetivas (Flynn e Rider, 1998; Heidmann et al. 2006). Assim, a noção de *empowerment*, entendido como capacitação das populações, constitui-se numa importante estratégia de promoção que pode ajudar a transformar a realidade de saúde, através do fortalecimento do *empowerment* económico, político, social e cultural dos múltiplos atores sociais para que, em conjunto, possam compreender a determinação do

processo saúde e doença e conquistar o direito à vida com ética e dignidade humana (Duhl e Hancock, 1999).

A criação de espaços saudáveis, como cidades, comunidades e territórios depende, de fato, dos projetos e ações de promoção da saúde. Neste cenário, em que confluem múltiplos atores, é relevante destacar a importância da relação de diálogo com a comunidade, resgatando e valorizando a sua cultura, os seus valores e as suas condições de vida, estimulando sempre a sua participação, através de ações intersetoriais que atuem sobre os diferentes fatores que interferem na saúde. Neste contexto, o enfoque comportamental dirigido às mudanças de estilo de vida (numa perspetiva ultrapassada da saúde como ausência de doença), deve dar uma visão de promoção da saúde crítica e participante, assente no diálogo entre os diferentes atores sociais.

Na reflexão sobre promoção da saúde e qualidade de vida, um especial destaque deve ser dado ao tema das políticas públicas saudáveis, da governabilidade, da gestão social integrada, da intersetorialidade, das estratégias dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local. Na verdade, estes são mecanismos operacionais concretos para a implementação da estratégia da promoção da saúde e da qualidade de vida, com particular ênfase no contexto a nível local.

De acordo com Carvalho (2004), a nova conceção de saúde remete para uma conceção afirmativa, que identifica a saúde com o bem-estar e a qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. Segundo a mesma autora, saúde passa então a ser compreendida como um estado dinâmico e socialmente produzido e já não como uma condição estática. Assim, todas as intervenções destinadas a agir sobre a saúde visam não apenas diminuir o risco de doença, mas aumentar as possibilidades de saúde e de vida, através de uma intervenção multi e intersetorial sobre os determinantes da saúde (Carvalho. 2004).

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida "vivida", ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, que veiculam valores e escolhas. Nesta perspetiva, a promoção da saúde refere-se não apenas à dimensão objetiva dos danos e dos fatores de risco, mas aos aspetos subjetivos, relativos às representações sociais de saúde e doença (Sícoli e Nascimento, 2003). Nesse contexto, é possível superar a ideia de políticas públicas como iniciativas exclusivas do aparelho estatal. Elas serão sempre fruto de interlocução e de acordos estabelecidos pelos atores sociais em situação. Elaboradas e acordadas em fóruns

participativos, expressivos da diversidade de interesses e necessidades sociais, terão necessariamente a sua implementação controlada pela participação cativa da sociedade. Representam, assim, uma nova e mais adequada redistribuição de direitos e responsabilidades entre o Estado e a sociedade civil.

O *empowerment* da população de acordo com Buss (2003) é um pré-requisito institucional e político para a definição da saúde que pretende alcançar em qualquer contexto. Para o mesmo autor (2003), a participação da população na definição das agendas da saúde não é apenas uma circunstância desejável, mas uma condição imprescindível para a viabilidade e efetividade das políticas públicas. Nesse sentido remete para a importância de conceitos como a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, consideradas ferramenta operacionais da promoção da saúde, que deve igualmente apelar e estabelecer pactos horizontais com todos os *stakeholders*.

Ainda de acordo com Buss (2003), em termos concetuais, a intersetorialidade visa ultrapassar a perspetiva isolada e fragmentada, que têm acompanhado a políticas de promoção da saúde, ao longo dos tempos. Para este autor, o que está em causa é a adoção de um novo modelo global que incorpore o maior número possível de contributos de outras áreas a educação, o trabalho, o ambiente, a habitação, os transportes ou a energia, tal como do contexto social, económico, político, geográfico e cultural onde cada intervenção de promoção da saúde é formulada e operacionalizada. Um exemplo ilustrativo do modelo de articulação na formulação e implementação de políticas em prol da saúde, assim como da ação intersetorial consubstancia-se na estratégia das cidades saudáveis (Akerman et al, 2002).

O movimento das cidades saudáveis surgiu na Europa, no mesmo ano em que se realizou a já mencionada Conferência de Ottawa (1986). Segundo Ashton (1993; Almeida, 1997), o projeto das cidades saudáveis tinha como objetivo o desenvolvimento de planos de cação locais para a promoção da saúde, baseados nos princípios de saúde para todos da OMS. Desde então este movimento vem crescendo continuamente, envolvendo atualmente cerca de 2000 cidades, em todo o mundo. Em Portugal existem vinte e nove municípios que aderiram à Rede das Cidades Saudáveis.

Este movimento subscreve uma articulação das políticas públicas multi e intersetoriais na criação dos ambientes e condições para uma vida com saúde e bem-estar. É, em última instância, uma forma de governar e administrar que requer e propícia a reestruturação dos sistemas de saúde e da sua articulação com os outros sistemas, através de políticas e programas integrados de desenvolvimento humano. Para a sua

concretização centra-se na educação e participação da comunidade, assim como na promoção da saúde e na comunicação para a saúde, em ampliar as atitudes pessoais e a capacidade da comunidade de melhorar as condições físicas e psicossociais nos espaços onde os indivíduos vivem, estudam, trabalham e se divertem (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

A sua configuração, quer em Portugal, quer no resto do mundo, ainda varia de município para município, compreendendo desde programas ainda unissetoriais e dirigidos à promoção de comportamentos individuais saudáveis até propostas mais abrangentes, que envolvem o poder público e a sociedade. O enorme desafio com que muitos ainda se debatem e que permanece é a identificação das melhores formas de institucionalidade social e de novas dinâmicas de gestão municipal integrada e participativa, que venham a permitir alcançar os objetivos e metas traçadas para este processo, em que a articulação de políticas de saúde municipais, a ação intersetorial e a participação comunitária constituem as bases estruturais de um município saudável e que envolvem necessariamente a determinação de prioridades; a preparação de um plano de ação; a unificação dos grupos de trabalho; a execução de atividades e, por último, a criação de sistemas de informação para a monitorização e avaliação do processo.

Os profissionais de saúde, os movimentos sociais e as organizações populares, políticos e autoridades públicas têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições de vida. A estratégia dos municípios saudáveis propicia, através da promoção da saúde a viabilização das políticas públicas saudáveis. A mediação intersetorial e entre a população e o poder público, assim como a capacitação para o exercício da cidadania e da literacia em saúde são contribuições inestimáveis da prática da promoção da saúde.

É neste sentido que aponta o Relatório Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers publicado pelo Escritório Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998). Neste documento defende-se mais uma vez a implementação do conceito de promoção da saúde da Carta de Ottawa assente no processo de capacitar indivíduos e populações para aumentar o seu controle para melhorar a sua saúde. Considera-se igualmente que este processo depende de ações que sejam capacitadoras, participativas, holísticas, intersetoriais, sustentáveis e multiestratégicas, desenvolvendo estratégias avaliativas que ultrapassem as fronteiras da

tradicional prática em saúde, centrada no biológico e na prevenção de doenças através da redução de riscos individuais.

Baseado nesses princípios, o grupo de trabalho, que elaborou o citado Relatório, estabeleceu que a avaliação de iniciativas de promoção da saúde deve, imprescindivelmente, conter os seguintes aspetos:

- Participação: deve envolver, de forma apropriada, em cada estágio da avaliação, todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa que está a ser avaliada.

- Múltiplos métodos: devem ser utilizados elementos de vários campos disciplinares, e vários procedimentos de recolha de dados, assegurando que é utilizado um conjunto de informações relacionadas com o processo e o resultado.

- Capacitação (*capacity building*): deve aperfeiçoar a capacidade de indivíduos, organizações e governos, identificar os problemas relevantes alvo de promoção da saúde.

- Adequabilidade (*approp*riateness): deve ser planeada tendo em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto de longo prazo.

É neste contexto, que emergem e se afirmam os princípios, conceitos e estratégias do movimento das cidades/municípios saudáveis – equidade, participação social, ação multi e intersetorial, desenvolvimento sustentável, determinação social da saúde, desenvolvimento social, liderança com responsabilidade e capacidade de gerar recursos (*stewardship*) – como o ponto de partida lógico para avaliação. A estes, junta-se a capacidade de identificar previamente os fatores que dificultam ou facilitam a concretização do projeto e que permitem predizer o sucesso ou insucesso do mesmo e a avaliação das relações intersetoriais e dos vários pontos de intersecção como a viabilidade, equidade, sustentabilidade e governança.

Chegados aqui, importa concretizar os princípios orientadores da promoção de saúde definidos pela OMS, que devem presidir a qualquer plano de promoção de saúde acionados por entidades públicas e que integram, alguns dos princípios já presentes no movimento das cidades saudáveis. A OMS caracteriza como iniciativas de promoção da saúde os programas, as políticas e as atividades planeadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: conceção holística, intersetorialidade, *empowerment*, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (OMS, 1998).

A conceção holística determina que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual (OMS, 1998:20), declarando-se "a promoção de saúde

envolve a população como um todo no contexto do seu dia-a-dia, ao invés de enfocar grupos de risco para doenças específicas" (tradução livre). Aqui a saúde é concebida como um fenómeno produzido socialmente, logo propõe-se ações de âmbito coletivo dirigida ao quotidiano das populações, extrapolando-se o campo específico da assistência médico-curativa.

Outro dos princípios subjacente a qualquer iniciativa de promoção da saúde é a intersetorialidade que segundo Junqueira (1998:84) é entendida como "articulação de saberes e experiências no planeamento, realização e avaliação de ações para alcançar um efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento e a inclusão social". De acordo com Westphal e Ziglio (s/d), a intersetorialidade não só representa um desafio, como exige uma mudança radical nas práticas e na cultura organizacional da administração municipal, pressupondo superar a fragmentação na gestão das políticas públicas e os diferentes estágios de desenvolvimento nos quais se encontram os diferentes setores, especialmente quanto à descentralização das decisões.

Também o *empowerment* e a participação social são destacados como princípios chave, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde (OMS, 1984). A participação é compreendida como o envolvimento dos *stakeholders* no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (OMS, 1998). De facto, no desenvolvimento de políticas de promoção de saúde, deve haver contínua consulta, diálogo e troca de ideias entre indivíduos e grupos, tanto leigos como profissionais. Assim, devem ser estabelecidos mecanismos políticos que garantam oportunidades de expressão e desenvolvimento do interesse público na saúde (OMS, 1984). Da mesma forma, faz também parte do âmbito da promoção da saúde, o investimento na formação de cidadãos, especialmente a nível local, de modo a desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificados e que possam ser continuamente avaliadas e revistos. A disseminação da informação e a educação em saúde são bases fundamentais para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, diretamente ligadas ao princípio do *empowerment* (OMS, 1998). Ao implementar políticas de promoção de saúde, os princípios de *empowerment* e participação não devem ser separados. A própria OMS (1984) reconhece que garantir o acesso à informação e ampliar o conhecimento em saúde sem aumentar a capacidade de controlo e perspetiva de mudança apenas contribui para gerar ansiedade e fomentar a sensação de

impotência. É fundamental, portanto, desenvolver sistemas flexíveis que reforcem a participação social e a cidadania, como preconizado pelas Conferências Internacionais realizadas, em especial as de Ottawa (1986) e Bogotá (1992).

Outro dos princípios que deve guiar a promoção da saúde é a garantia do acesso universal à saúde, em consonância com o princípio de justiça social, com a eliminação das diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o bem-estar. Segundo a OMS, para se alcançar a equidade é preciso reorientar os serviços sanitários, visando ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde, que priorizem os grupos vulneráveis e revertam as desigualdades sociais instaladas. Não se trata aqui de suprimir por completo os diferenciais de saúde existentes na população, atingindo uma suposta igualdade sanitária, mas sim identificar diferenças injustas e evitáveis, como explicita Whitehead (1990:11) "el objetivo de la política para conseguir la igualdad en materia de salud no es eliminar todas las diferencias sanitarias, de modo que todo mundo tenga el mismo nivel y calidad de servicios sanitarios, sino que reducir o eliminar las que resulten de factores que se consideran evitables e injustos".

As ações multiestratégicas pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas/áreas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação.

Finalmente, a sustentabilidade remete a um duplo significado: criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte (Ziglio et al., 2000). A continuidade das políticas de promoção de saúde é especialmente importante já que se tratam de iniciativas de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos com impacto a médio e longo prazo. A noção de sustentabilidade implica ainda uma necessária interpelação entre justiça social, qualidade de vida, equilíbrio ambiental, necessidade de desenvolvimento com capacidade de suporte e a garantia de sustentação económica, financeira e institucional.

Por fim, ressalta-se que apesar do ténue limite entre prevenção e promoção quando se trata de implementar práticas e políticas do setor da saúde, a orientação centrada no referencial da chamada "nova promoção de saúde" (Labonte, 1996) e os sete princípios assumidos pela OMS (1998), impõem-se na atualidade e devem servir de guia

condutor a todos os esforços de promoção da saúde. O facto de estes esforços terem efeitos menos visíveis, não só porque se sentem a mais longo prazo, mas também porque em parte dependem mais dos comportamentos dos indivíduos, sendo menos controláveis, reforça que é exatamente porque depende dos indivíduos que o primeiro grande objetivo deve ser o de os capacitar para a promoção da saúde, aumentando os seus níveis de literacia em matérias relacionadas com hábitos de vida saudável e com o autocuidado.

Como afirma Leal da Costa (2011), segundo a OMS, mais de 80% dos casos de doenças coronárias, 90% de diabetes tipo 2 e um terço das doenças de cancro poderiam ser evitadas pela alteração de hábitos alimentares, catividade física e consumo de tabaco, o que reforça a importância da capacitação dos indivíduos. Esta capacitação terá também reflexos noutras áreas de ineficiência do atual sistema - um cidadão informado está mais atento à utilização que faz do sistema de saúde e ao desperdício, contribuindo assim para a redução de custos; recorre aos serviços de saúde quando é efetivamente necessário, ao invés de se dirigir às urgências à menor suspeita; possui mais autonomia para a prática do autocuidado, reduzindo a necessidade de capacidade instalada de serviços de saúde e exige mais qualidade dos prestadores de cuidados de saúde, forçando a melhoria dos serviços prestados.

De facto, a promoção da saúde não se limita a promover o bem-estar e a qualidade de vida das populações. Ela contribui decisivamente para prevenir o desperdício e manter a eficiência e sustentabilidade do próprio sistema de saúde.

1.2. Os Determinantes Sociais da Saúde

A Promoção da Saúde sustenta-se e operacionaliza-se inevitavelmente em toda a produção documental da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a sua criação, até à atualidade. Nas diversas conferências emanadas, nas recomendações produzidas, nas atualizações efetuadas, encontram-se as orientações conceptuais que devem guiar toda a Ação destinada a melhorar a saúde e a qualidade de vida das populações. No entanto, da mesma forma que a saúde é um conceito complexo e determinada por múltiplos determinantes, também as estratégias que visam atuar sobre esses determinantes e sobre a

própria saúde, são inerentemente complexas, exigindo competências, investimento e tempo, por parte de todos os envolvidos (desde os promotores da saúde, às populações, *stakeholders*, etc.).

A promoção da saúde consubstancia-se, deste modo, numa intervenção conjunta e integrada sobre o indivíduo e o meio envolvente em que em nasce, cresce, vive, respira, trabalha, consome e se relaciona (Martins, 2005). Na verdade, a melhoria do estado de saúde das populações começou um século antes de a medicina ter meios eficazes de intervenção no combate às doenças, sendo esse salto atribuído, em grande medida, aos progressos do meio envolvente socioeconómico e cultural (alimentação, habitação, saneamento básico, higiene ambiental e pessoal, nível de instrução e de informação, serviços de saúde pública, etc.). Nesta concetualização, a promoção da saúde deve sempre ser concebida como um processo que se direciona à população como um todo ou a grupos populacionais, no seu quotidiano, através de ações sobre as causas da doença e os sobre os determinantes sociais da saúde.

O modelo dos determinantes sociais da saúde surgiu em 1974, quando M. Lalonde (Ministro da Saúde do Canadá) produziu um relatório, clássico no âmbito da Saúde Pública, em que especificou os quatro campos que poderiam contribuir para a promoção da saúde, nomeadamente a biologia humana (património genético e envelhecimento); os estilos de vida (comportamentos saudáveis); o ambiente (qualidade do ambiente físico e social); o sistema de saúde (meios disponíveis e acessibilidade aos mesmos).

De acordo com Carvalho (2006) a análise epidemiológica dos problemas de saúde do Canadá realizada por Lalonde (1974) deu azo a que se conhecesse a contribuição relativa de cada um dos quatro determinantes de saúde para os níveis de saúde pública daquele país. O estudo realizado permitiu também apresentar a distribuição da despesa pública do Canadá no âmbito dos mesmos quatro setores. Os resultados revelaram a desproporção que existia entre a contribuição relativa de cada setor e os respetivos gastos públicos. Ainda segundo Carvalho (2006), o estudo de Lalonde revelou que os estilos de vida e o ambiente contribuíam com cerca de 75%, enquanto as despesas correspondentes eram de cerca de 15%. Ao invés, a contribuição relativa do sistema de saúde não ultrapassava os 20% e a despesa pública deste setor atingia o valor de 70%.

Estudos realizados noutros países industrializados vieram confirmar esta desproporção, reconhecendo a existência de uma desproporcionada despesa pública com o sistema de saúde, em detrimento de outros setores que poderiam ser uma alternativa menos dispendiosa para a melhoria da saúde pública. De acordo com Carvalho (2006), estes estudos evidenciaram a importância de novas propostas concetuais que centrassem a sua atenção na necessidade da mudança de comportamentos individuais para estilos de vida mais saudáveis (dieta mais equilibrada, prática de exercício físico, controlo do peso corporal, planeamento familiar, redução do consumo do tabaco e do álcool). O resultado desta nova abordagem, no período que se seguiu, justificou a forte aposta na educação para a saúde centrada em informar os indivíduos sobre a necessidade de mudança de comportamentos para aquisição de estilos de vida mais saudáveis.

Ainda de acordo com Carvalho (2006) a grande centralidade atribuída às mudanças de comportamento e aos estilos de vida saudáveis conduziu à culpabilização daqueles que, desprovidos de informação, meios, ou por decisão individual, não seguiam as "orientações" estabelecidas e divulgadas, pelos organismos de saúde. A culpabilização da vítima" (*"victimblaming"*), pela sua própria falta de saúde, foi analisada por autores como Crawford (1977 e 2006) e revela o carater normalizador inerente às práticas de educação para a saúde. Nesse mesmo período, muitos indivíduos foram acusados de "*risk takers*" irracionais, que não só transportavam o risco como o alimentavam, não atendendo às orientações emanadas dos organismos de saúde ou insistindo em manter hábitos nocivos que prejudicavam a sua saúde e a dos que estavam próximos. São disso exemplo, os indivíduos que apresentavam problemas cardiovasculares e foram culpabilizadas por terem excesso de peso ou os fumadores (Lupton, 1999). Como salienta Simões de Carvalho (2006), nos anos setenta, a ênfase educacional das campanhas de educação para a saúde era geralmente colocada na transmissão da informação e baseava-se numa forma muito simplista de ver a relação entre a comunicação (da informação) e a mudança de comportamentos. Com o tempo foi-se reconhecendo que estas campanhas centradas apenas na transmissão de informação, sem ter em conta as circunstâncias sociais e económicas dos indivíduos, não atingiam os resultados esperados em termos de impacto nos comportamentos de saúde (Scriven, 1996).

A promoção da saúde não pode, portanto, ser construída de modo reducionista, transformando problemas sanitários complexos em desvios de conduta individuais,

deslocando-se do "corpo social" para o corpo biológico ou físico, quanto à responsabilidade da produção de respostas efetivas (Heidmann et al., 2006).

A perspetiva atual implica, portanto, uma abordagem mais complexa, que deve ser compreendida como uma (re)formulação inovadora tanto do conceito de saúde como do conceito de Estado (e, portanto, das políticas públicas) e do seu papel perante a sociedade (Carvalho, 2005).

De acordo com e Pellegrini Filho (2007) os determinantes sociais da saúde são os fatores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e os fatores de risco de uma população. A comissão homónima da OMS adotou uma definição mais curta, segundo a qual os determinantes são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Pelegrini e Buss (2007) salientam que Nancy Krieger em 2001 introduziu um elemento mias operacional, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde. Os mesmos autores (2007) salientam igualmente o contributo de Tarlov (1996) que propôs uma definição muito sintética, ao designá-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

De acordo com Buss e Pelegrini Filho (2007) a distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e dos grupos, é importante e deve pautar as conceções que subjazem aos determinantes da saúde. Os referidos autores salientam que alguns dos fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde individual não explicam as diferenças de saúde entre os grupos de uma sociedade ou mesmo entre as diferentes sociedades. Assim, defendem os autores, os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos não são suficientes para se conhecerem os determinantes de saúde na sociedade, porque se existe controlo sobre os fatores individuais (hábito de fumar, dieta, sedentarismo), as diferenças entre os estratos sociais tendem a manter-se quase inalteradas, na maioria das sociedades.

Buss e Pelegrini Filho (2007) recorrem ao exemplo japonês para ilustrar que se os fatores individuais são importantes para identificar os indivíduos que num dado grupo estão submetidos a maior risco, já as diferenças nos níveis de saúde entre grupos, regiões e países estão mais relacionadas com o grau de equidade na distribuição da riqueza. De fato, salientam, o Japão é o país com a maior expectativa de vida ao nascer, não porque os japoneses fumam menos ou fazem mais exercício físico, mas porque este país é um dos mais igualitários do mundo. Apoiados em autores Kawachi et al. (1997; Wilkinson (1997) e em estudos anteriores da sua própria autoria (Pelegrini Filho, 2000), dizem que

não se podem confundir os níveis de análise e explicar a saúde das populações a partir dos resultados de estudos realizados com indivíduos. Na mesma sequência, apontam ainda o estudo de Rose e Marmot (1981) que revelou que os fatores de risco individuais, como colesterol, hábitos tabacos, hipertensão arterial e outros explicavam apenas 35 a 40% da diferença e os restantes 60-65% estão relacionados com os determinantes sociais da saúde.

Os mecanismos através dos quais os determinantes sociais da saúde geram desigualdades em saúde, de acordo com Buss e Pelegrini Filho (2007), centram-se em várias perspetivas desde aquela privilegia os "aspetos físico-materiais" na produção da saúde e da doença, considerando que as diferenças de rendimento influenciam a saúde devido à escassez de recursos e pela ausência de investimentos em infraestruturas comunitárias (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes dos processos económicos e das decisões políticas; à abordagem que privilegia os fatores psicossociais, explorando as relações entre perceções das desigualdades sociais, os mecanismos psicobiológicos e as situações de saúde; às abordagens ecossociais (e as abordagens multinível) que procuram integrar as conceções individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspetiva dinâmica, histórica e ecológica ou as abordagens que analisam as relações entre a saúde das populações, as desigualdades das condições de vida e o grau de desenvolvimento dos vínculos (e associações) entre indivíduos e grupos, nomeadamente o nível de desgaste das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Este é considerado um importante mecanismo através do qual as desigualdades afetam negativamente a saúde dos indivíduos e grupos. Esta última abordagem referida por Buss e Pelegrini Filho (2007) explica por que é que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas sim as sociedades que são mais igualitárias e que apresentam maior coesão social.

Os autores anteriormente referidos assinalam que embora existam diversos modelos que procuram esquematizar os determinantes sociais da saúde, os que mais se popularizaram foram o modelo de Dahlgren e Whitehead (Gunning-Schepers, 1999) e o modelo de Didericksen e outros (Evans *et al.*, 2001) que analisam as consequências sociais da estratificação social na saúde dos indivíduos e grupos.

O modelo de Dahlgren e Whitehead tem igualmente servido de referência à atuação portuguesa sobre os determinantes da saúde e é o modelo que consta nos documentos de apoio emanados pela Direção Geral de Saúde.

A visualização do modelo esquemático proposto por Dahlgren e Whitehead (1998) permite afirmar que o modelo apresenta os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os determinantes socioeconómicos da saúde.

De acordo com Buss e Pelegrini Filho (2007), o modelo não pretende explicar as relações entre os diversos níveis e a origem das iniquidades, mas apenas apresentar os fatores que em cada nível contribuem para afetar a saúde, partindo de um nível na base, dominado pelos comportamentos individuais, até um nível no topo onde domina a formulação e decisão políticas.

A leitura do modelo, seguindo Buss e Pelegrini Filho (2007), ou apenas a visualização gráfica proposta por Dahlgren e Whitehead (1998) permite dizer que no primeiro nível (base) se situam os indivíduos com as suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, exercem influência sobre as suas condições de saúde. Na camada seguinte surgem os comportamentos e os estilos de vida individuais. Este nível está situado no patamar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde. De fato, os comportamentos não podem ser entendidos apenas como resultantes da responsabilidade individual e das opções arbitrárias, porque muitas das opções individuais são amplamente condicionadas pelos determinantes sociais - como o acesso à informação, à educação; à pressão dos pares, a alimentos saudáveis, à prática de exercício físico ou a espaços de lazer, por exemplo.

Os níveis seguintes, respetivamente, destacam a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, considerado fundamental para a saúde da sociedade como um todo, e os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a serviços essenciais, como saúde e educação.

No último nível estão situados os macrodeterminantes sociais, que estão relacionados com as condições económicas, culturais e ambientais da sociedade e que influenciam todos os outros.

Buss e Pelegrini Filho (2007) salientam que de acordo com o modelo de Dahlgren e Whitehead (1998) e os princípios que o sustentam, toda a atuação relacionada com os fatores comportamentais e de estilos de vida, indica que estes são fortemente influenciados pelos determinantes sociais da saúde pois é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar os padrões culturais que os influenciam. Neste

contexto, salientam os mesmos autores, a atuação exclusiva sobre os indivíduos, por vezes consegue que alguns deles mudem de comportamento, mas rapidamente serão substituídos por outros (Rose, 1992). Para atuar nesse nível de forma eficaz, defendem os autores do modelo, são necessárias medidas que gerem mudanças de comportamento, apoiadas em programas de cariz educativo e onde a comunicação social, o acesso facilitado a alimentos saudáveis, a criação de espaços públicos para a prática de exercício físico, bem como a proibição da publicidade do tabaco e do álcool em todas as suas formas, devem assumir um papel central.

A atuação sobre o segundo nível sustentam Buss e Pelegrini Filho (2007), corresponde à intervenção sobre a comunidade e às suas redes de relações. Nesse sentido, a atuação a este nível deve pautar-se por políticas que procuram estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, nomeadamente dos grupos vulneráveis, que devem constituir-se como participantes ativos das decisões da vida social, que visam a melhoria das suas condições de saúde e bem-estar.

A intervenção no terceiro nível refere-se à atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais os indivíduos vivem e trabalham, procurando assegurar um melhor acesso a condições de habitação e saneamento básicas, a alimentos saudáveis e nutritivos, ao emprego seguro e realizador, a ambientes de trabalho saudáveis e a serviços de saúde e de educação de qualidade, através da ação intersetorial, que conduza ao estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada. Já o quarto nível de remete para a atuação ao nível dos macrodeterminantes, através de políticas macroeconómicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover o desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e económicas, a violência, a degradação ambiental e os seus efeitos sobre a sociedade (Comissão Nacional para os Determinantes Sociais da Saúde, 2006; Pelegrini Filho, 2006).

Ainda de acordo com Buss e Pelegrini (2007), o modelo proposto por Diderichsen et al. (2001) revela-se particularmente importante para a atuação sobre os mecanismos de estratificação social, nomeadamente os diferenciais de exposição, de vulnerabilidade e as suas consequências. Embora a intervenção sobre os mecanismos da estratificação social seja da responsabilidade de outros setores, que não exclusivamente o da saúde, ela é das mais importantes para combater as desigualdades na saúde, como é o caso das que se relacionam com o mercado de trabalho, a educação e a segurança social.

Ainda de acordo com o mesmo modelo, cada sociedade deve acionar um conjunto de políticas que diminuam os diferenciais de exposição aos riscos (condições de habitação insalubres, ambientes de trabalho pouco seguros; deficiências nutricionais), onde se incluem as políticas de fortalecimento das redes de apoio a grupos vulneráveis, de forma a eliminar ou mitigar os efeitos de condições materiais e psicossociais adversas em que vivem. Buss e Pelegrini (2007) alertam ainda para as possibilidades que o modelo de Dahlgren e Whitehead (1998) apresenta na intervenção no sistema de saúde, que deve centrar-se em reduzir as diferentes consequências geradas pela doença. Para tal deve centrar-se a melhoria da qualidade dos serviços para toda a população, no apoio aos deficientes e no acesso aos cuidados de reabilitação e mecanismos de financiamento equitativos, que impeçam o empobrecimento adicional causado pela doença.

Para Buss e Pelegrini (2007) este conjunto de intervenções sobre os diferentes níveis dos determinantes sociais da saúde, que visam diminuir as desigualdades relacionadas com a estratificação social, não só remetem para uma atuação intersetorial coordenada abarcando os diversos níveis das políticas públicas, como devem ser também acompanhadas por políticas de caráter transversal que fortaleçam a coesão e ampliem o capital social das comunidades vulneráveis e promovam a participação social no delineamento e implementação de políticas e programas.

Como salienta Mekn (2007), na atuação política sobre os determinantes sociais da saúde reside a maior esperança de eliminar as desigualdades sociais em saúde, pois já se sabe, há muito tempo, que as condições sociais influenciam decisivamente a saúde e que, portanto, é preciso implementar ações em todos os setores para promoção da saúde e do bem-estar (Rasanatha et al., 2011).

De acordo com os resultados da Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2011) nem todos os determinantes são igualmente importantes. Os determinantes estruturais - de que são exemplo a distribuição da riqueza, o preconceito com base em fatores como o género, a etnia ou a deficiência e as estruturas políticas e de governo que alimentam (e que geram estratificação social), são os mais importantes, pois em vez de reduzirem as desigualdades económicas, acentuam-nas (Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2011). Segundo a mesma conferência, são estes mecanismos estruturais que são a causa mais profunda das desigualdades em saúde, pois devido ao seu impacto sobre os determinantes intermediários (condições de vida, condições psicossociais, fatores comportamentais e/ou biológicos e o próprio sistema de saúde), modelam inevitavelmente as condições de saúde dos indivíduos e grupos.

Ainda segundo a referida Conferência (2011), para que a abordagem dos determinantes da saúde possa ser acionada, é necessário que sejam implementadas intervenções coordenadas e coerentes entre si, nos diferentes setores da sociedade. Não existem receitas que garantam que as diferentes entidades locais, regionais ou nacionais consigam superar os obstáculos técnicos e políticos e implementar uma abordagem ligada aos determinantes sociais da saúde. Assim, cada nível de atuação precisa de atuar de acordo com suas próprias prioridades e condições. Contudo, é possível apontar alguns princípios gerais e pré-requisitos.

Para que ações sobre os determinantes sociais da saúde reduzam as iniquidades em saúde, é necessário trabalhar a longo prazo, através de implementação continuada dessas mesmas ações. Os benefícios mais evidentes, no curto prazo, irão ocorrer nos setores em que as políticas sobre os determinantes foram implementadas, mas que ainda não geraram uma redução aparente sobre as desigualdades em saúde. O passo inicial para aqueles que começam a trabalhar segundo a conceção dos determinantes sociais da saúde é capacitar o público sobre as desigualdades em saúde e sobre os determinantes da saúde. As organizações da sociedade civil têm um papel importante a desempenhar nessa capacitação, pois é fundamental que os indivíduos compreendam a importância dessa questão, para que possam exercer a sua cidadania plena e exigir a ação. Também a avaliação das desigualdades em saúde e dos principais fatores associados aos determinantes sociais - que estratificam a população (como localização geográfica, rendimento ou género) - não só pode ajudar, como também representa uma base importante para o trabalho a ser realizado. Da mesma forma, a questão da intersectotialidade afirma-se decisiva para que todos os setores (além do da saúde) possam compreender a sua relevância e a sua potencial contribuição (Solar e Irwin, 2010).

De acordo com Braveman (2010) e Rasanatha et al. (2010) investimento em ações sobre os determinantes sociais e na redução das desigualdades em saúde deve assentar no imperativo moral subjacente aos direitos humanos, consagrados nos compromissos firmados pelos diferentes países a nível internacional. O objetivo final é que todos possam ter oportunidades iguais em relação à saúde a viverem vidas dignas e com valor. Segundo estas perspetivas, os direitos humanos e os determinantes sociais não estão totalmente alinhadas, mas são complementares (Braveman, 2010).

Assim, recomenda-se que as ações sobre os determinantes sociais sejam coerentes e coordenadas entre si. A união entre uma administração centralizada e a criação das

condições necessárias para que os setores colaborem entre si estão entre os principais aspetos políticos a serem considerados. Uma das principais mensagens transmitidas pela abordagem dos determinantes sociais é que os diferentes setores podem contribuir para a saúde simplesmente fazendo bem o seu próprio trabalho Contudo, é preciso identificar, em cada contexto, as áreas mais importantes e centrar a atenção e atuação em cada uma delas. Também a coerência entre as políticas sociais e económicas é uma prioridade. Mesmo em países cujo objetivo das políticas sociais é a redução das desigualdades, é comum que as políticas económicas caminhem numa direção oposta (Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2011).

A implementação de abordagens ligadas aos determinantes sociais não pode funcionar como um projeto ou programa que é simplesmente executado. É necessária uma implementação sistemática em que se aprenda com a experiência nos diferentes contextos. Implementar e executar ações sobre os determinantes sociais representa uma forma diferente de desenvolver e implementar políticas. Neste caso, a monitorização e a avaliação são cruciais para que se possa saber se as ações estão a alcançar os impactos pretendidos sobre os determinantes e a equidade em saúde. Sempre que existe evidência suficiente que mostre que as ações sobre os determinantes sociais reduzem eficientemente as iniquidades em saúde, torna-se necessária mais pesquisa e conhecimento que fundamentem a ação dos decisores políticos (Ostlin, 2010).

A saúde em todas as políticas é uma estratégia que sublinha a importância das relações entre a saúde e as metas económicas e sociais mais amplas, e que coloca a melhoria da saúde da população e a redução das desigualdades em saúde como um problema complexo, mas prioritário, que exigem uma resposta política integrada. Neste sentido, ilustra como é que a saúde pode ser compreendida como uma meta compartilhada pelos governos locais, regionais ou nacionais como um todo, assim como um indicador comum de desenvolvimento (Ollila, 2011).

A governança é outro dos conceitos centrais e necessário na atuação sobre os determinantes sociais da saúde. Este termo é indissociável do modo pelo qual governos (e os seus diferentes setores) e outras organizações sociais interagem e se relacionam com os cidadãos e ainda sobre como as decisões são tomadas num mundo complexo e globalizado (Graham et al., 2003). A governança representa um processo através do qual as sociedades e as organizações tomam decisões, determinam quem deverá estar envolvido no processo e asseguram a responsabilidade pelas ações implementadas. Assim, para que qualquer política destinada à redução das desigualdades em saúde seja

coerente, é necessário que se institua um modelo de governança que clarifique qual o papel dos diferentes atores e setores (por exemplo, o papel dos indivíduos, do estado, da sociedade civil, de organizações de solidariedade social e do setor privado) na procura da saúde e do bem-estar como meta coletiva, ligada a outras prioridades sociais.

Outra das características da governança inclui a liderança política e o compromisso a longo prazo, uma sociedade civil empenhada, recursos humanos com as habilidades e os conhecimentos necessários, assim como um ambiente de aprendizagem que permita o desenvolvimento de inovações políticas e a resolução de conflitos. Afirma-se igualmente necessário que as políticas sejam consistentes, entre os diferentes setores responsáveis pela sua elaboração, de modo a que seja concretizável o objetivo que visa institucionalizar a saúde como meta comum da sociedade, tendo a equidade em saúde como princípio central.

Neste contexto, torna-se essencial distinguir entre quem comanda a ação e quem toma a iniciativa; esclarecer os papéis dos diferentes setores e grupos; garantir a participação ativa dos grupos vulneráveis; assegurar que existe uma responsabilidade partilhada pela meta comum e promover a monitorização constante deste processo.

A implementação de políticas que atuem sobre os determinantes sociais, regem-se por princípios, como a legitimidade e o dar voz a todas as partes envolvidas. As principais agências governamentais, ao nível executivo, têm um papel-chave a desempenhar conduzindo ações e estabelecendo a saúde como meta partilhada, assim como mediando conflitos e fomentando o consenso entre os diferentes setores (Grosby e Hottinger, 2011). Outro dos princípios a ser seguido para trabalhar com os determinantes sociais da saúde implica ter um rumo e visão estratégica, que darão sustentação às ações de redução das desigualdades em saúde e, em particular, evitando as ações de curto prazo que frequentemente levam à implementação de medidas de forma rápida, mas inadequada.

Também as garantias de obtenção de um bom desempenho tanto nos processos como nos resultados é outro dos princípios que deve guiar a ação sobre os determinantes. Os mecanismos decisórios ligados aos determinantes sociais da saúde devem responder a todos as partes interessadas e nesse sentido, o processo e a implementação das políticas devem ser efetivos e eficientes, fazendo o melhor uso possível dos recursos em termos das metas comuns identificadas. A capacidade de acionar medidas ligadas ao orçamento, como o orçamento participativo, podem fazer com que se obtenham respostas mais rápidas e melhores desempenhos (Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2011).

Quant, à responsabilidade, esta precisa de ser clarificada em cada momento de atuação. Qualquer ator dos diferentes setores do governo, da sociedade civil ou do setor privado, tem que se responsabilizar pelas decisões tomadas, no que se refere às metas comuns identificadas, ligadas à saúde e à equidade em saúde, assim como o seu impacto sobre esses fatores. A transparência é vital, tanto no que se refere a quem toma as decisões, como a quem é responsável pela implementação das políticas e pelos resultados obtidos. O que se pretende é que o processo decisório seja mais explícito e se identifiquem os benefícios comuns, fazendo com que as responsabilidades sejam e permaneçam sempre claras (*Health and Lens Analyse*, 2011).

Salienta-se também a importância do processo decisório relativo à implementação das decisões no âmbito dos determinantes sociais da saúde - cujo objetivo é a distribuição mais equitativa da saúde – que tem que ser mais igualitária. É improvável que se consigam reduzir as desigualdades em saúde sem que os processos equitativos sejam utilizados. De acordo com a Agência de Saúde Pública do Canadá (2007), consideram-se condições de sucesso para a implementação de ações intersetoriais na ação sobre os determinantes sociais da saúde:

- Criar um marco político e abordagens políticas da saúde que promovam ações intersetoriais;
- Enfatizar valores, interesses e objetivos partilhados entre os parceiros atuais e potenciais.
- Garantir apoio político para o trabalho a desenvolver;
- Envolver desde o início parceiros importantes - ser inclusivo;
- Assegurar que exista coordenação horizontal entre os setores, assim como vertical entre todos os níveis dentro dos diversos setores.
- Investir em processos de construção de alianças e trabalhar para obter o consenso durante a fase de planeamento;
- Enfatizar objetivos concretos e resultados visíveis.
- Assegurar que a liderança, a responsabilidade e os benefícios sejam partilhados pelas partes envolvidas.
- Desenvolver equipas estáveis que trabalhem em conjunto e disponham de sistemas de apoio necessários.
- Desenvolver modelos, ferramentas e mecanismos práticos que apoiem a implementação de ações intersetoriais.

- Assegurar a participação das populações – capacitar os indivíduos determinantes da saúde e da ação intersetorial.

De fato, a implementação de ações intersetoriais passa pela participação ativa dos cidadãos e pela institucionalização de mecanismos de participação, através da construção do conhecimento e de capacidades/competências. Para que exista uma participação efetiva, é necessário que as partes interessadas entendam o processo, , tenham uma visão clara do que pode ser conquistado através dele, assim como a capacidade social e política para navegarem pela burocracia enquanto promovem a sua agenda. As principais técnicas para se obter a participação das comunidades no processo de formulação de políticas passam por oferecer informação objetiva e equilibrada que ajude as pessoas a compreender os problemas e as soluções alternativas; por ouvir a opinião das comunidades sobre as análises, as alternativas e as decisões; envolver a população, trabalhando diretamente com as comunidades ao longo de todo o processo para garantir que suas preocupações e aspirações sejam compreendidas e tomadas em consideração; por colaborar e estabelecer parcerias com as comunidades sobre cada especto das decisões, nomeadamente a formulação de alternativas e a escolha das soluções preferidas e ainda por transferir poder, já que se considera que as comunidades têm a uma palavra decisiva a dizer sobre as decisões que afetam o seu bem-estar (Valentine et al, 2010).

Para que a governança dos determinantes sociais seja efetiva, é preciso promover uma monitorização constante e criar mecanismos de avaliação que não só produzam informação útil aos formuladores de políticas, como avaliem a implementação dessas mesmas políticas e exijam responsabilidades. Para tal afigura-se necessário monitorizar as desigualdades em saúde, os determinantes sociais e o impacto das políticas acionadas (Sandana et al., 2010). Este tipo de informação é parte essencial dos mecanismos de responsabilização que orientarão a formulação de políticas em todos os setores.

A falta de informação adequada sobre as desigualdades em saúde pode ser usada como explicação para a falta de ações de combate a esses problemas. De fato, sem esforços de comparação das condições de saúde dos diferentes grupos populacionais, as desigualdades em saúde permanecerão invisíveis e os avanços obtidos nos indicadores de saúde irão ocultar as diferenças persistentes entre grupos. As melhorias na recolha de dados e na análise das disparidades têm ajudado a colocar a questão das desigualdades em saúde na agenda política, especialmente nos países mais desenvolvidos (Marmot, 2010; Sadana et al.; 2010).

Para que a monitorização dos determinantes sociais seja efetiva, é preciso recolher dados, disseminá-los e aplicá-los ao processo de formulação política. Em geral, a monitorização das desigualdades em saúde está num estádio mais avançado do que a da produção social da saúde e da doença. Existe menos informação sobre a distribuição de riscos sociais e ambientais do que sobre os riscos biológicos. Ora, essa falta de informação representa uma barreira ao desenvolvimento e à monitorização das intervenções baseadas na evidência sobre os determinantes sociais da saúde, destinados a reduzir as desigualdades. De fato, revela-se fundamental ter acesso à informação que constantemente monitorize as modificações no padrão de iniquidades, demonstre o impacto das estratégias e escolhas específicas e ajude na formulação de políticas efetivas ligadas aos determinantes sociais.

Assinale-se também a importância de abandonar a epidemiologia tradicional e passar a considerar métodos que estejam ligados ao contexto cultural, aos sistemas de valores, às metas e expectativas dos indivíduos e grupos, já que uma focalização demasiado centrada nas manifestações da saúde e da doença pode ocultar a relação (ou aspetos significativos da mesma) entre os determinantes sociais e metas de desenvolvimento mais amplas, estabelecidas em cada contexto (Stiglitz, Sen e Fitoussi, 2009).

Para os mesmos autores, deve ser dada uma atenção tão grande à disseminação e à disponibilização de dados sobre os determinantes sociais e às políticas relacionadas com os mesmos, como à criação e obtenção desses dados. Ressaltam que a recolha de dados é onerosa, pelo que se torna necessário focar a recolha e análise nos dados mínimos necessários para que seja possível tomar decisões políticas com base nos mesmos, e não simplesmente recolher dados só para que existam.

A formulação das políticas exige, de fato, informação não só a respeito dos determinantes, como da situação da saúde. Os sistemas, já existentes, de recolha de dados de outros setores (como, por exemplo, os da educação e habitação) podem ser fontes importantes de informação sobre os principais determinantes sociais da saúde, assim como sobre os índices de desenvolvimento. Como a base de qualquer política sobre determinantes sociais da saúde é a intersetorialidade, considera-se importante usar uma abordagem sistemática de controlo, identificando as informações necessária à redução das desigualdades em saúde, ao longo de todo o processo. Para tal são necessários dados confiáveis e simultaneamente, incentivar os sistemas de supervisão a

registarem as desigualdades em todo o espetro social, em vez de se focarem apenas nas médias populacionais ou de grupos vulneráveis já sinalizados.

Refira-se que se é possível obter dados a partir de uma série de fontes já utilizadas pelos sistemas de informação em saúde, também é certo que esses sistemas não foram feitos para a conceção, síntese e disseminação quotidiana de dados e informações relativas aos determinantes sociais, às desigualdades em saúde e à relação entre os dois. Para colmatar estas lacunas deve recorrer-se a pesquisas de base populacional, que podem oferecer informações de saúde cruciais, nomeadamente quando se pretende analisar questões específicas nesta área[1] (Marmont et al., 2010).

A análise dos dados e a sua desagregação é outro fator importante na ação sobre os determinantes sociais da saúde. A desagregação é essencial para a implementação de políticas de combate às desigualdades sociais, mas também facilita o processo decisório a nível local e aumenta a sua responsabilidade. A seleção dos estratificadores de dados dependerá do contexto, atendendo a que não é possível, nem desejável, desagregar os dados por todos os fatores possíveis, pois os recursos destinados à recolha de dados são sempre limitados. Assim, em grupos ou em comunidades socialmente desfavorecidos, cujas atividades económicas são mediadas pelo dinheiro, o rendimento pode não ser um indicador preciso de posição socioeconómica, e pode ser necessário identificar medidas alternativas. Pode-se avaliar a prosperidade de um indivíduo de forma mais adequada aos seus contextos, através por exemplo da posse de bens materiais (eletrodomésticos ou carro), agrícolas (gado ou terra) ou do acesso a serviços básicos (contas bancárias, educação e saúde) (Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde; 2011).

A seleção dos indicadores e alvos revela-se decisiva na influência que exerce sobre a formulação de políticas. Os sistemas de controlo devem incluir indicadores que avaliem a evolução dos determinantes sociais, assim como os métodos através dos quais se possam relacionar dados de diferentes setores no sentido de ilustrar o impacto das ações implementadas. Ao selecionar indicadores, é preciso ter em atenção as questões da comparabilidade, harmonização e acessibilidade (Sandana et al., 2010).

Segundo os referidos autores (2010), todos os indicadores utilizados devem refletir os fatores que aumentam o risco de doenças e que promovem o bem-estar das

[1] Os registos médicos também contêm informação sobre as condições de saúde e o desempenho do setor saúde, no entanto apresentam-se muitas vezes incompletos e não abrangem os indivíduos que não têm acesso aos serviços de saúde.

populações, da mesma forma que devem revelar as desigualdades em saúde, as dificuldades de acesso aos serviços ou mesmo as desigualdades de género[2]. A definição de alvos e indicadores para subsidiar a ação sobre os determinantes não deve ser uma tarefa exclusivamente técnica: tal como acontece com outros indicadores. As pesquisas de base populacional, realizadas a intervalos regulares, podem contribuir com alguma informação que suporte a ação. As pesquisas demográficas e de saúde são fontes de informação importantes porque permitem revelar as diferenças sociais entre grupos. Também a pesquisa mundial de saúde e os dados das instituições de saúde podem ser usados para comparar padrões de distribuição da doença ou os níveis de utilização dos serviços nas diferentes comunidades.

Produzir a evidência necessária para se implementarem ações de combate às desigualdades em saúde significa adotar uma abordagem multidisciplinar que reflita todo o espectro de setores que estão envolvidos na ação. Neste contexto, estabelecer uma relação privilegiada com aqueles que trabalharam mais de perto com as comunidades- pode revelar-se uma importante fonte de dados. Da mesma forma, também os grupos da sociedade civil possuem frequentemente informações detalhadas e dados sobre os processos necessários para a implementação de ações sobre os determinantes sociais da saúde (Stiglitz, Send e Fitoussi, 2009).

Assim, a expansão dos sistemas de controlo afigura-se decisiva para que seja possível implementar ações efetivas de combate às desigualdades em saúde. Mesmo quando existem sistemas de informação bem desenvolvidos, grande parte da informação relaciona-se com as condições de saúde e não com os determinantes sociais. De acordo com Stiglitz, Send e Fitoussi (2009), existem estratégias para se lidar com essa questão que passam por recolher novos dados relativos a alguns indicadores e melhorar as ferramentas de inter-relacionamento, harmonização e partilha de dados que já foram recolhidos pelos diferentes setores. Saliente-se, no entanto, que a ausência de dados não deve ser impeditiva da implementação de ações, pois em muitas situações a ação política é decidida sem informações ou evidência sistemática.

[2] Apresentam-se exemplos de indicadores que podem ser usados ou mesmo criados neste âmbito, segundo a OMS: Expectativa de vida saudável (homens, mulheres); Partos feitos na presença de um profissional preparado; Taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos (rural, urbana);Taxa de mortalidade infantil; Baixo peso ao nascer (estratificado pelo nível educacional da mãe); Crianças com menos de cinco anos de idade com baixo peso ou altura (moderado ou extremo); Prevalência de obesidade (indivíduos com 15 ou mais anos); Prevalência de HIV/SIDA entre indivíduos com idades entre 15 e 49 anos (homens e mulheres).

Assinale-se, no entanto, que a disponibilidade de evidências sobre os determinantes sociais da saúde ou sobre a eficácia de uma política ou programa específicos não implica a implementação automática de políticas sistemáticas sobre determinantes sociais. Para traduzir as evidências em informações úteis ao desenvolvimento de ações e à promoção da equidade em saúde, são necessários mecanismos através dos quais seja possível avaliar as informações e comunicá-las aos decisores políticos e a todas as partes interessadas. A formulação de políticas não se baseia apenas na racionalidade e na evidência, mas, na negociação entre interesses que, muitas vezes, são contraditórios. Além disso, a tradução de dados e informações na implementação de políticas é complexa. As informações têm que oferecer informações seguras e credíveis para que os problemas possam ser identificados e que as diferentes opções políticas possam ser desenvolvidas (Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2011).

Também a avaliação do impacto destas políticas na saúde, foi identificada como uma prioridade em todo o espectro da formulação das políticas. Existem já alguns instrumentos de avaliação produzidos pela OMS que remetem para, por exemplo, a avaliação do impacto diferencial sobre homens e mulheres e sobre os direitos humanos.

As análises de impacto sobre a saúde são igualmente importantes para facilitar a implementação de ações integradas sobre os determinantes sociais, pois ajudam a avaliar o impacto das diferentes políticas sobre a saúde. Estas análises foram desenvolvidas com base nas análises de impacto ambiental e possuem várias dimensões em comum com outras análises de impacto, como as análises de impacto sobre a pobreza. São quatro, os valores que sustentam o uso de análises de impacto na tomada de decisões, a democracia, a equidade, desenvolvimento sustentável e o uso ético das evidências. Estas análises permitem ainda fazer recomendações sobre como modificar ou adaptar uma política, um plano ou uma estratégia que promova a saúde e reduza as desigualdades.

O principal objetivo destas análises é reorientar o processo de formulação de políticas para que considerem os seus impactos sobre a equidade em saúde. É exemplo disso, o *Health equity Assessment and Response tool* (Ferramenta de Análise da equidade em saúde e Resposta nas cidades), chamada urban *HeARt* (http://www.who.or.jp/urbanheart.html). É uma ferramenta desenvolvida pela OMS (e já testada) que incorpora sistematicamente a questão da equidade em saúde no ciclo de planeamento, especialmente em ambientes urbanos. Também as auditorias focadas na equidade em saúde podem ser utilizadas para avaliar se é justa a distribuição de serviços e

recursos - dadas as necessidades de saúde de diferentes grupos e regiões – assim como para identificar as áreas de ação prioritárias.

Numa era e numa sociedade em que os problemas são cada vez mais complexos, a implementação de ações de combate às desigualdades centrados nos determinantes sociais da saúde, emerge como uma das condições decisivas para se assegurar o desenvolvimento económico e social e acima de tudo, para garantir a inclusão de todos os grupos da sociedade.

2

CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA E DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CASCAIS

Saúde@Cascais

2.1. Caraterização sociodemográfica[3]

A caraterização que de seguida se apresenta remete em primeiro lugar para a apresentação de alguns dados sociodemográficos e de saúde do concelho de Cascais, com a comparação e o enquadramento a serem realizados, sempre que possível, com os dados referentes à área da grande Lisboa. Os indicadores de saúde de nível concelhio foram trabalhados a partir dos dados publicados pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2010, a população total residente no município de Cascais era de 190 625 habitantes, dos quais 90 984 (47,7%) eram homens e 99 641 (52,3%) mulheres. Mais recentemente, dados provisórios dos censos de 2011, apontam para que a população total residente no município de Cascais seja agora de 206 429 habitantes, dos quais 46,9% homens e 53,1% mulheres. No entanto, como o conjunto de dados estatísticos disponíveis para o ano de 2011 é ainda reduzido, utilizaremos dados de anos anteriores maioritariamente retirados do *Anuário Estatístico da Região de Lisboa* do Instituto Nacional de Estatística, publicado em 2010, salvo quando indicada outra referência/ano.

Nesta população residente têm particular importância os estrangeiros com residência legal no concelho. Em 2010, na Grande Lisboa, existiam 176 793 estrangeiros com o estatuto legal de residentes e 19 220 que o pediram. Em Cascais residiam 22 134 desses imigrantes (12.5%) e 2 506 (13%) pediram nesse ano esse estatuto. A população imigrante correspondia em 2010 a 11.6% dos residentes no concelho.

De registar que, dentro destes imigrantes, o peso relativo das várias comunidades é muito diferente da registada em geral na Grande Lisboa, nomeadamente a imigração originária dos PALOPs (Cabo Verde, Guiné Bissau, S. Tomé e Príncipe e Angola por ordem de importância) que corresponde apenas a 22.5% (se os valores da imigração fossem regularmente distribuídos esperar-se-ia uma prevalência de 34.7%), ao contrário da proveniente do Reino Unido que corresponde a 49.9% da totalidade de imigrantes dessa origem.

[3] Os dados apresentados nesta, como na próxima caraterização, resultam das fontes disponíveis. Foram utilizados dados referentes a várias datas para se poder obter uma comparação que revelasse a evolução de alguns indicadores. Nesse sentido o leitor encontrará dados relativos a 2001; 2004; 2005; 2009; 2010 e 2011. A dificuldade em obter dados estatísticos atuais em Portugal é um constrangimento com que se confrontam os investigadores, mas isso não deve impedir que se usem cautelosamente, ao invés de desprezar aqueles que existem e que dão acesso às tendências e comparações possíveis.

No mapa da imigração no concelho de Cascais é ainda de registar que, do conjunto de imigrantes ali residentes, 21.1% são originários dos PALOPs, 22.9% são europeus (Roménia, Ucrânia, Moldávia e Reino Unido), 32.7% provêm do Brasil e 14.1% vieram da China.

Quanto à distribuição da população por grupos etários, em 2010, a maioria da população residente tinha entre 25 e 64 anos (54,8%), 17,4% tinha entre zero e catorze anos, valor não muito diferente da população com 65 ou mais anos (17,6%). Deste último escalão, cerca de 44% tinha já 75 ou mais anos. O índice de envelhecimento, que indica o número de pessoas idosas (com 65 anos ou mais), por cada cem jovens (entre os zero e os catorze anos) era de 101,6, o que significa que existiam quase 102 idosos por cada cem jovens. É um valor mais baixo do que o índice de envelhecimento da região da Grande Lisboa que, segundo os dados provisórios dos censos, é de 118 idosos por cem jovens.

TABELA 1 – Escalões etários

Escalões etários	N	%	% acumulada
0-14 anos	33 117	17.4	17.4
15-24 anos	19 470	10.2	27.6
25-64 anos	104 401	54.8	82.4
65 anos ou mais	33 637	17.6	100.0
Total	**190 625**	**100.0**	

A taxa bruta de natalidade[4] em 2010 foi de 12,7‰, um pouco superior à taxa bruta da região da Grande Lisboa que foi de 11,1‰ no ano de 2011[5]. A taxa bruta de mortalidade[6] foi de 9,8‰ (a da Grande Lisboa foi menor, de 8,8‰, em 2011[7]), sendo que o índice de dependência total[8], que estabelece o número de jovens e idosos em cada cem indivíduos em idade ativa, foi de 54[9] indivíduos potencialmente dependentes por

[4] Número de nados vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados vivos por 1000 habitantes) - Fonte: INE.
[5] Fontes/Entidades: INE, PORDATA
[6] Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de óbitos por 1000 habitantes) - Fonte: INE.
[7] Fontes/Entidades: INE, PORDATA
[8] Fonte: INE/CMCascais – Divisão de Estatística
[9] Fonte: INE/CMCascais – Divisão de Estatística

cada cem indivíduos em idade ativa. Quanto à Grande Lisboa, em 2011, os dados provisórios dos censos indicam que será de 51 jovens e idosos por cem indivíduos em idade ativa, deste modo o concelho de Cascais tinha, pelo menos em 2010, um índice de dependência total mais elevado.

Quanto ao nível de habilitações, os dados de 2011[10] demonstram que 16,6% da população residente em Cascais não tinha finalizado nenhum nível de escolaridade; 42,3% tinha como habilitação máxima o 3º ciclo completo, sendo que destes a maioria completara apenas o 1º ciclo (16,8%). Ainda assim, mais de 40% da população residente completou os níveis de escolaridade mais elevados: 16,8% dos munícipes completou o Ensino Secundário, 2,3% um Curso de Especialização Tecnológica[11], e 21,7% completou o Ensino Superior, sendo o nível de habilitações com maior percentagem, como se pode verificar no quadro seguinte:

TABELA 2 – Nível de escolaridade mais elevado completo

Nível de escolaridade mais elevado (completo)	População residente em Cascais em 2011 (Censos INE)		
	N.º	%	% acumulada
Nenhum	3 4221	16.6	16.6
Básico - 1.º ciclo	34 603	16.8	33.3
Básico - 2.º ciclo	20 319	9.8	43.2
Básico - 3.º ciclo	32 475	15.7	58.9
Secundário	34 594	16.8	75.7
Pós-secundário	5 426	2.6	78.3
Superior	44 791	21.7	100
Total	**206 429**	**100**	

Quanto à condição perante o trabalho[12], em 2001, da população residente, 53,1% está empregada (homens: 57,4%; mulheres: 49,1%). A taxa de atividade feminina é de

[10] Dados retirados da base de dados dos Censos de 2011, INE

[11] Oferta formativa pós secundária, não superior, que prepara jovens e adultos para o desempenho de profissões qualificadas, por forma a favorecer a entrada na vida ativa. A organização do curso tem componentes de formação em contexto escolar e em contexto de trabalho. Confere um diploma de especialização tecnológica e qualificação profissional de nível 4 (Fonte: INE).

[12] Fonte: INE, Base de Dados

49,1%, superior à taxa da Grande Lisboa (48,3%), sendo no entanto as mulheres que apresentam maior taxa de desemprego. Assim, dos 6,9% de taxa de desemprego total, 6,3% são homens e 7,6% são mulheres. Quanto a dados mais recentes, mas menos finos, os censos de 2011 apontam para uma percentagem de 62,5% de população empregada em Cascais, ligeiramente superior em comparação com 61,6% na zona de Lisboa[13].

Em 2010, 8 729 munícipes foram beneficiários do subsídio de desemprego, havendo um equilíbrio entre géneros (H: 49,1%; M: 50,9%) e estando a maioria dos beneficiários entre os 30 e os 39 anos de idade (31%). Em relação à região da Grande Lisboa, em 2011[14], 47 264 beneficiaram do subsídio de desemprego, e, neste caso são os homens quem mais beneficiou deste apoio: 24 541 homens (52%) em relação a 22 723 mulheres (48%).

Em Cascais, 7 494 pessoas beneficiaram ainda do Rendimento Social de Inserção (RSI), em 2010, sendo na maioria mulheres (52,4%), mas igualmente com pouca diferença em relação aos beneficiários de sexo masculino (47,6%). Quanto à idade, a maioria dos beneficiários era menor de 25 anos (45,6%). Quanto a dados para a Grande Lisboa foram 63 753 os beneficiários da mesma prestação social em 2011[15]. Não foi sido possível encontrar dados distribuídos por género.

Quanto aos setores de atividade económica[16] em que os munícipes trabalhavam, em 2009, 79,6% da população empregada por conta de outrem trabalhava no setor terciário, 20% no secundário e 0,2% no primário.

Por fim, no que diz respeito à qualidade de vida no município de Cascais, o índice de desenvolvimento social[17], em 2004, era de 0.942, superior ao índice de desenvolvimento de Portugal que é de 0.915, o que aponta para um nível de qualidade de vida bastante elevada.

[13] Fontes/Entidades: INE, PORDATA
[14] Fontes/Entidades: II/MTSS, PORDATA
[15] Fontes/Entidades: II/MTSS
[16] CAE-Rev.3 4 (Fonte: INE).
[17] Fonte: Ministério das Cidades, do Ordenamento do Território e do Ambiente (MCOTA), 2004; calculado a partir de três indicadores: esperança de vida à nascença, nível educacional, conforto e saneamento.

2.2. Caracterização de saúde

Focando-nos agora na caracterização do concelho em termos de saúde, quanto ao tipo de equipamentos e de recursos de saúde, o município de Cascais era servido em 2010 por cinco hospitais, por dois centros de saúde e por 43 farmácias. Quanto à disponibilidade de camas, no mesmo ano, a lotação praticada por mil habitantes nos estabelecimentos de saúde era de 2,4 camas, sendo que a taxa de ocupação foi de 77,9%. Já segundo dados de 2010, o número médio de dias de subsídios atribuídos por doença foi de 48 e o valor médio de subsídios por doença foi de 1.104€.

Quanto à disponibilidade de profissionais de saúde, ainda em 2010, existiam 3,9 enfermeiros e sete médicos por cada 1000 habitantes, sendo que a maioria destes profissionais trabalhava em hospitais (203 médicos e 529 enfermeiros), embora exista provavelmente uma justaposição de profissionais nos dois tipos de estruturas de prestação de cuidados médicos. Quanto à disponibilidade de farmácias e postos de medicamentos era de 0,2 por mil habitantes.

Em relação à natalidade e à forma como se nasce no concelho de Cascais, a taxa de cesarianas (aliás semelhante à da zona de Lisboa e Vale do Tejo) é de 35%, ou seja, mais de 1/3 das crianças nascem através de procedimento cirúrgico (dados de 2008). A percentagem de nados vivos com baixo peso em 2007 foi de 6.8‰, abaixo da verificada na região da Grande Lisboa (7.8‰).

No que concerne à mortalidade no primeiro ano de vida, a taxa quinquenal de mortalidade infantil, entre 2005 e 2009, foi de 3,5‰, e a taxa quinquenal de mortalidade neonatal para o mesmo período foi de 2,2‰. Na Grande Lisboa, os valores foram mais elevados em 2009[18], sendo a taxa de mortalidade infantil de 5‰ e a de mortalidade neonatal de 3,4‰. Na leitura destes dados, é necessário ter em conta o fato de as unidades mais diferenciadas de tratamento pediátrico se encontrarem em Lisboa o que distorce a mortalidade a desfavor da capital portuguesa.

Quanto às taxas de mortalidade por doença, os dados de 2009 para os dois tipos de doença que maior importância adquirem no perfil epidemiológico português, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (doenças cardiovasculares) foi de 3,3‰, e a taxa de mortalidade por tumores malignos (doenças neoplásicas) foi de 2,6‰. A taxa bruta de mortalidade por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos[19] foi de 8,9

[18] Fontes/Entidades: Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde
[19] Fontes/Entidades: Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde

(por 100 000 habitantes), em comparação com 11,7 por 100 000 habitantes na região de Lisboa e Vale do Tejo (que neste indicador aparece com a classificação de NUT II de 1999).

A taxa bruta de mortalidade por HIV/SIDA antes dos 65 anos foi 11,5, semelhante à registada em Lisboa e Vale do Tejo (que neste indicador aparece com a classificação de NUT II de 1999) que foi de 11.8.

Quanto à taxa bruta de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos foi significativamente mais elevada (18.5 por 100 000 habitantes), em Cascais, do que os 12.5 por 100 000 habitantes registada em Lisboa e Vale do Tejo (que neste indicador aparece com a classificação de NUT II de 1999). Não foi possível aceder a dados de consumo de álcool e tabaco por ACES.

Em relação à prevalência de doenças, em 2009, a incidência de AVC's[20], por 10 000 habitantes, foi de 29,8, inferior ao valor para Lisboa e Vale do Tejo (que neste indicador aparece com a classificação de NUT II de 1999) que foi no mesmo ano de 30,7 por 10 000 habitantes.

A incidência de amputações major em diabéticos por 10 000 habitantes[21] foi de 1.5 em Cascais, e de 1 em Lisboa e Vale do Tejo, valor significativamente mais elevado (50%) no concelho de Cascais o que, a ser reprodutível noutros anos, corresponderá ou a uma maior prevalência da doença ou a um menor cuidado no seguimento e tratamento das suas complicações no concelho em estudo.

Não foi possível aceder a dados sobre a prevalência da obesidade (Índice de Massa Corporal > 30) nos maiores de dezoito anos a nível do concelho de Cascais (os dados referentes à zona de Lisboa e Vale do Tejo apontam para18.6% para os maiores de dezoito anos em 2006), sendo de realçar (apesar de não haver comparação possível) que nos maiores de 65 anos, no concelho de Cascais a obesidade aparecia em 3.3% da população residente.

Quanto a outros indicadores de morbilidade, ainda que indiretos, acedemos a dados do Instituto da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) sobre o consumo de medicamentos como os antibióticos e de psicofármacos. No primeiro caso, o consumo de cefalosporinas e de quinolonas por consumo total de antibióticos, em ambulatório, em Cascais, foi de 9% (igual ao valor de Lisboa e Vale do Tejo para o mesmo período) no caso das cefalosporinas e de 12% no caso das quinolonas (semelhante aos 12.7%

[20] Fontes/Entidades: Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde
[21] Fontes/Entidades: Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde

verificados no mesmo período na zona de Lisboa e Vale do Tejo). No segundo caso, o consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado do serviço nacional de saúde, em ambulatório, foi de 111,3‰, valor muito inferior (quase 27%) ao registado na zona de Lisboa e Vale do Tejo (151,9 ‰) no mesmo período o que poderá estar relacionado com os fatores de desenvolvimento económico e social discutidos anteriormente e que apontam para um nível de qualidade de vida mais elevado, neste concelho.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, ainda segundo dados da Direção Geral da Saúde/Ministério da Saúde, em 2009 estavam 226 677 utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Cascais para um total de 4 113 646 utentes inscritos em para Lisboa e Vale do Tejo (que neste indicador aparece com a classificação de NUT II de 1999). Destes, 69 698 eram utentes utilizadores em Cascais, e 1 967 666 em Lisboa e Vale do Tejo. Assim, a taxa de utilização[22] no primeiro caso é de 49,4% e de 54,9% no segundo, sendo estes dados referentes a 2008.

Quanto ao índice de utilização de urgências hospitalares[23], foi em 2009 de 0,2 em Cascais, e de um em Lisboa e Vale do Tejo. O índice de internamento hospitalar[24] foi de 0.9 em Cascais, e de um na zona de Lisboa e Vale do Tejo.

No que diz respeito ao tipo de consultas externas a que os munícipes recorrem e que nos poderia dar mais algumas indicações sobre o perfil epidemiológico do município no mesmo ano, não foi possível obter dados sobre acessibilidade, nomeadamente o número de primeiras consultas ou tempo de espera, etc. e assim, verifica-se que a especialidade mais requisitada, nos hospitais, foi a ortopedia (18,3%), se excluirmos a categoria "Outras" (que contém 45,2% das consultas) uma vez que o *Anuário Estatístico da Região de Lisboa* não especifica as especialidades que agregou nesta categoria.

TABELA 3 – Consultas externas nos hospitais, por especialidade, em 2009

Consultas Externas nos hospitais, por especialidade, em 2009, no Município de Cascais	N	%
Cirurgia Geral	15 231	7.0

[22] Ou seja Utentes com pelo menos um contacto com o ACES num ano/Utentes inscritos no ACES

[23] Ou seja, Índice de utilização de urgências hospitalares no ACES/ Índice de utilização de urgências hospitalares no Continente.

[24] Ou seja, Índice de utilização internamento hospitalar no ACES/ Índice de utilização de internamento hospitalar no Continente.

Ginecologia	14 615	6.7
Medicina Interna	5 634	2.6
Oftalmologia	12 555	5.8
Ortopedia	39 929	18.3
Otorrinolaringologia	10 658	4.9
Pediatria Médica	18 159	8.3
Psiquiatria	2 790	1.3
Outras	9 8671	45.2
Total	**218 242**	**100.0**

Quanto às consultas médicas nos centros de saúde, a maioria dos munícipes recorreu à especialidade de medicina geral e familiar (82,1% das consultas), uma vez que é esta a principal oferta dos centros de saúde. No entanto, salienta-se ainda a oferta e o recurso a consultas de medicina dentária/estomatologia (se bem que com números pouco expressivos), especialidade a que normalmente os utentes do Serviço Nacional de Saúde não têm acesso uma vez que não faz parte das especialidades cobertas pelo mesmo. Assinale-se também o recurso às consultas de planeamento familiar e de saúde materna (3,8%) e às consultas de saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente (11.9%).

TABELA 4 – Consultas médicas nos centros de saúde, por especialidade (2009)

Consultas médicas nos centros de saúde segundo a especialidade, em 2009, no Município de Cascais	**N**	**%**
Medicina Geral e Familiar / Clínica Geral	337863	82.1
Medicina Dentária/Estomatologia	706	0.2
Oftalmologia	0	0.0
Otorrinolaringologia	0	0.0
Planeamento familiar	9364	2.3
Pneumologia	5578	1.4
Saúde do Recém-Nascido, da Criança e do Adolescente	49050	11.9
Saúde Materna	6357	1.5
Outras	2457	0.6
Total	**411375**	**100.0**

Concluindo, os dados que aqui se apresentam, não são substancialmente diferentes da zona da grande Lisboa onde o município de Cascais se encontra integrado, nem de outros municípios integrantes desta mesma zona. No entanto, não pode deixar de se sublinhar que o concelho de Cascais está inserido numa das zonas mais desenvolvidas

do País e consequentemente os dados/indicadores revelam esse mesmo fenómeno, independentemente das assimetrias que se possam encontrar no concelho e na área da grande Lisboa.

3

AVALIAÇÃO INTERNA DO PROJETO: OS CONTRIBUTOS

Saúde@Cascais

Na implementação do projeto Saúde@Cascais a presença e os contributos dos vários departamentos da CMC, tornavam-se fundamentais, pois um dos referenciais da atuação em promoção da saúde segundo a lógica dos determinantes da saúde é a intersetorialidade. Assim, pretendeu-se desde o início, divulgar o projeto e estimular o trabalho seguindo este princípio.

Nesse sentido, foi agendada uma reunião, que teve como objetivo principal sensibilizar e captar a adesão para o projeto em curso, recolhendo sugestões e informando sobre as diferentes formas de intervenção no mesmo, por parte de cada departamento ou divisão autárquica.

Compareceram na reunião os representantes dos Departamentos de Educação; Departamento de Ambiente; Departamento de Comunicação, Departamento de Desporto; Divisão de Juventude e Conhecimento e Divisão de Promoção da Saúde e Prevenção das Toxicodependências. Esteve também presente a coordenadora do Espaço S. Os representantes dos restantes departamentos convocados para a reunião manifestaram indisponibilidade para estar presentes ou afirmaram que o seu departamento não atuava no domínio da promoção da saúde.

Deu-se início à reunião com uma apresentação em *Power Point* (PPT) sobre as questões centrais da promoção da Saúde e os paradigmas em que se consubstancia (Anexo 1). De seguida foi feita uma apresentação esquemática do Projeto Saúde@Cascais, igualmente com recurso ao PPT (Anexo 2). Estas apresentações foram disponibilizadas a todos os departamentos da autarquia, tal como uma versão integral do Projeto.

A todos os presentes na reunião foi também solicitado que respondessem a um questionário disponibilizado *online* (no dia 1 de Fevereiro de 2012 no seguinte link: https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dExncUlsTnVwb3M0QUNhZjZmSWROSlE6MQ, onde eram convocados a emitir a sua opinião e a darem sugestões sobre o projeto em curso (Anexo 3).

Por fim, foi feita a presentação da Ficha Resumo dos Projetos de Promoção da Saúde, que cada departamento ou divisão teria que preencher e que foi disponibilizada *online* (no dia 1 de fevereiro de 2012) no seguinte *link*: https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHEzZnluOXlra25ULVBSWjdOZ25BR1E6MQ (Anexo 4).

Responderam ao questionário de avaliação do projeto Saúde@Cascais[25], sete funcionários da autarquia, representando vários departamentos autárquicos.

Relativamente à caraterização dos respondentes, é de interesse mencionar que a maioria (cinco respondentes) está pelo menos há catorze anos no Departamento da Câmara em que atualmente trabalha, sendo que o respondente com carreira mais recente, trabalha no atual departamento há quatro anos e que o respondente com carreira mais antiga trabalha no atual departamento há 24 anos. A maioria dos interlocutores acompanha o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, no seu Departamento, e cumpre funções de planeamento, coordenação, mediação com parceiros e mobilização da população para as ações desenvolvidas pelos respetivos departamentos.

Quando questionados genericamente e sem espaço para uma resposta pessoal sobre os vários pontos que constituem o projeto, todos os respondentes assinalam a sua concordância com os pontos essenciais do mesmo.

No entanto, embora a tendência para a concordância se mantenha quando se solicitam que se pronunciem sobre aspetos mais específicos do desenvolvimento do Projeto e se deu hipótese de redação de uma resposta personalizada, dois respondentes afirmam que não consideravam suficientes as formas de contato estabelecidas para envolver os diversos *stakeholders* (entrevistas semi estruturadas e reuniões com cada *stakeholder*), sugerindo a utilização de outro tipo de metodologia de abordagem como *focus group*, tanto para os *stakeholders*, como para os beneficiários dos projetos na área da saúde. Esta preocupação de inclusão dos munícipes no horizonte do projeto é novamente mencionada por um dos respondentes que considera ser um dos pontos fracos do Saúde@Cascais*: "Não prever, por enquanto, o diagnóstico de necessidades junto dos munícipes."*

Ainda em relação aos pontos fracos do Projeto, os técnicos inquiridos mencionam *"os timings para a concretização do Projeto"*; "*a pouca articulação com os projetos locais"; "a pouca visibilidade da amplitude do projeto (metodologia e concetualização)"* e a falta de *"uma linha de intervenção única que implique uma efetiva sincronização dos programas de atividade".*

[25] Este questionário de auscultação interna centrava-se em perguntas especificamente relacionadas com o documento de descrição do Projeto Saúde@Cascais, nomeadamente quanto às balizas teóricas que o norteiam, às suas fases de implementação, às metodologias que previa utilizar e aos seus pontos fortes e fracos.

Quanto aos pontos fortes do projeto, das respostas obtidas sobressai uma avaliação positiva da possibilidade de participação dos vários departamentos da CMC, do objetivo que visa a recolha e sistematização da informação sobre os vários projetos promovidos pela CMC na área da promoção da saúde, e ainda da *"definição de uma visão consensual e criação de uma plataforma de comunicação e informação"* nesta área.

Por fim, os inquiridos consideram que o seu departamento poderá colaborar no Projeto Saúde@Cascais na identificação de projetos na área da saúde (um dos objetivos centrais do Projeto); ao *"contribuir com a inclusão das dinâmicas de promoção da atividade física desenvolvidas pelo Departamento do Desporto no Projeto Saude@Cascais"*; posicionando-se como interlocutor privilegiado entre a equipa do Projeto e a realidade concelhia na área da saúde, nomeadamente quanto às perspetivas dos vários parceiros da Câmara nos projetos que desenvolvem e quanto às áreas mais procuradas pelos beneficiários desses projetos; propondo-se desenvolver projetos de promoção da saúde em colaboração com o Departamento de Habitação e Desenvolvimento Sócio Territorial (DHS) e, finalmente, *"concorrendo para a implementação do plano que ao ser implementado em rede poderá constituir uma mais-valia para a otimização de recursos e de ações"*.

Como análise final, salienta-se a fraca adesão dos técnicos da autarquia na resposta ao questionário, o que pode explicar-se pelo seu afastamento, em termos de atuação quotidiana, da área da promoção da saúde, pela saturação de apelos à participação em questionários *online*, por sobrecarga laboral ou ainda pelo desinteresse sobre o projeto e consequentemente, sobre o que se passa para além do departamento em que exerce funções, num aparente posicionamento de "fobia" interdepartamental. Também a ausência dos representantes de outros departamentos, na reunião, aparenta fechamento e desinteresse no trabalho em articulação interdepartamental.

4

A INTERVENÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADA NO CONCELHO ENTRE 2008 E 2012

4.1. Análise geral dos projetos internos

Neste capítulo apresenta-se uma análise das fichas resumo relativa aos Projetos de Promoção da Saúde desenvolvidos, direta ou indiretamente, pelas várias unidades orgânicas da CMC, no período 2008-2012.

Foram recebidos 87 fichas relativas aos projetos realizados, pela CMC no concelho (Anexo 5). No quadro seguinte apresenta-se a distribuição dos projetos pelas diferentes unidades orgânicas da CMC.

TABELA 5 - Distribuição dos projetos pelas unidades orgânicas da CMC

Unidades Orgânicas[26]	Número de Projetos
DHS/DPST	37
DHS/DDES	17
DAM	9
DJUV - Espaço J	8
DED/DASE	4
DES/DESP	3
DDES	2
DHS	2
DHS/DIST I	2
DHS/DIST II	2
DED	1
Total	**87**

Fonte: Fichas de projetos internos à CMC (2008-2012)

A análise efetuada permitiu verificar que nos 87 projetos analisados, apenas cinco não estruturaram o projeto a partir de indicadores específicos ou de um diagnóstico realizado *a priori*. No mesmo sentido, apenas essas cinco fichas não continham informação sobre as fontes a partir das quais foram obtidos os indicadores que serviram de base ao desenvolvimento do projeto.

Relativamente à articulação interdepartamental para a concretização dos projetos, constatou-se que sete das fichas apresentadas expressaram não ter havido articulação com outros departamentos. Já em 21 (24,1%) das fichas apresentadas, não é feita qualquer

[26] Departamento de Habitação e Desenvolvimento Sócio Territorial (DHS); Divisão de Promoção da Saúde e Prevenção das Toxicodependências (DPST); Divisão de Desenvolvimento Social (DDES); Departamento de Ambiente (DAM); Divisão da Juventude e do Conhecimento (DJUV); Departamento do Desporto (DES); Departamento de Educação (DED); Divisão de Intervenção Educativa e Ação Social Escolar; Divisão de Fomento Desportivo (DESP); Divisão de Desenvolvimento Social (DDES); Divisão de Intervenção Sócio Territorial I (DIST I); Divisão de Intervenção Sócio Territorial II (DIST II).

referência a este item, ficando sem se saber se não existiu articulação com outros departamentos ou se por lapso ela não foi referida. Todas as fichas que expressaram ter havido articulação com outros departamentos, referenciam os departamentos com quem se articularam.

Verificou-se igualmente que todos os projetos analisados estabeleceram objetivos e apresentaram os destinatários dos mesmos, tal como as estratégias e/ou atividades desenvolvidas, os resultados esperados e a avaliação. No entanto, quer em relação aos resultados esperados, quer à avaliação, questiona-se em mais de metade dos projetos, a sua formulação e a sua real capacidade de medir os impactos pretendidos. Ou seja, os resultados esperados são, em muitos projetos, demasiado ambiciosos, para serem alcançados com o horizonte temporal estabelecido e, muitas das formas ou instrumentos de avaliação propostos, revelam-se incapazes de avaliar os objetivos estabelecidos e os reais impactos que se pretendiam alcançar com o projeto.

Todas as fichas apresentadas identificam o técnico responsável e o tempo de duração do projeto. Na tabela seguinte apresenta-se o tempo de duração dos projetos. A duração média de cada projeto foi de 2,1 anos.

TABELA 6 – Tempo de duração dos Projetos

Duração do Projeto	Número de Projetos
Menos de 1 ano	11
1 ano	31
2 anos	7
3 anos	18
4 anos	20
Total	**87**

Fonte: Fichas de projetos internos à CMC (2008-2012)

Relativamente ao local onde se desenvolveram os projetos, a maioria das fichas apontou o "concelho de Cascais" como local mais referido (apesar da (in)especificidade da resposta). Quanto às freguesias abrangidas com os projetos desenvolvidos, de acordo com os dados obtidos, verifica-se que estes foram maioritariamente concebidos para abranger "todas" as freguesias do concelho (86,1%). As freguesias de S. Domingos de Rana e Alcabideche são as exceções, com alguns projetos direcionados apenas para a sua população.

Quanto ao financiamento, o primeiro fato a salientar é que em 21 fichas não foi preenchido este item. Verificou-se também que sete projetos não tiveram qualquer financiamento. De seguida apresenta-se o quadro resumo dos valores de financiamento dos restantes 59 projetos[27].

TABELA 7 – Valores de financiamento dos projetos

Valores de Financiamento	Número de Projetos
Até 1000€	1
1.000-5.000€	9
5.000-10.000€	7
10.000-20.000€	8
20.000-50.000€	14
50.000-100 000€	6
100.000-500.000€	13
+ 500.000€	2
Total	**59**

Fonte: Fichas de projetos internos à CMC (2008-2012)

Ressalva-se, que os valores do financiamento aqui apresentados têm que ser enquadrados com a duração do projeto e respetivo plano e estrutura de intervenção e não apenas em função dos quantitativos expressos na tabela anterior.

Sobre os destinatários dos projetos analisados verifica-se que a maioria se dirige à população em idade escolar, aos educadores (professores e pais) e funcionários não docentes. Este resultado parece derivar da parceria estabelecida com a Plataforma Saúde na Escola (PSE). Apresentam-se de seguida os grandes grupos destinatários dos projetos concretizados pelos vários departamentos da CMC:

Crianças/jovens, professores/educadores, pessoal não docente e pais – 31 projetos

Munícipes em geral – 21 projetos

Populações Vulneráveis – 16 projetos

População idosa – cinco projetos

ONG e cuidadores formais – seis projetos

Munícipes em situação de dependência – quatro projetos

Outros – quatro projetos

[27] O total, aproximado, do financiamento dos 59 projetos rondou os sete milhões de euros.

Se a maioria dos projetos foi desenvolvida a partir de dados nacionais ou da evidência disponível, existem outros que foram desenvolvidos a partir de dados concelhios (diagnósticos de situação; levantamento de necessidades) ou da iniciativa de organizações não lucrativas. Ou seja, maioritariamente a intervenção da CMC, concretizada nos projetos desenvolvidos, tentou sempre atuar em função de informação disponível ou através de dados concelhios que fundamentassem as intervenções propostas.

O grupo de destinatários dos projetos, que maior intervenção sofreu, foi o grupo de crianças e jovens em formação, os seus formadores, pais e os funcionários não docentes, o que revela a preocupação e o esforço de incluir a promoção da saúde na formação de crianças e jovens do concelho, com vista a alcançar no futuro, adultos saudáveis e simultaneamente capacitar esses os munícipes para as possibilidades de opção por uma cultura de saúde. Este número pode também encontrar a sua justificação na parceria já mencionada.

Salienta-se também o número de projetos dirigidos aos "munícipes em geral", que aponta para uma população "indiferenciada" e pode sugerir dificuldades na concretização e avaliação dos projetos executados. De fato, uma das regras básicas da promoção da saúde e de uma das suas componentes essenciais – a educação para a saúde – é a clara delimitação do grupo alvo das intervenções. Só esta delimitação permite estabelecer objetivos e ações adequadas à população sobre a qual se pretende intervir e consequentemente obter mais facilmente os impactos pretendidos e os chamados ganhos em saúde.

Outro aspeto a salientar é a articulação interdepartamental que acompanhou, maioritariamente, a realização destes projetos. Na maioria dos projetos analisados ela é uma componente presente.

4.2. Análise dos projetos desenvolvidos pela CMC segundo a perspetiva dos determinantes sociais da saúde

A análise e categorização do conteúdo das fichas resumo dos projetos de promoção para a saúde, desenvolvidos pela autarquia de Cascais, teve subjacente a teoria dos determinantes sociais e especificamente o modelo de Dahlgren e Whitehead (1998),

e seguiu sempre que possível a terminologia proposta pelos autores. Quando tal não foi possível, fizeram-se as adaptações necessárias, respeitando sempre os princípios subjacentes ao modelo de referência.

Uma categorização ou taxonomia é sempre contingente. Mas tal não impede que a análise seja feita e que o esforço de sistematização ocorra, depois de claramente explicitados os princípios que a orientaram. Assinala-se também que a principal função de uma taxonomia não é a padronização terminológica, mas a organização da informação e dos dados.

Embora a CMC não tivesse partido de um modelo de promoção da saúde assente na lógica dos determinantes sociais, tal não impede que se realize a análise de cada um dos projetos e se tente categorizá-lo de acordo com o referido modelo.

Os princípios orientadores da análise das fichas de projeto foram:

- Referencial concetual do modelo de Dahlgren e Whitehead (1998);
- Análise de conteúdo dos objetivos, das estratégias/atividades desenvolvidas, do tempo de duração do projeto e dos impactos previstos no quotidiano dos destinatários, segundo o modelo referido;
- Identificação dos principais descritores dos projetos;
- Categorização no nível em que se enquadra o projeto, de acordo com o modelo referido;
- Categorização nas respetivas áreas (dentro de cada nível).

Esta categorização não nos permite afirmar se a intervenção da CMC na Promoção da Saúde segue a lógica dos determinantes da saúde. Como foi salientado na abordagem concetual, a atuação na lógica dos determinantes implica um conjunto políticas e de estratégias a que as fichas de projeto não dão acesso. Apesar disso, foi possível fazer um mapeamento, que pode oferecer importantes contributos para a reflexão e intervenção futura ao nível dos determinantes da saúde, por parte da CMC.

Importa também referir que as fichas de projeto não eram uniformes em termos de conteúdo. Ou seja, se havia fichas que apresentaram de forma esquemática e substancial as diferentes fases do projeto, o mesmo não aconteceu com outras, que optaram por uma apresentação mais resumida, o que viria a dificultar a categorização dos mesmos.

Analisando os projetos desenvolvidos e como se pode verificar nos quadros seguintes, a intervenção da CMC ao nível da Promoção da Saúde dirigiu-se tanto para a

intervenção a nível dos determinantes individuais da saúde (DIS) como dos determinantes socioeconómicos da saúde (DSES).

A nível dos DIS foram realizados, nos últimos quatro anos, 32 projetos, que se encontram distribuídos por oito áreas, como se pode observar no quadro nº 1. Em termos estatísticos, este quantitativo de projetos corresponde a uma média aproximada de sete a oito projetos anuais.

QUADRO 1 – Distribuição dos projetos internos à CMC, segundo os DIS

DETERMINATES INDIVIDUAIS DA SAÚDE **Comportamentos/Estilos de vida** **[32 Projetos categorizados tendo por base o modelo de Dahlgren e Whitehead (1998)]**							
Hábitos Alimentares	**Higiene Oral**	**Segurança Infantil**	**Sexualidade e Afetos**	**Saúde Mental e Identidade**	**Consumo de Substâncias Psicoativas**	**Atividade Física e Desporto**	**Informação sobre Saúde**
Programa de Qualidade e Educação Alimentar	Aprender a ser saudável	Projeto Carta de Peão Infantil	Educação para os Afetos	Projeto Y (WHY) - Prevenção da depressão e suicídio nos jovens	Risca este Risco	Cascais Ativo - Desporto na Escola	Famílias Palestras na Escola Frei Gonçalo Azevedo
Estratégia para uma alimentação saudável		Protocolo APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil	Ver, Ouvir e Debater - ciclo de cinema e debate VIH/SIDA	Projeto EAAD - European Aliance Against Depression	Sabes Dizer Não?	Cascais Ativo é Desporto nas Férias	Saúde Portugal Expo e Conferências 2009
Obesidade Zero			Oficina de Formação: Desenvolvimento de projetos em Educação Sexual, Workshops temáticos em Educação Sexual	Encontro de Saúde Mental do Concelho de Cascais	Conhecer para Prevenir	Seniores em Movimento	Saúde em Dia - Protocolo CUF
Projeto Menos Açúcar Mais Saúde				Intervenção terapêutica em Grupo	Ponto de Escuta	Cascais ativo viva 30	Encontro de Saúde Mental do Concelho de Cascais
					Estratégia de Prevenção de Uso e Abuso de Álcool	Vela sem Limites	Estratégia de comunicação concelhia em promoção da saúde informação
					Semana de Prevenção sem Álcool		Mês do Coração em Cascais
							1º Encontro de Saúde de Cascais

Fonte: Fichas de projetos internos à CMC (2008-2012)

Os descritores que foram sinalizados nas fichas de projeto (nomeadamente nos objetivos, estratégias/atividades desenvolvidas, tempo de duração do projeto e impactos previstos no quotidiano dos destinatários) e que permitiram ajudar a fundamentar esta categorização em DIS, remetem para os seguintes termos, presentes na maioria dos projetos analisados: "estilos de vida"; "comportamentos"; "sensibilizar"; "sensibilizar e informar"; "sensibilizar e refletir"; "sensibilização/informação"; "informação";

"informação e conhecimento"; "aumentar a informação"; "informar"; "comunicar e informar" e "reflexão e discussão". Todos estes descritores apontam para uma intervenção dirigida a indivíduos ou grupos, com o objetivo de atuar sobre estilos de vida e/ou comportamentos.

No âmbito da sua atuação sobre os DIS, a CMC, dirigiu os seus esforços essencialmente para a divulgação de "informação sobre saúde" aos grupos da população já anteriormente referidos. Destaca-se também a atenção que foi dada, na construção destes projetos, à temática "consumo de substâncias psicoativas". Este fato pode estar relacionado quer com os objetivos da anterior Divisão de Promoção da Saúde e das Toxicodependências, atual Divisão de Promoção da Saúde, quer com a evidência científica disponível sobre esta temática ou ainda com dados estatísticos sobre este tipo de consumos no concelho, que tenham levado os responsáveis a agir.

A atividade física e desporto, os hábitos alimentares e a saúde mental e identidade, mereceram igualmente atenção em termos de intervenção da CMC (isoladamente ou em parceria), alertando a população para a importância de que se revestem na promoção da saúde individual. Salientam-se aqui os projetos realizados ao nível da atividade física e desporto, dirigidos a todos os grupos etários e, por oposição, os da saúde mental e identidade, dirigidos essencialmente à população adolescente, onde estas questões são sentidas com particular acuidade, segundo a evidência disponível, e se não forem prevenidas, poderão afetar a saúde dos atuais jovens e futuros adultos.

O tempo médio de duração dos projetos de intervenção sobre os DIS, aqui mapeados, foi de 1,5 anos. Este é um tempo curto de atuação, embora segundo as conceções subjacentes à intervenção sobre os DIS, as intervenções dirigidas aos hábitos e estilos de vida são das mais favoráveis à obtenção do sucesso em termos de promoção da saúde (embora sempre associadas ao tempo longo).

O investimento médio por projeto foi de cerca de 25 mil euros. Estes montantes parecem revelar uma importante aposta da CMC na promoção individual da saúde, nomeadamente ao nível dos meios disponibilizados para a mesma e das parcerias estabelecidas, numa lógica de atuação sobre os DIS.

A intervenção ao nível dos DSES da CMC consubstanciou-se em 56 projetos dos quais 42 foram dirigidos a intervenções em Redes Comunitárias de Apoio Social, Saúde e Educação e catorze projetos de intervenção sobre as Condições Sócio Ambientais e Materiais de Vida de indivíduos ou grupos, conforme se pode verificar no quadro nº 2. Já

em relação aos projetos dirigidos aos DSES, os números apontam para uma média anual de catorze projetos.

Os descritores identificados nas fichas de projeto (objetivos, estratégias/atividades desenvolvidas, tempo de duração do projeto e impactos previstos no quotidiano dos destinatários) e que consubstanciaram a categorização em DSES assentam nos seguintes termos, presentes na maioria dos projetos analisados: "sinalizar situações"; "respostas"; "possibilitar o acesso"; "acesso à aprendizagem"; "acesso aos serviços de saúde"; "acessibilidade"; "promover acesso a apoios"; "dificuldades de acesso"; "necessidade de intervenção"; "apoiar a família"; "situação de vulnerabilidade"; "criar/reformular respostas"; "integração laboral"; "integração na comunidade"; "equipamentos sociais"; "ações de qualificação"; "formação"; "participação na mudança"; "qualidade de vida"; "qualidade da água"; "construção de equipamentos" e "qualificação de equipamentos".

QUADRO 2 – Distribuição dos projetos segundo os DSES

DETERMINATES SOCIOECONÓMICOS DA SAÚDE [56 Projetos categorizados tendo por base o modelo de Dahlgren e Whitehead (1998)]										
Redes Comunitárias de Apoio Social, Saúde e Educação								Condições Sócio Ambientais e Materiais de Vida		
Idosos e Dependência	**Famílias em situação de Vulnerabilidade**	**Grupos vulneráveis**	**Desigualdade de género**	**Comunidade (em geral)**	**Associações de Cidadãos**	**Formação**	**Plataforma Saúde na Escola**	**Ambiente Físico**	**Equipamentos Sociais**	**Habitação**
Protocolo de Ajudas Técnicas	Kuma di Kurpu	Plano Concelhio para a Integração de Pessoas Sem Abrigo	Fórum Municipal de Cascais contra a Violência Doméstica	Projeto do Banco de Ajudas Técnico (Educação)	Encontros da Plataforma Saúde em Diálogo	SIM - Saúde Intervenção Mental na Comunidade Formação em Saúde	Plataforma Saúde na Escola: Dinamização e apoio a Projetos	Avaliação da Qualidade do Ar no Concelho de Cascais	Protocolos de Apoio Financeiro à Construção de Equipamentos - respostas na área da saúde	Oficina Social
Protocolo Melhor Saúde	Protocolo com o BIPP	Projeto Sorrir dá Saúde		EAPSE		Crescer a Brincar		Medição de Odores	Plataforma de Qualificação dos Centos de Dia	Situações de insalubridade em domicílio
Cascais Cuida + Gabinete de Apoio a Cuidadores de Pessoas com Demências	Cascais Mais Solidário	Protocolo de Apoio e Qualificação das Respostas do Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)		Associação Nariz Vermelho		Formação a cuidadores formais e informais de pessoas com demências		Análise da qualidade do ar em Cascais	Requalifica Five	
Protocolo Teleassistência	Recriar	Protocolo Casa Jubileu		Só Pais!		Eu Passo		Monitorização da qualidade da água balnear das praias e da água das ribeiras do Concelho de Cascais		
Plataforma SAD+	Projeto Farmácias do Concelho de Cascais	Esperança Recomeçar		Saúde e Solidariedade		Pré-Programa de Competências		Obra da Avenida da Dinamarca, França e Holanda		

Programa de Apoio Alimentar (PAA)	Da Escola para a Comunidade	Via verde				Castelos de Risco		Estudo sobre a evolução dos resíduos produzidos pelas empresas localizadas no Concelho de Cascais 2006 a 2009		
	Promoção de apoios Psicoterapêuticos	Protocolo Unidade Dia FPEPTT				Coisas de Todos Nós		Monitorização analítica da qualidade da água das ribeiras do Concelho de Cascais		
	Grupo de Encontro com Grávidas e Mães Adolescentes individuais	Plano Individual de Transição para a Vida Ativa				Investigação Sobre a Dinâmica da Consulta Psicológica de Adolescentes		Plano de arborização municipal		
	Consulta de Psicologia da Gravidez e maternidade na adolescência	Saúde mais Perto						Obra da Ribeira das Vinhas e encaminhamento das águas subterrâneas do CascaisVilla		
	"Aprender, a conviver uns com os outros... "									

Fonte: Fichas de projetos internos à CMC (2008-2012)

Relativamente aos projetos realizados ao nível das Redes Comunitárias de Apoio Social, Saúde e Educação destacam-se os projetos dirigidos às famílias em situação de vulnerabilidade e aos grupos vulneráveis, a congregarem dezanove projetos. Também os idosos e as situações de dependência foram alvo de um número considerável de projetos. A formação sobre as temáticas clássicas da promoção da saúde constituiu outra das apostas da CMC, neste nível. Os projetos de formação desenvolvidos dirigiram-se maioritariamente aos professores e visaram a certificação de competências para uma atuação mais fundamentada na promoção da saúde das crianças e jovens.

Ao nível das condições Sócio Ambientais e Materiais de Vida, destacam-se os projetos de intervenção sobre o Ambiente físico concelhio, visando melhorar a qualidade do ar e águas do concelho. Esta questão, com implicações diretas na saúde e na qualidade de vida dos munícipes, assume um destaque ainda maior num concelho balnear e turístico, como é o caso de Cascais. Esta questão é relevante, porque o turismo constitui um setor de atividade económica fundamental (impostos/receitas, emprego, formação, desenvolvimento económico) para o município.

Assinala-se ainda que apenas três projetos se destinaram a intervir sobre os equipamentos sociais da autarquia e apenas dois intervieram ao nível das condições habitacionais.

O tempo médio de duração dos projetos de intervenção sobre os DSES, aqui mapeados, foi de 3,1 anos e o investimento médio por projeto foi de cerca de 123 mil euros. Salienta-se o aumento do tempo de duração dos projetos que atuam sobre o DSES tal como do montante por projeto, em comparação com os projetos dirigidos aos DIS. Estes montantes são compatíveis com uma atuação mais estrutural e claramente dirigida para a intervenção sobre as condições de vida dos diferentes grupos de indivíduos.

Salienta-se ainda o número de projetos (25) dirigidos às famílias em situação de vulnerabilidade, grupos vulneráveis e idosos, que representam 60% dos projetos realizados ao nível das Redes Comunitárias de Apoio Social, Saúde e Educação. Todas as ações dirigidas para os grupos vulneráveis, visando melhorar as suas condições de vida, o acesso aos serviços e à saúde, contribuem para a redução das situações de desigualdades sociais e enquadram-se na lógica de atuação dos determinantes da saúde.

A comparação entre o número de projetos dirigidos para os DIS e os DSES, revela a maior aposta da CMC numa atuação mais estrutural que, quando é bem-sucedida, se revela mais capaz de criar as condições necessárias para a redução das

desigualdades sociais e para melhorar a saúde dos indivíduos e grupos e, consequentemente, para obter ganhos em saúde, a médio e longo prazo.

4.3. Análise dos projetos de promoção da saúde realizados por entidades externas à CMC

Neste subcapítulo apresenta-se uma análise das fichas resumo (Anexo 6), relativa aos projetos de promoção da saúde desenvolvidos pelas entidades externas à CMC, nos últimos quatro anos (2008-2012).

Foram recebidos 36 fichas de projetos realizados, nos últimos quatro anos, pelas entidades externas (Anexo 7). No quadro seguinte apresenta-se a distribuição dos projetos recebidos das diferentes entidades externas.

TABELA 8 - Distribuição dos projetos pelas diferentes entidades

Entidade	Número de Projetos
Agrupamento de Escolas de Alcabideche	2
Mundo a Sorrir – Associação de Médicos Dentistas Solidários Portugueses	1
APSI - Associação Promoção Segurança Infantil	3
SER+, Associação para a Prevenção e Desafio à SIDA	6
Centro de Cooperação Familiar - Creche e Jardim de Infância "O Botãozinho"	1
CAOJ	1
Agrupamento de Escolas Matilde Rosa Araújo	1
Fundação "O Século"	1
AJU – Associação Jerónimo Usera	2
Associação Hípica Terapêutica	1
Santa Casa da Misericórdia de Cascais	1
NOVAMENTE - Associação de Apoio aos Traumatizados Crânio-encefálicos e suas famílias	1
CADIn	1
MADOCASCAIS - Movimento Associativo de Apoio Ao Doente Oncológico de Cascais	1
Agrupamento de Escolas de Cascais	1
Junta de Freguesia do Estoril	1

ARISCO - Instituição para a Promoção Social e da Saúde	2
Associação Prevenir (ONG para a Prevenção e Promoção da Saúde)	3
Cascais Próxima (ESUC) / CMC	5
Vitamimos	1
Total	36

Fonte: Fichas de projetos das entidades externas à CMC (2008-2012)

A análise efetuada permitiu verificar que nos 36 projetos analisados, apenas um não envolveu parceiros na sua concretização.

Verificou-se também que todos os projetos analisados estabeleceram objetivos, apresentaram os destinatários dos mesmos, descreveram o projeto e apresentaram os resultados alcançados.

Quanto ao financiamento, salienta-se que em algumas fichas não foi preenchido este item e também se verificou que sete projetos não tiveram qualquer financiamento. O valor global de financiamento dos projetos das entidades externas atingiu cerca de 8,5 milhões de euros e a maior parte deste valor foi financiado pela CMC.

Sobre os destinatários dos projetos analisados verifica-se que a maioria se dirige à população em idade escolar, educadores (professores e pais) e pessoal não docente. Apresentam-se de seguida os grandes grupos destinatários dos projetos concretizados pelos vários departamentos da CMC, salientando-se no entanto que alguns projetos destinam-se a vários grupos, em simultâneo:

Crianças/jovens – treze projetos

Professores/educadores e pais – oito projetos

Munícipes em geral – nove projetos

Populações Vulneráveis – cinco projetos

População idosa – um projeto

O grupo de destinatários dos projetos, que maior intervenção sofreu, foram as crianças e jovens em formação e os seus formadores/cuidadores e pais (com mais de 50% dos projetos), à semelhança do que aconteceu com os projetos desenvolvidos pela autarquia. Esta coincidência resulta de em muitos destes projetos a CMC ter sido um parceiro privilegiado.

Também nos projetos desenvolvidos pelas entidades externas se salienta a presença constante de parcerias, o que remete para um trabalho conjunto de promoção da saúde, permitindo a partilha e a otimização de recursos, em prol da saúde da população.

À semelhança da análise e categorização feita sobre os projetos desenvolvidos pela CMC, apresentam-se os resultados referentes aos projetos das entidades concelhias externas segundo a perspetiva dos determinantes sociais da saúde seguindo igualmente o modelo de Dahlgren e Whitehead (1998).

A nível dos Determinantes Individuais da Saúde (DIS) foram realizados, nos últimos quatro anos, catorze projetos, que se encontram distribuídos por quatro áreas, como se pode observar no quadro nº 3.

QUADRO 3 – Distribuição dos projetos das entidades externas segundo os DIS

DETERMINATES INDIVIDUAIS DA SAÚDE **Comportamentos/Estilos de vida** **Entidades Externas – 14 Projetos**			
Hábitos Alimentares	**Segurança Infantil**	**Sexualidade e Afetos**	**Informação sobre Saúde**
2010/2012 Promoção de estilos de vida saudável – Alimentação	Centro de verificação de cadeirinhas	SMS – Sexualidade Mais Saudável	Famílias em jogo
Aprender a ser saudável	Clínicas de segurança	2010/2011 Saúde sexual e reprodutiva	Saúde Positiva
Centro de Educação Alimentar	Aulas de segurança rodoviária para crianças		Quebrar Tabus: Sida e Prevenção
			Formação contínua – Saúde
			Educação pelos pares
			GPS – Gabinete de Promoção para a Saúde e Bullying (2010/2011)

Fonte: Fichas de Projeto das entidades externas

Os descritores que foram sinalizados nas fichas de projeto (nomeadamente nos objetivos e descrição do projeto) e que permitiram ajudar a fundamentar esta categorização em DIS, foram "estilos de vida"; "comportamentos de risco"; "diminuir riscos"; "higiene oral"; "higiene alimentar"; "hábitos saudáveis"; "adoção de boas práticas" e "discussão temática". Estes são descritores que remetem para a atuação ao primeiro

nível dos determinantes, estilos de vida e comportamentos individuais, segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead (1998).

Na atuação sobre os DIS, as diferentes entidades externas, dirigiram a sua atuação essencialmente para a divulgação de "informação sobre saúde" aos grupos da população já anteriormente referidos. Também as questões da segurança infantil mereceram a atenção das entidades externas, com alguns projetos dirigidos aos pais e às crianças.

A intervenção ao nível dos DSES das entidades externas à CMC consubstanciou-se em 22 projetos, dos quais dezassete representaram intervenções em Redes Comunitárias de Apoio Social, Saúde e Educação e cinco projetos de intervenção sobre as Condições de Vida de indivíduos ou grupos, conforme se pode verificar no quadro nº 4.

Os descritores identificados nas fichas de projeto (objetivos e descrição do projeto) e que consubstanciaram a categorização em DSES assentam nos seguintes termos, presentes na maioria dos projetos analisados: "apoios a famílias"; "resposta a necessidades"; "acompanhamento regular"; "reintegração social"; "integração"; "rede de suporte"; "integração social"; "intervenção comunitária"; "formação"; "equipamentos" e "qualificação de espaços".

QUADRO 4 – Distribuição dos projetos das entidades externas segundo os DSES

DETERMINATES SOCIOECONÓMICOS DA SAÚDE Entidades Externas – 22 Projetos					
Redes Comunitárias de Apoio Social, Saúde e Educação				Condições Sócio Económicas e Materiais de Vida	
Famílias em situação de Vulnerabilidade	Grupos vulneráveis	Comunidade em Geral	Formação	Ambiente Físico	Equipamentos Sociais
Relógio de Areia	Equitação Terapêutica/ Hipoterapia	Ser Pessoa – Gabinete de Psicologia AJU	Opções	Outeiro Polima: Requalificação de espaço público	Circuito de Fitness na Guia e em Carcavelos
Bebé ao colo	Escolinha de Rugby da Galiza		Agrupamento Cascais Saudável: Projeto de Educação para a Saúde	Parque urbano da Quinta de Rana	Piscinas Municipais da Abóboda
	Reage		Conhecer para prevenir		Pavilhão Fernando Lopes Graça
	Voltar a Viver		TPC – Todos Podemos Crescer		
	MADOCAS CAIS		Castelos de Risco		
	CADIn –		Crescer a		

	Centro de apoio ao desenvolvimento infantil		brincar		
			Eu Passo		
			Pré-Programa de competências		

Fonte: Fichas de Projeto das entidades externas

Relativamente aos projetos realizados ao nível das Redes Comunitárias de Apoio Social, Saúde e Educação, pelas entidades externas, destacam-se os projetos dirigidos aos grupos vulneráveis, formação dirigida essencialmente a professores/educadores e pessoal não docente, ambas com oito projetos cada.

Salientam-se ainda os cinco projetos dirigidos para a intervenção ao nível das condições Sócio Ambientais e Materiais de Vida, que se destinaram a melhorar infraestruturas comunitárias, direta ou indiretamente ligadas à melhoria da saúde e qualidade de vida dos munícipes.

Não foram solicitados dados sobre os tempos de duração dos projetos, às entidades externas.

Também ao nível da intervenção das entidades externas, em projetos de promoção da saúde, se constata um maior número de projetos dirigidos para a intervenção sobre os DSES, tal como se verificou nos projetos implementados pela CMC.

Principais Conclusões

Apesar da CMC não conceber e planear a sua intervenção ao nível da promoção da saúde, segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde a análise realizada, aos projetos internos, permite concluir que:

- Os projetos realizados podem ser categorizados segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde;
- Os projetos realizados são concebidos, maioritariamente, de acordo com as etapas do planeamento em saúde;
- A maioria dos projetos usa a evidência disponível, e não dados locais, para justificar as suas intervenções;

- A maioria dos projetos identifica o público-alvo, as estratégias e os objetivos, as metodologias usadas, os resultados esperados, as formas de avaliações, o tempo de duração e o financiamento obtido;
- O grupo alvo de eleição da maioria dos projetos foram as crianças e jovens e os respetivos educadores;
- O financiamento e o tempo de duração dos projetos dirigidos aos DSES foram substancialmente maior que o atribuído aos projetos que dirigem a sua atuação para os DIS;
- O recurso a parcerias e ao trabalho interdepartamental esteve presente na maioria dos projetos implementados;
- A maioria dos projetos, segundo a categorização efetuada, dirigiu-se para uma intervenção sobre os DSES;
- Os projetos categorizados como atuando sobre os DSES, intervieram, essencialmente, sobre grupos vulneráveis da população, quer na intervenção direta sobre esses grupos (sob a forma de apoios), que indireta através da criação/manutenção de infraestruturas (criação ou qualificação);
- Nos projetos de intervenção sobre os DSES, destaca-se a importância atribuída ao ambiente físico na sua relação com a saúde dos indivíduos;
- Os projetos analisados, referentes ao período 2008-2012, permitem confirmar uma atuação contínua da CMC, em termos de promoção da saúde, no concelho;
- A análise dos projetos realizados por entidades externas à CMC permitiu concluir que:
- A categorização dos projetos segundo os determinantes sociais da saúde, revelou uma intervenção ligeiramente superior sobre os DSES;
- A CMC é parceira em cerca de um terço dos projetos realizados pelas entidades externas;
- A CMC é um dos principais financiadores dos projetos externos;
- Merecem destaque os projetos de atuação sobre os DSES, dirigidos aos grupos vulneráveis e a formação dirigida essencialmente a professores/educadores e pessoal não docente, com dezasseis projetos.

Esta etapa do projeto Saúde@Cascais permitiu mapear grande parte do trabalho realizado pela CMC e pelas entidades externas, nos últimos quatro anos, e realizar uma análise, sustentada no modelo Dahlgren e Whitehead (1998), de atuação sobre os determinantes sociais da saúde, a partir das fichas de projeto recebidas. A categorização obtida pode ser

apelidada de contingente, mas isso não invalida que expresse o sentido da atuação camarária na promoção da saúde.

Assim, o resultado final revela que embora não partindo de uma lógica de atuação na promoção da saúde, a nível concelhio, sustentada nos determinantes sociais da saúde, alguns dos projetos realizados enquadram-se no modelo de atuação referido, quer em termos de estratégias e objetivos, quer em metodologias de implementação, quer de indivíduos e grupos intervencionados, e nalguns casos de resultados obtidos.

Merecem particular destaque os projetos dirigidos a grupos vulneráveis e/ou social e culturalmente alvos de processos de exclusão socioeconómica e cultural, pois um dos objetivos centrais de uma estratégia de atuação baseada nos determinantes sociais da saúde consiste precisamente em eliminar as desigualdades entre os indivíduos e grupos, em qualquer sociedade, a partir de uma intervenção a nível local.

5

OS *STAKEHOLDERS*: CONCEÇÕES E EXPETATIVAS

Saúde@Cascais

Ponto prévio

Entre meados de Junho e finais de Julho de 2012, obteve-se um total de catorze entrevistas[28] realizadas aos *stakeholders*.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, recorrendo à áudio gravação e também através de respostas *online*. Não obstante as potenciais desvantagens deste último tipo de resposta, a possibilidade de responder *online* surgiu por um lado da necessidade de garantir o maior número de respostas em menos tempo, mas foi também e sobretudo mobilizada a pedido de vários dos *stakeholders* selecionados que, perante o volume de trabalho que teriam nesta época do ano (junho/julho), não perspetivavam a possibilidade de conseguir responder presencialmente.

Das catorze entrevistas recolhidas, sete foram presenciais e sete respondidas *online*. As entrevistas recolhidas presencialmente foram todas gravadas com o consentimento do entrevistado e decorreram em espaços isolados, garantindo a confidencialidade e a privacidade das respostas. Quanto às entrevistas respondidas *online* (via *googledocs*), não foram controladas ou influenciadas as condições de resposta, mas pode-se afirmar que é um meio de resposta que dá ao respondente, pelo menos em teoria, uma maior liberdade de resposta, sem o constrangimento da presença do entrevistador. A questão de, neste caso, se perder a espontaneidade, não está em causa, porque todos *os stakeholders* receberam, junto com o ofício camarário a solicitar a entrevista, o guião da mesma (Anexo 9). Ou seja, todos tiveram acesso antecipadamente ao guião da entrevista.

Para maior facilidade de análise, os entrevistados foram agrupados em diferentes grupos segundo a atividade mais predominante da sua organização: Organizações de Saúde (OS) - quatro, Organizações Escolares (OE) - três, Associações de Doentes (AD) - três, Associações de Promoção da Saúde (APS) - três, Dirigentes Políticos (DP) - um.

O guião da entrevista dividia-se em cinco grupos que foram analisados em função dos aspetos fundamentais do discurso dos entrevistados: conceções de Promoção da Saúde; aspetos centrais na sua implementação no concelho de Cascais e a influência dos determinantes sociais da saúde numa futura estratégia de intervenção em promoção da saúde a nível autárquico.

[28] Há duas entidades que não foram ouvidas – o núcleo executivo da Rede Social de Cascais e a Diretora Executiva ACES Cascais – cujas contribuições, certamente enriqueceriam o conjunto de dados recolhidos. Apesar disso, obtiveram-se importantes contribuições por parte dos *stakeholders* entrevistados, que certamente contribuem para se perspetivar a implementação de um plano concelhio de promoção da saúde, em Cascais.

As questões sobre os DSES foram as que menos dados proporcionaram e apesar de descritos como importantes ou relevantes no contexto da promoção da saúde, foram aqueles sobre os quais os entrevistados afirmaram ter maior ou, mesmo, total desconhecimento. Por essa razão, a análise das respostas sobre os vários determinantes de saúde será apresentada em conjunto, sob forma dos pequenos apontamentos que foram retirados das intervenções dos entrevistados.

Saliente-se ainda que a análise realizada visou e interessou-se, essencialmente, em captar as categorias convergentes, sobre as várias questões em estudo, e não tanto em expor pormenorizadamente as diferenças entre cada *stakeholder*, exceto quando essas divergências se manifestavam e/ou resultavam em categorias analíticas divergentes.

5.1. Promoção da Saúde: A conceção epidemiológica e os determinantes sociais da saúde

Quanto à conceção de promoção da saúde dos diferentes *stakeholders* entrevistados, consta-se que a organização a que pertencem e a missão da mesma vinca necessariamente a opinião expressa sobre a Promoção da Saúde. Deste modo, muitas das suas respostas centram-se nos objetivos e trabalho específicos das organizações em que estão inseridos, quer seja a saúde mental, a saúde oral, ou a saúde em contexto privado. A promoção da saúde surge assim, nos seus discursos, adaptada a estes vários contextos. Verifica-se também que as organizações vocacionadas especificamente para a saúde ou para a atividade política têm uma conceção mais abrangente da promoção da saúde, a todos os níveis.

Numa análise mais fina, nomeadamente quanto ao grupo de entrevistados das Associações de Doentes (AD), destacou-se uma perspetiva sobre a promoção da saúde que recai mais dentro do que se poderia denominar de "prevenção de crises" ou de "impedir que a doença se agrave ou instale totalmente". Nas palavras de um entrevistado deste grupo, o trabalho em termos de promoção da saúde tem mais a ver com "controlo de danos" da doença do que com o evitamento da mesma. Sendo assim, o tipo de estratégia desenhada e de atividades desenvolvidas são direcionadas para as doenças com que lidam diariamente e para as quais a instituição foi criada e é mantida. Tendo em conta o contexto nacional e local, estas instituições tentam colmatar aspetos de gestão e tratamento da doença que julgam não ser suficientemente cobertos pela rede de

prestação de cuidados oficiais ou, mesmo afirmando-se como alternativa, proporcionando aos seus associados uma forma de gestão e tratamento da doença que segue orientações diferentes da medicina oficial. A gestão e tratamento da doença que oferecem concretizam-se assim na construção de equipamentos, disponibilização de técnicos especializados (fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, etc.) e na assistência administrativa tanto aos associados como às famílias. Algumas destas infraestruturas e recursos técnicos são também, em alguns casos disponibilizados a toda a comunidade "*saudável*" envolvente da Associação, facto que é encarado como um modo de otimização destes recursos, considerados de qualidade e de inclusão (da Associação e do seu grupo de utentes) na comunidade. Nalguns casos, este processo de inclusão na comunidade é também ele visto como integrante do processo terapêutico.

No caso das Organizações Médicas (OM) também é dada uma maior importância ao tratamento e à prevenção da doença, o que é indissociável da missão da organização e de os entrevistados serem representantes de instituições hospitalares e não de saúde pública. Os seus discursos direcionam-se claramente para o binómio "saúde/doença" e assim, quando falam em melhorar os "*níveis de informação, literacia e educação*" e a redução de riscos para a "saúde" através da promoção de estilos de vida "saudáveis", o que está em causa é prevenir a "doença".

Apesar disso, é também as conceções entrevistados que a promoção da saúde é emerge como processo de intervenção sobre os determinantes sociais da saúde.

"*... Um processo planeado e gerido, de encorajamento e suporte à melhoria da saúde de uma população, distinto da disponibilização de serviços de saúde.... Que se direciona à população ou a grupos populacionais..., visando a ação sobre as causas de doença e os fatores determinantes da saúde.*"

"*...Tem como objetivos primordiais a definição de políticas, planos e programas de saúde, com particular ênfase nos domínios da saúde pública, que visem controlar a exposição das populações e dos indivíduos a riscos e a fatores determinantes de doença*".

Com conceções diferentes, encontram-se as Associações de Promoção da Saúde (APS), os Dirigentes Políticos (DP) e também as Instituições Escolares (IE). Para estes entrevistados a promoção da saúde encontra-se essencialmente ligada a aspetos epidemiológicos e higienistas e à capacitação dos indivíduos e populações em relação à saúde/doença. Esta tem sido uma das conceções que tem dominado a promoção da saúde ao longo dos tempos e que prevalece ainda na sociedade.

"*Divulgação de conceitos de vida saudável, informando sobre as patologias e seus fatores de risco. Promoção de dinâmicas, atividades e desempenhos individuais/coletivos para a consciencialização de formas de viver mais saudável.*"

No caso das Instituições Escolares (IE), o discurso sobre a Promoção da Saúde recai na necessidade de "informar", ou de "dar informação" sobre as temáticas mais relevantes nos escalões etários dos seus alunos (tais como a sexualidade, o consumo de substâncias tanto lícitas como ilícitas, vacinação, exercício físico, *bullying*, etc.). Este esforço de informar não cessa porém nos alunos, mas tenta englobar toda a comunidade escolar incluindo Pais/Encarregados de Educação, professores e restantes funcionários não docentes. No entanto, e sobretudo no que toca aos Encarregados de Educação, salvo algumas exceções, é relatado ser bastante difícil envolvê-los nestas e noutras atividades da escola. Nesta perspetiva, a promoção da saúde é "*esclarecer e sensibilizar a nossa população escolar para hábitos de vida saudável, no que concerne à alimentação, higiene, educação sexual e reprodutiva e saúde mental.*"

As IE nas suas conceções de promoção da saúde não se limitam a reconhecer a importância da "informação", referindo igualmente a grande relevância dos recursos psicossociais (percecionados e sintetizados sob a expressão "*inteligência emocional*" ou "*saúde mental*") como determinantes de saúde, ainda que não tivessem mobilizado este discurso nem de forma automática nem de modo tão organizado como o das APS. A informação transforma-se em capacitação, chegando um entrevistado a afirmar que, "*... só tem lógica falar de promoção para a saúde se existirem as condições mínimas que garantam a subsistência dos cidadãos.*"

As APS produzem uma definição da promoção da saúde mais centrada nos DIS, mas sem ignorarem a importância da atuação ao nível dos DSES.

"*A promoção da Saúde é o processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde (e seus determinantes – sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais).*"

Neste sentido, explicitamente acentuam o facto de a promoção da saúde ser um processo que deve estar presente em todas as etapas da vida do indivíduo, embora devesse ser mais intenso nos primeiros anos de vida como forma de preparar o futuro, e que não se prende com a (in)formação sobre a doença "A" ou "B", nem com a prevenção do comportamento de risco "X" ou "Y", mas consiste em proporcionar: o desenvolvimento das capacidades individuais que permitam fazer escolhas conscientes também quanto à saúde; o contexto ambiental, económico, e social, que permitam ao

indivíduo exercer capacidades e comportamentos promotores de saúde. Assim, consideram que a transmissão de informação não é suficiente para definir a promoção da saúde, já que que por mais infraestruturas de prestação de serviços, ou por mais ações de educação para a saúde ou desenvolvimento de estratégias organizativas que motivem o indivíduo a cuidar da sua saúde, estas só funcionarão, quando aliadas à capacitação dos indivíduos para a autogestão e autocontrolo da sua saúde, sendo "…. *O resultado esperado (...) o de que as pessoas consigam manter o seu corpo e o seu espírito em ótimas condições, por tanto tempo quanto possível.*" (ilustrado neste caso com palavras de um *stakeholder* pertencente ao grupo das AD). A responsabilidade individual pela saúde é clara na conceção expressa por estas associações.

Tal como afirmam o DP entrevistado, a última palavra é sempre do indivíduo. "*A comunidade, a sociedade, as instâncias governamentais, todos aqueles que têm no fundo uma responsabilidade nesta matéria, podem proporcionar todas as condições (estruturais, organizativas e culturais) para que o indivíduo faça escolhas saudáveis e é para esse objetivo que se devem empenhar, mas este pode sempre optar por um comportamento menos saudável ou mesmo nada saudável*".

Ainda nas palavras de uma AD, "*a promoção da saúde, em função da sua abrangência, realiza-se, assim, através de ações de âmbito muito diverso, desenhadas no e para o contexto específico a que se destinam, tanto quanto possível com a participação dos destinatários, e que vão desde o estabelecimento de políticas de carácter geral até à proposta de redução dos comportamentos de risco.*"

Embora muitos dos fatores determinantes da saúde estejam fora do controlo do Sistema Nacional de Saúde, afirmam a importância de se intervir junto do indivíduo desde cedo, salientando no entanto que o indivíduo não pode ser um interveniente passivo que ao adquirir informação se transformaria automaticamente numa pessoa saudável. Deste modo, aqueles para quem é desenhada a estratégia de Promoção da Saúde devem ser conhecidos bem por quem a delineia e sempre que possível auscultados quanto aos seus hábitos e condições de vida. Deste modo, defendem que os cidadãos devem ser chamados a intervir e devem sentir-se intervenientes na sua própria saúde. Na perspetiva destas Associações, a promoção da saúde passa muito mais pela tentativa de "*empowerment*" dos indivíduos e, por conseguinte, de diferentes comunidades, proporcionando-lhes instrumentos e acesso a recursos (nomeadamente psicossociais - assertividade, autoconfiança, autoestima, capacidade de expressar sentimentos e opiniões) que os capacitem a fazer escolhas informadas e refletidas.

Ainda segundo o Dirigente Político (DP), a promoção da saúde é eminentemente estratégica, como as funções que desempenha. Assim, afirma ser uma ambição a nível do concelho de Cascais ocupar-se de determinadas "... *competências que neste momento estão no Estado Central mas que nós encaramos a possibilidade de passar para o Município, a nível da saúde e educação, outras mais técnicas a nível de orçamento e ambiente...",* por um lado porque em Cascais se encontrará uma importante rede de agentes de cuidado e promoção de saúde, que deve ser colocada ao serviço dos munícipes, por outro porque encaram cada vez mais o setor da saúde como essencial para o desenvolvimento económico não só nacional, como local. Refere igualmente a existência de "(...) *alguns fatores identitários de Cascais na área da saúde, zonas do concelho que são fundamentais em termos de estratégia, como a Parede* (..)", que motivam e dão substância a este eixo estratégico baseado no delinear de um plano de promoção da saúde que promova a melhor qualidade de vida dos munícipes. As atividades de promoção da saúde deste interlocutor situam-se mais a nível do planeamento estratégico e dos DSES, visando criar condições que permitam promover a inovação, o crescimento económico e científico no Concelho que, influenciem positivamente os recursos estruturais e técnicos a que os munícipes possam recorrer. Neste contexto, é de salientar o ceticismo quanto à possibilidade de mudança de comportamentos: "*Não acredito que se consigam mudar atitudes e comportamentos de um momento para o outro, mas com o tempo... Estamos também a fazer ainda na área da alimentação... nas políticas que desenvolvemos um dos problemas históricos do país é termos pouca massa crítica e aqui o que fazemos é casar os vários projetos e se eu meto um euro num projeto se ele é aproveitado por mais dois ou três já estou a rentabilizar e o que estamos a fazer são as hortas comunitárias que também têm um acompanhamento de técnicos... visam o encontro e de ter os espaços verdes arranjados e também tem uma componente de saúde, de recuperar conhecimentos ancestrais...*"

Pode dizer-se que as representações dos entrevistados, quanto ao conceito de Promoção da Saúde, se estruturam essencialmente em termos da perspetiva epidemiológica (conjunto de atuações sobre os fatores individuais geradores da doença) e com alguns "apontamentos" que remetem para a perspetiva dos determinantes sociais da saúde (com uma atuação dirigida aos fatores socioeconómicos e culturais geradores da doença ou de desigualdades em saúde).

5.2. Visão estratégica da Promoção da Saúde: Motivação e Expetativas

A visão estratégica da promoção da saúde dos entrevistados dirige-se essencialmente para a criação de parcerias concelhias, que potenciem o desenvolvimento económico, social e humano da comunidade e onde assume papel principal, a sociedade civil, o setor público e o setor privado.

Deverá passar pelo envolvimento direto das populações mais jovens conciliando três entidades: escola, família e organizações da sociedade civil.

"...Torna-se necessário o estabelecimento de parcerias funcionais, de alianças e redes fortes para a promoção da saúde, que incluam os setor público e privado e outros grupos da sociedade civil, para além daqueles já tradicionalmente envolvidos na intervenção em saúde, de modo a criar massa crítica para a promoção da saúde em diferentes settings (escolas, locais de trabalho, locais de recriação e lazer, estabelecimentos de saúde, prisões, etc.).

Quando se pronunciam sobre as estruturas a serem criadas para implementar a promoção da saúde no concelho salientam que essas estruturas já existem, é necessário reforçar as parcerias, para rentabilizar as estruturas existentes e ainda envolver a população.

"... *Não existe falta de estruturas mas sim a necessidade de criar parcerias para o desenvolvimento e implementação adequado de ações. Estas podem ser desenvolvidas diretamente com a população alvo nos seus contextos de vida*".

Foi também sugerida a criação de a criação de um "*Observatório Permanente concentrado nas políticas de saúde, desenvolvimento económico e social*".

De fato, os diversos *stakeholders* referem que já existem as infraestruturas e recursos técnicos em quantidade e qualidade necessárias, mas também expressam a necessidade de existir uma articulação mais estreita, que reduza esforços e gastos, otimizando os recursos que já existem. Nas palavras de um dos entrevistados, "... *torna-se necessário o estabelecimento de parcerias funcionais, de alianças e redes fortes para a promoção da saúde, que incluam os setores públicos e privado e outros grupos da sociedade civil, para além daqueles já tradicionalmente envolvidos na intervenção em saúde, de modo a criar massa crítica para a promoção da saúde em diferentes settings (escolas, locais de trabalho, locais de recriação e lazer, estabelecimentos de saúde, prisões, etc.)*."

A crise económica, como aquele que se vive atualmente no país, parece mediar as respostas dadas nomeadamente quando salientam a necessidade imperiosa de aproveitamento dos recursos já existentes, sendo esse um dos passos considerado fundamental na organização da estratégia de promoção de saúde do concelho, *"... há no fundo os grossistas, os retalhistas e os de proximidade... Pela minha formação diria que é assim. Os bombeiros têm um equipamento de saúde oral que só funciona uma parte ínfima, ora isto não pode acontecer... e nós parecemos um país de ricos... há casos de fisioterapia... de geriatria... E não aproveitamos... e é toda esta lógica que pode ser aproveitada."*

As estratégias a acionar para implementar a promoção da saúde no concelho assentam na intersetorialidade, na mudança organizacional, nas ações legislativas, educacionais e comunicacionais. A importância do trabalho em parceria volta também a estar presente nas conceções expressas.

"... Deverão ser multivariadas, inovadoras e intersetoriais, que promovam o envolvimento de diferentes disciplinas e digam respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação."

"... Devem ser estruturadas sobre três pilares fundamentais: Formação de formadores; de indivíduos e cuidadores informais da comunidade; Fortalecimento e otimização das infraestruturas existentes, conceção e construção de outras em falta, utilização de tecnologia apropriada e economicamente acessível; Controle e prevenção custo-efetivo das principais doenças; ganhos em saúde."

Destaca-se a importância atribuída às questões legislativas, já que elas estão presentes no discurso de vários entrevistados, nomeadamente quando remetem para a Lei de Bases da Saúde e para o seu articulado referente aos planos de ação a serem implementados e às metas a atingir.

"... De acordo com a Lei de Bases da Saúde, cabe ao cidadão um papel fundamental na promoção da saúde. Assim, os programas e planos de ação a serem implementados na área da Promoção da Saúde devem... As metas a atingir deverão ser...".

Os objetivos centrais à implementação da promoção da saúde no concelho expressam uma conceção que se articula em torno dos riscos de saúde e dos determinantes sociais da saúde. Assim, afirmam a necessidade de os objetivos se

dirigirem à eliminação dos riscos para a saúde e apelam à responsabilização individual/comunitária pela saúde. Numa outra perspetiva, salientam que os objetivos da promoção da saúde devem garantir habitação, educação, ambiente de qualidade e acesso a bens e serviços essenciais a todos os indivíduos.

"*... Reduzir a vulnerabilidade e os riscos para a saúde relacionados com os determinantes de saúde, promovendo a qualidade de vida da população*".

"*Promover a autonomia e a corresponsabilidade dos indivíduos e da comunidade no que diz respeito aos cuidados de saúde*".

"*Garantir habitação educação e o acesso a bens e serviços essenciais.... Uma boa qualidade do meio ambiente*."

Subjacentes a estas conceções voltam a emergir o modelo epidemiológico e o modelo dos determinantes sociais da saúde. O que importa salientar é que estas conceções não variam de entrevistado para entrevistado. Um mesmo entrevistado, expressa nas suas respostas, estas duas conceções, que representam modelos diferentes da promoção da saúde, como já foi referido.

Refira-se que alguns dos *stakeholders* entrevistados revelaram dificuldades em pronunciar-se sobre o formato que a implementação a nível concelhio da promoção da saúde devia assumir. Aqueles que o fizeram apontaram para uma implementação baseada no planeamento em saúde (cumprindo-se todas as etapas do mesmo) ou num modelo de "*gestão público*" onde a intersetorialidade, a participação e corresponsabilização da sociedade civil, são princípios fundamentais.

"... Com base num modelo de gestão público centrado na intersetorialidade e na participação e corresponsabilização dos diversos segmentos que compõe a sociedade civil, baseado nos seguintes princípios: integralidade, equidade, descentralização e controle social".

Destaca-se a importância atribuída à intersetorialidade, ao trabalho em rede ou à integração operacional de todos os envolvidos na promoção da saúde, que são aqui salientadas e que têm sido uma presença constante no discurso dos *stakeholders* entrevistados.

Instados a pronunciarem-se sobre as articulações necessárias para implementar a promoção da saúde no concelho, mais uma vez os entrevistados apresentaram dificuldades em responder e aqueles que o fizeram remeteram para conceitos já antes referidos como o "*observatório*" ou então para a articulação entre todas as entidades promotoras da saúde no concelho.

" *Fazer uma boa articulação entre as várias estruturas promotoras de saúde no concelho, tais como Hospitais, Centros de Saúde, Câmara Municipal, Agrupamentos de Escolas, Associações e projetos*".

Para os estes *stakeholders*, deve ser o poder local a liderar uma futura estratégia de Promoção da Saúde no concelho de Cascais. Aqueles que não afirmam taxativamente que deve ser a CMC a liderar a estratégia de Promoção de Saúde em Cascais, afirmam que quem liderar deve fazê-lo em parceria, estando a Câmara sempre incluída. Apenas dois *stakeholders* remetem a questão da liderança para os centros de saúde, ou para uma entidade ligada à saúde escolar. A justificação da sua opção anterior assenta no trabalho de destaque na área da saúde que CMC tem realizado. No entanto, sublinham a necessidade de uma maior e melhor articulação entre os vários *stakeholders* em ação no concelho, incluindo a Câmara.

A CMC, embora surja maioritariamente como o líder "natural" na implementação da promoção da saúde a nível local, não é porém vista de forma isolada, devendo dar atenção e espaço de ação aos seus parceiros, que de ser preferencialmente ser: *o Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, o Hospital Privado, o ACES de Cascais, a Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Associações, as ONG's e as IPSS, os Bombeiros, Escolas, Farmácias, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal, Igreja,* etc., no fundo expressando a ideia de que a promoção da saúde, para conseguir atingir os seus objetivos, deve incluir o maior número de intervenientes vindos da maioria de setores possível. Só assim será possível uma verdadeira "*... aposta centrada na qualidade de vida potenciando o desenvolvimento humano e o bem-estar económico e social através de políticas de integração ambiental e de saúde pública orientadas para o desenvolvimento do território e da comunidade.*"

5.3. A atuação face aos determinantes sociais da saúde

O grupo de questões relacionadas com os determinantes sociais da saúde foi o que maiores dificuldades de resposta colocou aos *stakeholders*, levando-os a invocar, quer o desconhecimento, quer um desejo de aceitação social das respostas dadas. Assim, as prestações obtidas traduziram-se num conjunto de dados menos ricos para uma futura

intervenção de promoção da saúde segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde.

Apesar disso, todos os entrevistados atribuem especial importância aos DIS, nomeadamente no que se refere aos hábitos e estilos de vida que possam ser nocivos para a saúde, defendendo a necessidade de um conjunto de ações que os possam controlar. Quando inquiridos sobre o papel da sua organização face a alguns dos DIS, a legislação em vigor é o recurso discursivo a que recorrem e em que se refugiam.

Quando se pronunciam sobre os possíveis indicadores, capazes de monitorizar esses mesmos determinantes, excluindo os que são recolhidos pelas instituições oficiais da saúde, apontam para uma recolha através de questionários ou de observação in loco (por exemplo nos locais de consumo habitual de álcool), onde o ACES, a UFPSM, as empresas e escola devem assumir um papel central. Um dos entrevistados (IM) sugeriu a criação de um Observatório Permanente concentrado nas políticas de saúde, desenvolvimento económico e social, o que vai também no sentido da estratégia de recolha de indicadores, sugerida pelo DP. Não obstante a dificuldade em apresentarem indicadores diferentes daqueles que são já recolhidos (sobretudo ao nível dos consumos), todos se demonstram disponíveis para colaborar na aplicação de instrumentos construídos para o efeito ou para facilitar a recolha destes indicadores, nas organizações que representam. Os indicadores sugeridos apontam essencialmente para a necessidade de uma avaliação mais fina e regular dos consumos de álcool e cigarros, da alimentação e da prática de exercício físico. Se alguns dos entrevistados afirmam que a sua organização tem estratégias definidas e ações dirigidas para alguns dos DIS, nomeadamente através dos projetos que promovem, outros há que manifestam o seu desconhecimento sobre estas questões.

No caso do DP, salienta-se a importância atribuída à recolha destes indicadores, e a proposta sobre a forma que deveria assumir. Alerta, no entanto, para que a periodicidade da recolha, não seja estabelecida de forma a extravasar cada mandato, preocupação que de resto expressa em relação a outras opções estratégicas assumidas, no sentido de não serem deixadas "*más heranças*" de um mandato para outro. "*Ora estes indicadores ao encurtarmos, estamos a criar um histórico e um hábito que dificilmente será retirado... Assim deverá ser feito num período que seja assegurado por cada mandato... Ou então uma base mínima que se fazia todos os anos e depois tínhamos um conjunto de outros dados que depois íamos fazendo noutros períodos. Se tiver uma base mínima, mais fácil de ser trabalhada... Depois tinha os outros com outro aprofundamento*

e que completava a base mínima." Pode dizer-se que a estratégia enunciada, visa construir um projeto que seja eficaz, eficiente e que resista ao desgaste das mudanças de poder municipal.

No que se refere aos DSES, salientam-se as conceções sobre a relação do trabalho e condições laborais com a saúde, as questões do ambiente físico do concelho e as questões culturais. A maioria dos *stakeholders* referiu não dispor de dados para se pronunciar sobre a acessibilidade, equidade e infraestruturas de saúde no concelho.

Todos os entrevistados afirmaram a importância da relação entre trabalho, as condições de trabalho e a saúde referindo mesmo a existência de uma "*correlação entre pobreza e desemprego e doença*.". Tal como o desemprego, também a crise é mobilizada para expressarem a sua preocupação com o agravamento das condições de vida dos munícipes e também como entrave ao trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pelas organizações que representam e pela autarquia.

Apesar de a autarquia estar a desenvolver um número considerável de projetos e estratégias que visam manter os postos de trabalho existentes no concelho e que também fomentem o empreendedorismo dos munícipes e atraiam investimento externo, de acordo com o DP, as condições culturais não são as mais favoráveis, nomeadamente em termos de empreendedorismo, já que no país *"... penalizamos o fracasso, logo ninguém arrisca e têm medo de tentar... Isso é mau para o empreendedorismo..."* Ainda, a situação atual já não permite apenas, como diz o ditado, "... *Ensinar a pescar, já tenho que lhe dar de comer, com esta crise*.".

Salienta-se também a postura segundo a qual os apoios sociais devem ser dados, mas com dignidade e não penalizando aqueles que devido ao desemprego se encontram numa situação precária.

Sobre as iniciativas da Rede Social, alguns do entrevistados avaliam positivamente o trabalho realizado, mas revelam desconhecimento sobre a maioria das questões colocadas sobre a mesma. Quanto ao desenvolvimento na primeira infância, as respostas obtidas revelam que os entrevistados têm dificuldades em pronunciarem-se sobre este determinante da saúde.

Quanto aos determinantes ambientais, dizem que Cascais é uma zona privilegiada em termos de infraestruturas como a ciclovia, e de recursos naturais como a praia, a serra e os espaços verdes (questão que se liga diretamente com a oportunidade dada aos munícipes em termos de exercício físico), mas demonstram desconhecimento quanto às questões ligadas ao parque habitacional e rede de saneamento. Porém, afirmam que este

desconhecimento poderá ser indicativo de qualidade pois questões como a poluição ou o saneamento seriam facilmente percebidas caso não fossem geridas de modo satisfatório a nível do concelho, *"... hoje tudo pode ser melhorado mas... estamos numa posição muito boa em termos de atividade física, até porque temos condições naturais e temos o nosso litoral excelente, eu tenho materializado os locais de maior afluência de equipamentos e há todo um conjunto de iniciativas... Há três ginásios ao ar livre... Há o Cascais Ativo, começamos a fundir e começamos a ter resultados a nível de espaços verdes e esses programas não estão só a nível de ambiente e têm tido intervenção do desporto..."*.

Por fim, quanto aos fatores culturais, referem que o concelho é marcado por fortes assimetrias socioeconómicas, onde se contrapõem as zonas muito ricas e muito pobres. Estas diferenças refletem-se também ao nível do tipo de imigração que o concelho acolhe que varia entre os altos níveis de qualificação (indivíduos oriundos dos países desenvolvidos) e os baixos níveis ou mesmo a desqualificação (nos indivíduos oriundos dos países em desenvolvimento). Assim, os aspetos multiculturais tornam-se especialmente salientes nos bairros sociais do concelho, sendo também estes apontados como as zonas privilegiadas de intervenção, de referenciação de situações de exclusão, que requerem o delineamento de políticas inclusivas.

Principais conclusões

Os dados obtidos com as entrevistas realizadas aos *stakeholders* permitem afirmar que:

- As respostas de cada *stakeholder* são moldadas pelo contexto organizacional que representam;

- As representações da promoção da saúde articulam-se essencialmente em torno da conceção epidemiológica, onde assumem destaque todas as ações destinadas a eliminar os riscos para a saúde individual e coletiva;

- A representação da promoção da saúde incorpora alguns conceitos do modelo de atuação sobre os determinantes sociais da saúde, nomeadamente em termos operacionais (intersetorialidade) e ao nível dos DIS (hábitos e estilos de vida);

- Nas representações da promoção da saúde, a centralidade da saúde dá lugar ao binómio saúde/doença;

- A visão estratégica, dos *stakeholders* entrevistados, para a promoção da saúde no concelho de Cascais, assentam em parcerias concelhias, que potenciem o

desenvolvimento económico, social e humano da comunidade e onde devem assumir papel principal e uma efetiva participação, a sociedade civil, o setor público e o setor privado;

- As estruturas para a implementação da promoção da saúde no concelho, já existem. Apenas precisam de ser reforçadas e rentabilizadas;

- A implementação da promoção da saúde, mais do que novas estruturas, precisa de envolver toda a comunidade;

- A intersetorialidade, a mudança organizacional, as ações legislativas, educacionais e comunicacionais constituem as bases das estratégias a acionar para implementar a Promoção da Saúde em Cascais.

- Os objetivos centrais a um projeto de promoção da saúde concelhio devem ser dirigidos para a eliminação dos riscos para a saúde e para a responsabilização individual/comunitária pela saúde;

- Os objetivos devem também garantir habitação, educação, ambiente de qualidade e acessibilidade a bens e serviços essenciais a todos os indivíduos;

- A implementação baseada no planeamento em saúde onde a intersetorialidade, a participação e corresponsabilização da sociedade civil, são princípios fundamentais, que devem modelar o formato da implementação da Promoção da Saúde no concelho de Cascais;

- A articulação entre todas as entidades promotoras da saúde no concelho é necessária e decisiva para implementar a Promoção da Saúde no município;

- Os parceiros estratégicos para implementar a Promoção da Saúde no concelho deverão ser no "maior número possível", vindos da maioria de setores possíveis.

- Salientam a importância de uma maior articulação e envolvimento de todos os *stakeholders* do concelho;

- A Câmara Municipal deve liderar a estratégia de Promoção de Saúde em Cascais;

- São necessárias ações concertadas dirigidas aos DIS;

- Os indicadores sobre os DIS a serem criados, visam quantificar os consumos nocivos, as práticas alimentares e de exercício físico;

- Deverá ser criada uma base mínima e/ou alargada com dados concelhios de saúde recolhidos periodicamente; a periodicidade da recolha deve ser refletida, para garantir o seu sucesso;

- Todos os *stakeholders* se disponibilizaram e/ou asseguraram a participação futura recolha de dados de saúde concelhios;

- Reconhecem a relação entre as condições de vida o trabalho e a saúde e salientam o agravamento destas situações devido à crise;

- Alguns salientam a importância de se atuar sobre os DSES;

- Avaliam positivamente o trabalho desenvolvido pela Rede Social de Cascais;

- Consideram Cascais como uma zona privilegiada, a nível ambiental;

- A questão cultural e migratória do concelho, onde se salientam fortes assimetrias, exige políticas inclusivas de continuidade.

6

AS CONCEÇÕES DA POPULAÇÃO

Saúde@Cascais

6.1. Caraterização geral dos inquiridos

Uma das fases do projeto Saúde@Cascais consistiu na realização de um questionário (Anexo 8) à população do concelho. Os dados foram recolhidos juntos de diversas organizações concelhias, a que a população acede, nomeadamente, escolas, centros de saúde, lares de terceira idade, centros de dia e ainda *online*. Os objetivos que presidiram à realização do referido instrumento foram a necessidade sentida de obter a participação da população e obter as suas perceções sobre a saúde (individual), o acesso à saúde, os recursos de saúde e a promoção da saúde no concelho. O período de recolha dos dados decorreu entre maio e junho de 2012. Foram recolhidos 1418 questionários, dos quais 251 foram preenchidos *online*[29].

Relativamente à caraterização geral dos inquiridos verificou-se que responderam maioritariamente mulheres (61,1%), conforme se pode observar na tabela seguinte. Salienta-se a maior percentagem de população feminina.

TABELA 9 - Distribuição dos inquiridos segundo o género

Género	Frequência	%
Masculino	505	35,6
Feminino	866	61,1
Nr	47	3,3
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Constatou-se que os inquiridos apresentavam uma média de idades de 37 anos, com um desvio padrão (std) de 23 anos. A média de idades do sexo feminino foi de 40 anos (com um std de 23 anos) e a média etária dos homens foi de 41 anos (std de 20 anos).

Apresenta-se, na tabela seguinte, a distribuição dos inquiridos segundo o grupo etário, que revela a importância dos inquiridos com menos de 25 anos, no total da amostra, próximo dos 50%. Este fato é importante e os seus efeitos não deixarão de se refletir nos dados obtidos.

[29] A responsabilidade pela aplicação dos questionários foi dos técnicos superiores da Divisão de Promoção da Saúde e Prevenção das Toxicodependências, da CMC.

TABELA 10 - Distribuição dos inquiridos segundo o grupo etário

Grupo etário	Frequência	%
< 25 anos	682	48,1
25-35 anos	68	4,8
35-45 anos	122	8,6
45-55 anos	189	13,3
55-65 anos	90	6,4
> 65 anos	220	15,5
Nr	47	3,3
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Os dados permitiram verificar que é escassa a percentagem de indivíduos que residem no concelho há pouco tempo (menos de cinco anos). Por oposição, destaca-se que a maioria dos inquiridos vive no concelho há mais de quinze anos (cerca de 70%). Salienta-se também o percentual dos que residem há mais de 35 anos e que corresponde a 34,6%. Estes dados parecem revelar que o concelho de Cascais se afirma como um local a que é difícil aceder, e simultaneamente como um local onde se permanece para toda "a vida".

TABELA 11 - Distribuição dos inquiridos segundo o tempo de residência no concelho

Tempo Residência	Frequência	%
- de 5 anos	119	8,4
5-10	130	9,2
10-15	96	6,8
15-20	353	24,9
20-25	39	2,8
25-30	52	3,7
30-35	64	4,5
+ de 35 anos	492	34,6
Nr	73	5,1
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Questionados sobre a freguesia de residência, verificou-se que as duas freguesias que congregam a maioria dos inquiridos são S. Domingos de Rana e Alcabideche, que são as duas freguesias mais populosas do concelho.

TABELA 12 - Distribuição dos inquiridos segundo a freguesia de residência

Freguesia Residência	Frequência	%
Alcabideche	347	24,5
Carcavelos	89	6,4
Cascais	234	16,5
Estoril	124	8,7
Parede	192	13,5
S. Domingos de Rana	382	26,9
Nr	50	3,5
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

A composição do agregado familiar, dos inquiridos, revela que 90% tem no máximo dois menores no seu agregado familiar, conforme se pode ver no quadro seguinte. Saliente-se o elevado número de inquiridos que não responderam a esta questão (32,4%). Estes resultados podem ser analisados quer pela representatividade da população jovem na amostra, quer porque expressam uma tendência semelhante à que domina o país, onde se assiste a uma diminuição do número de filhos por casal, fruto de opções de vida (nomeadamente o número de filhos que se deseja ter, ou mesmo optar por não ter) e cada vez mais, de casamento tardios que contribuem igualmente para uma diminuição do número de descendentes (Wall, Aboim e Cunha, 2010)

TABELA 13 - Distribuição dos inquiridos segundo o número de menores no agregado familiar

Menores	Frequência	%
0	201	14,2
1	427	30,1
2	242	17,1
3	72	5,1
4	13	0,9
5	2	0,1
6	2	0,1
Nr	459	32,4
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Os dados obtidos permitem também revelar que cerca de 37,6% dos inquiridos não tem idosos no agregado familiar. Também aqui se verificou a tendência anterior, com um elevado número de não resposta, como se pode observar na tabela que se segue.

TABELA 14 - Distribuição dos inquiridos segundo o número de idosos no agregado familiar

Idosos	Frequência	%
0	533	37,6
1	186	13,1
2	133	9,4
3	24	1,7
4	13	0,9
5	1	0,1
6	2	0,1
7	1	0,1
8	1	0,1
9	3	0,2
Nr	521	36,7
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Quanto ao número de adultos que integram o agregado familiar, os dados revelam que predominam os agregados com dois e três adultos (69,6%), como se pode observar na tabela seguinte.

TABELA 15 - Distribuição dos inquiridos segundo o número de adultos do agregado familiar, a viver na habitação

Adultos	Frequência	%
0	16	1,3
1	222	17,7
2	566	45,1
3	307	24,5
4	118	9,4
5	19	1,5
6	5	0,4
7	1	0,1
8	1	0,1
Nr	16	1,3
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Os inquiridos foram também questionados sobre a presença de emigrantes no agregado familiar e os dados obtidos revelam que a maioria respondeu negativamente. Conforme se pode ver na tabela seguinte, apenas 10,8% refere ter emigrantes no seu agregado familiar. Salienta-se o reduzido número de agregados com imigrantes, num concelho que segundo dados da ACIDI (2007) tem o maior número de estrangeiros qualificados e não qualificados a viverem juntos e onde existe uma maior diversidade de imigrantes residentes.

TABELA 16 - Distribuição dos inquiridos segundo o número de familiares imigrantes

Fam. Imig.	Frequência	% Válida
Sim	151	10,7
Não	1246	88,8
Nr	21	1,5
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Os países de origem dos emigrantes são variados, mas podem ser agrupados em Brasil (31), Países Africanos de Língua Portuguesa (PALOP) em particular Angola (25), Cabo-Verde (11), Guiné (11) e Moçambique (10). Também os países de Leste têm uma importante comunidade no concelho onde se salienta a Moldávia (14) e a Rússia e a Ucrânia, com 4 cada. Relativamente a oriundos dos países europeus destaca-se a França (6), a Suíça (5) e a Inglaterra (4). Há também imigrantes vindos do continente Norte e Sul-Americano, Ásia e Oceânia, mas em número menos expressivo, confirmando a diversidade que carateriza o concelho.

Relativamente ao grau de instrução dos inquiridos, os dados indicam que 45,5% têm como habilitações o Ensino Secundário e que 21,2% tem uma licenciatura. Salienta-se que 2,9% referiram não ter qualquer grau de escolaridade, como se pode observar no quadro seguinte. Estes dados revelam números superiores à média nacional, onde apenas 12% da população tem formação superior e em que 13% completa o ensino secundário. Ainda segundo os dados preliminares dos Censos de 2011, 19% da população portuguesa permanece sem qualquer nível de ensino, número substancialmente mais elevado que o obtido pelas respostas dos inquiridos.

TABELA 17 - Distribuição dos inquiridos segundo o grau de instrução

Grau de Instrução	Frequência	%
Sem grau	41	2,9
EP/1ºciclo	181	12,8
5º/6º/2ºciclo	36	2,5
7º/8º/9º/3ºcicloEB	188	13,2
10º/11º/12º/Ens. Sec.	645	45,5
Ensino Sup.	301	21,2
Bacharelato	1	0,1
Doutoramento	1	0,1
Mestrado	3	0,2
Nr	21	1,5
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

A situação face ao mercado de trabalho revela que cerca de um terço é estudante e que é baixa a percentagem dos que se encontram desempregados (5,2%), conforme revela a tabela seguinte. Estes dados parecem claramente subestimados, face aos números do desemprego no concelho, que seguem as médias nacionais, segundo fonte da autarquia.

TABELA 18 - Distribuição dos inquiridos segundo a situação no mercado de trabalho

Mercado de Trabalho	Frequência	%
Empregado	482	34,0
À proc. 1º Emprego	69	4,9
Desempregado	74	5,2
Aposentado	264	18,6
Doméstica	3	0,2
Estudante	467	32,9
Total	1359	95,8
Nr	59	4,2
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

A proveniência do rendimento familiar dos inquiridos vem maioritariamente do salário mensal ou da Reforma/Pensão. Salienta-se o reduzido número de inquiridos que

atribuem a proveniência do rendimento ao RSI ou ao subsídio de desemprego. Verificou-se ainda que 6,6% dos inquiridos referiram não ter rendimentos.

TABELA 19 - Distribuição dos inquiridos segundo a proveniência do rendimento familiar

Prov. Rend. Familiar	Frequência	%
Salário Mensal	951	67,1
Reforma/Pensão	271	19,2
Subsídio de Doença	6	0,4
RSI	13	0,9
Sem Rendimentos	94	6,6
Comissão	2	0,1
Rendimentos prediais	3	0,2
Subsídio de Desemprego	2	0,1
Nr	76	5,4
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Relativamente ao rendimento mensal médio verificou-se que há uma distribuição dos inquiridos pelas diferentes categorias de rendimentos com a maioria a ter um rendimento máximo de 1399€. Salienta-se ainda que 23,4% dos indivíduos têm um rendimento mensal superior a 1800€. O rendimento mensal médio é de cerca de 1201€.

TABELA 20- Distribuição dos inquiridos segundo o rendimento mensal médio do agregado familiar

Rend. Mensal	Frequência	%
Menos de 450€	148	10,5
450-599€	145	10,2
600-999€	241	17,0
1000-1399€	261	18,4
1400-1799€	183	12,9
Mais de 1800€	332	23,4
Nr	108	7,6
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

6.2. Acessibilidade aos Serviços de Saúde

Relativamente às questões sobre a acessibilidade aos cuidados e serviços de saúde, começou por se inquirir os indivíduos sobre onde recorrem habitualmente numa situação de doença e verificou-se que a maioria recorre ao Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar (USF). A farmácia surge igualmente como um recurso a que os indivíduos recorrem quando confrontados com problemas de saúde/doença, como se pode observar na tabela seguinte.

TABELA 21 - Distribuição dos inquiridos segundo o local a que recorrem numa situação de doença

Local a que recorrem	Frequência	%
Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar (USF)	909	64,1
Clinica CUF	18	1,3
Clínica Médica	47	3,4
Farmácia	85	5,9
Médico CMC	2	0,1
Médico Particular	46	3,3
Serviço de Urgência Hospitalar	42	3,0
Outros	14	0,9
Nr	255	18,0
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Questionados sobre se estavam inscritos num Centro de Saúde ou USF no concelho de Cascais, verificou-se que a maioria (80,5%) se encontra de facto inscrita, como se pode constar pela observação da tabela seguinte.

TABELA 22 - Distribuição dos inquiridos segundo a inscrição num Centro de Saúde ou USF no concelho de Cascais

Inscrição no CS/USF	Frequência	%
Sim	1142	80,5
Não	242	17,1
Nr	34	2,4
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

No que se refere aos centros de saúde onde se encontram inscritos, verificou-se que as unidades de saúde de Alcabideche e Parede congregam a maioria dos inquiridos. Seguem-se depois as de Cascais e de S. Domingos de Rana, também com um número elevado de inscritos. Nesta questão aberta do questionário, os inquiridos usaram a terminologia que consideraram adequada para descrever o centro de saúde ou a unidade de saúde familiar em que estavam inscritos. Os resultados obtidos revelam a dificuldade que existe nesta população, em assimilar a nova nomenclatura das unidades de saúde que emergiram com a reforma dos cuidados de saúde primários. Assim, e na impossibilidade de saber exatamente a que corresponde a terminologia usada, que se afasta claramente da atual designação formal da maioria das unidades de saúde do concelho, e para não enviesar os dados, apresenta-se a tabela seguinte com a distribuição dos inquiridos, segundo as unidades de saúde, tal como as designaram.

TABELA 23 - Distribuição dos inquiridos segundo o Centro de Saúde ou USF em que estão inscritos

Nome do(a) CS/USF	Frequência	% Válida
"CS Alcabideche"	270	25,0
"CS Carcavelos"	20	1,9
"CS Cascais"	153	14,2
"CS Estoril"	32	2,9
"CS Parede"	290	26,9
"CS S. Domingos de Rana"	113	10,5
"USF de S. Domingos"	6	0,5
"CS Tires"	9	0,8
"CS S. João do Estoril"	104	9,6
"CS Alcais"	3	0,3
"USF Emergir"	14	1,3
"USF Cidadela"	13	1,2
"CS Costa do Estoril"	5	0,5
"CS Alvide"	2	0,2
"CS S. Domingos Gusmão"	13	1,2
"CS Oeiras"	12	1,1
"USF Kosmus"	5	0,5
"USF Marginal"	8	0,7
"CS Artemisa"	2	0,2
Outros (com uma refª)	5	0,5

88 (não estão inscritos)	242	17,1
Nr	97	6,8
Total	**1418**	100

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Questionados sobre se tinham médico de família, verificou-se também que a maioria dos inquiridos (72,9%) respondeu que tem médico de família, conforme se pode ver na tabela seguinte.

TABELA 24 - Distribuição dos inquiridos por ter/não ter médico de família

Médico de Fam.	Frequência	%
Sim	1034	72,9
Não	205	14,6
88 (não estão inscritos no CS/USF)	88	6,2
Nr	91	6,4
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Sobre o tempo médio de espera para a obtenção de uma consulta, verificou-se que a maioria dos inquiridos espera, em média, o máximo de duas semanas para conseguir uma consulta. Saliente-se que os que conseguem consulta no próprio dia, representam cerca de um quarto dos respondentes a esta questão.

TABELA 25 - Distribuição dos inquiridos segundo o tempo médio de espera para a obtenção de uma consulta

Tempo Médio para consulta	Frequência	% Válida
Próprio dia	272	19,1
Dia seguinte	75	5,3
Semana seguinte	172	12,1
Duas semanas	150	10,6
Um mês	248	17,5
Mais de um mês	265	18,7
Nr	236	16,7
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Relativamente às doenças crónicas, que existem no agregado familiar dos inquiridos, predominam as alergias, a hipertensão Arterial (HTA), a diabetes e as doenças cardíacas. Com exceção das alergias, as outras doenças referidas, são também as patologias crónicas mais prevalentes na população portuguesa.

TABELA 26 - Distribuição dos inquiridos segundo as doenças crónicas que existem no agregado familiar

Doenças Crónicas	Frequência	%
Hipertensão (HTA)	390	27,5
Diabetes	252	17,8
Doenças Cardíaca	219	15,4
Doença Mental	45	3,2
Doença Oncológica	92	6,5
Doenças Degenerativas	50	3,5
Doenças Osteoarticulares	211	14,9
AVC	95	6,7
Alergias	599	42,2
Doença Renal	81	5,7
Demências	22	1,6
Outras	48	3,4

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

O número médio de pessoas com doença crónica, no agregado familiar, varia entre um e dois, nas doenças que apresentam valores mais expressivos.

6.3. Estilos de Vida

Foi também solicitado aos inquiridos que dissessem qual a sua altura e o seu peso. Com estes dados pretendia-se calcular o índice de massa corporal (IMC) e através deste índice ser possível mapear a presença de excesso de peso, nesta população. Os dados obtidos revelam que da parte das mulheres/raparigas entrevistadas parece ter havido uma sobrestimação da sua altura, já que muitas referiram medir dois metros (2 m) o que inevitavelmente influencia o IMC calculado.

Apresentam-se de seguida os valores de IMC obtidos, por sexo dos inquiridos. No sexo feminino verificou-se que a maioria das mulheres tem o peso ideal. Este facto

pode resultar do aparente "inflacionamento" da altura declarada e o mesmo pode ter ocorrido com as 8,6% que apresentam baixo peso.

Verifica-se que um quinto das inquiridas tem peso excessivo e que cerca de 10% apresenta obesidade, embora os valores da obesidade de grau III sejam residuais.

TABELA 27 - Distribuição das inquiridas segundo o IMC

Intervalos de IMC	Frequência	Resultado	% de mulheres
< 18,5	71	Abaixo do peso	8,6 (20 com 2 m altura)
18,5 - 24,9	499	Peso ideal	60,1
25 - 29,9	175	Peso excessivo	21,1
30 - 34,9	71	Obesidade grau I	8,6
35 - 39,9	13	Obesidade grau II	1,6
≥ 40	1	Obesidade grau III	0,1
Total	**830**	**-**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

No sexo masculino verificou-se que a maioria dos homens/rapazes inquiridos, tal como havia acontecido com as mulheres, tem o peso ideal (69,8%). Aliás é maior a percentagem de homens/rapazes com o peso ideal. No sexo masculino os valores que remetem para uma situação abaixo do peso são pouco expressivos, mas já os que apresentam peso excessivo são cerca de 28%, como se pode verificar na tabela seguinte. Os homens apresentam ainda menores níveis de obesidade (nos três graus) que as mulheres.

TABELA 28 - Distribuição dos inquiridos segundo o IMC

Intervalos de IMC	Frequência	Resultado	% de homens
< 18,5	1	Abaixo do peso	0,2
18,5 - 24,9	322	Peso ideal	69,9
25 - 29,9	105	Peso excessivo	22,8
30 - 34,9	26	Obesidade grau I	5,6
35 - 39,9	6	Obesidade grau II	1,3

≥40	1	Obesidade grau III	0,2
Total	**461**	**-**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Quando foram solicitados a assinalar os alimentos que integraram as suas refeições nas últimas 24 horas, verificou-se que os inquiridos que responderam sobre a composição das referidas refeições, difere daqueles que tinham anteriormente dito que habitualmente não tomavam uma refeição diariamente. No quadro que se segue apresentam-se os dados dos inquiridos que indicaram a composição das refeições ingeridas nas últimas 24 horas.

TABELA 29 - Distribuição dos inquiridos segundo as refeições tomadas nas últimas 24 horas

Refeições	Frequência	%
Pequeno-almoço	1167	82,3
Almoço	1346	94,9
Lanche	1332	93,9
Jantar	1184	83,5
Ceia	719	50,7

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

A composição das refeições foi analisada qualitativamente e os alimentos referidos foram agrupados em várias categorias, consoante os casos.

No que se refere ao pequeno-almoço foi possível criarem-se três categorias, face à relativa homogeneidade dos alimentos assinalados. A primeira remete para o que pequeno-almoço constituído pelos alimentos mais clássicos nos hábitos alimentares ocidentais. A segunda inclui os doces (Hidratos de Carbono), considerado o mais indesejado. A terceira categoria inclui a fruta e o sumo natural.

Assim verificamos que cerca de 70% dos inquiridos tomou o pequeno-almoço clássico (Café e/ou leite, pão com fiambre e/ou queijo; torradas). Relativamente ao pequeno-almoço com doces (café e/ou leite; bolo e/ou croissant; pão com doce) ele foi ingerido por cerca de 15% dos indivíduos. O pequeno-almoço com fruta (sumo natural e/ou iogurte e/ou uma peça de fruta e/ou torradas e/ou pão com fiambre e/ou queijo) foi

tomado por cera de 10% dos respondentes.

Relativamente ao almoço, a criação de categorias tornou-se mais difícil devido à heterogeneidade dos alimentos referidos. Nesse sentido foram estabelecidas algumas categorias que remetem para o alimento central da refeição e para os acompanhamentos, para a salada e fruta.[30] Assim verificou-se que a carne (bife de vaca, Perú, frango, cozido ou outros) foi referida por 532 indivíduos. O peixe (desde o bacalhau ao salmão ou atum) como alimento definidor da refeição foi referido por 324 indivíduos. A *fast food* (hambúrgueres, pizzas, sandes, fritos) foi referida por 55. Os acompanhamentos mais referidos foram o arroz (207), a batata (155), a salada (117), a massa (77) e os legumes (76). A fruta integrou o almoço de 182 inquiridos. A sopa individualmente ou a integrar a refeição, foi referida por 164 inquiridos.

O grão e o feijão, leguminosas por excelência da alimentação mediterrânica, foram referidos apenas por cinco e 37 indivíduos respetivamente.

Registe-se que cerca de 25 inquiridos afirmam ter ingerido apenas sopa e fruta, fruta e leite, só sopa ou só cereais. O pão e/ou a água, também foram referidos por três inquiridos. O arroz como alimento único do almoço foi referido por cinco inquiridos.

Em relação ao almoço, salienta-se o fraco número de referências aos legumes, salada e fruta e por outro, o reduzido número de indivíduos que afirmaram ter ingerido *fast food* ao almoço.

Quanto ao lanche verifica-se que ele é constituído maioritariamente por pão\sandes\torradas\tostas. Existe um outro grupo que ingere bolos e/ou bolachas. Há aqueles ainda que optam por ingerir fruta e/ou iogurtes. Um outro grupo ingere só cereais. Quanto às bebidas que inquiridos tomam ao lanche destaca-se o leite, embora o café e o chá também estejam presentes, mas sejam ingeridos menor número de indivíduos.

No que se refere ao jantar, a carne (275) continuou a predominar em relação ao peixe (173). Os outros alimentos ingeridos foram de novo o arroz (142), depois a batata (86), os legumes (70), a massa (48) e o feijão (24). A *fast food* (105) também fez parte do jantar dos inquiridos, aqui com uma maior expressão do que ao almoço. A sopa esteve mais representada, do que ao almoço, com 230 inquiridos a firmar terem comido sopa ao jantar. A salada (89) e a fruta (159) foram referidas em menor número do que ao almoço. Os cereais, o leite e os iogurtes voltaram a estar presentes no jantar, mas sendo referidos

[30] Os inquiridos responderam sistematicamente que ao almoço por exemplo tinham ingerido "arroz de pato"; "cozido à portuguesa"; "saladas" ou "bife com batatas fritas e salada" ou seja, descreveram maioritariamente apenas o nome do prato e não os diferentes tipos de alimentos ingeridos, como aconteceu em relação ao pequeno-almoço.

por poucos indivíduos. Tomaram a refeição completa (sopa, carne e/ou peixe, salada e fruta), 41 inquiridos. Ingeriram apenas sopa, 21 indivíduos.

A ceia foi a refeição que apresentou menos variedade de alimentos ingeridos. Os alimentos referidos foram o leite (40) os iogurtes (44), os cereais (11) e o pão por 26 indivíduos.

Questionados sobre as questões alimentares, verificou-se que a maioria (59,6%) dos inquiridos habitualmente não toma uma refeição ao longo do dia, como se pode ver na tabela que se segue.

TABELA 30 - Distribuição dos inquiridos segunda a omissão diária de uma refeição

Omissão de Refeição	Frequência	%
Sim	845	59,6
Não	550	38,8
Nr	23	1,6
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Quando se solicitou que identificassem a refeição que omitem, 32,9%, afirmou que essa refeição era a ceia. Os valores obtidos revelam ainda que existem inquiridos que omitem mais do que uma refeição.

TABELA 31 - Distribuição dos inquiridos segundo a refeição que habitualmente não tomam

Ref. que não tomam	Frequência	%
P. alm.	391	27,5
Almoço	394	27,8
Lanche	396	27,9
Jantar	391	27,5
Ceia	467	32.9

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Os principais motivos apresentados para não tomar habitualmente uma das refeições, dirigiram-se especificamente para o pequeno-almoço, lanche e ceia. O único que está presente nas três refeições é o fator tempo (ou a falta dele).

O pequeno-almoço não é habitualmente tomado porque:

- *Não tenho fome quando acordo;*
- *Falta de tempo;*
- *Fico mal disposta se comer logo de manhã;*
- *Não consigo comer de manhã;*
- *Tem de se economizar;*

No que se refere ao lanche as razões aduzidas são:

- *Não tenho tempo;*
- *Não sinto necessidade;*
- *Não tenho esse hábito;*
- *Não tenho fome;*
- *Não há dinheiro;*
- *Almoço tarde;*
- *Para ter apetite para o jantar.*

No que se refere à ceia, apontam-se motivos como:

- *Falta de hábito;*
- *Falta de tempo.*
- *Preguiça;*
- *Não considero saudável comer antes de ir dormir;*
- *Janto muito tarde;*
- *Ainda se está a fazer a digestão do jantar;*
- *Deito-me cedo e não sinto necessidade;*
- *Porque engorda;*
- *Não sinto fome.*

Os inquiridos não apresentaram motivos que justifiquem porque não jantam ou almoçam.

De facto nos últimos anos tem-se assistido a uma mudança no padrão clássico das refeições associada aos estilos de vida atuais e que tende a contrariar a lógica dominante da promoção da saúde, onde se preconiza as cinco refeições diárias. Assim, assiste-se hoje a uma prevalência das duas ou três refeições principais (Pequeno-almoço; almoço e jantar), essencialmente nos adultos. Nos jovens, o lanche parece continuar a ser uma refeição principal e nos idosos a ceia, mantem a sua importância (jantam habitualmente cedo, quer em casa, quer quando estão institucionalizados).

Também as questões do corpo, objeto de culto por excelência, impõem novas preocupações, que no extremo podem levar à eliminação de refeições principais. Associa-se a este facto, tratar-se de um concelho balnear, onde a cultura do corpo assume contornos ainda mais marcantes. Aliás, as referências ao excesso de peso (gordo) surgem como motivos apontados para não tomarem habitualmente algumas das refeições (lanche e ceia).

Questionados sobre os locais onde mais frequentemente tomam as suas refeições, verificou-se que a maioria dos inquiridos assume tomar frequentemente as suas refeições em casa. O facto de cerca de um terço dos inquiridos serem estudantes e o rendimento médio dos inquiridos parece ser as explicações que sustentam a opção maioritária nesta questão.

TABELA 32 - Distribuição dos inquiridos segundo os locais onde mais frequentemente tomam as suas refeições

Locais	Frequência	%
Casa	1349	95,1
Restaurante	140	9,8
Cantina/Refeitório	347	24,5
Centro de Dia	33	2,3
Automóvel	2	0,1

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Questionados sobre o consumo de bebidas alcoólicas às refeições, os inquiridos afirmaram maioritariamente (75,4%) não ingerir vinho, como se pode ver na tabela seguinte.

TABELA 33 - Distribuição dos inquiridos segundo o consumo de vinho às refeições

Vinho à Refeição	Frequência	%
Sim	96	6,8
Não	1069	75,4
Nr	253	17,8
Total	**1418**	**100,0**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Dos 96 inquiridos que afirmaram ingerir diariamente vinho às refeições 73 referiram beber um copo e dezanove inquiridos ingere dois copos de vinho. Os restantes (12) bebem três ou mais copos de vinho à refeição. O facto de os inquiridos tomarem, maioritariamente, a refeição em casa ou na cantina/refeitório do local de trabalho, pode justificar os resultados obtidos.

Também a ingestão diária de cerveja às refeições, não faz parte dos hábitos destes indivíduos. Verifica-se que apenas 25 (1,8%) o faz. Aqueles que ingerem cerveja diariamente às refeições bebem maioritariamente entre um e três copos de cerveja.

Os indivíduos foram também questionados sobre o consumo diário de vinho fora das refeições. A tendência foi a mesma já referida. Apenas 0,7% dos indivíduos respondeu afirmativamente. Os dez inquiridos que assumem beber vinho, ingere entre um a três copos.

Também em relação ao consumo diário de cerveja fora das refeições, se obtém valores muito baixos, com 4% dos indivíduos a assumir o consumo. Os que consomem cerveja fora das refeições bebem entre um a cinco copos.

TABELA 34 - Distribuição dos inquiridos segundo o consumo diário de cerveja fora das refeições

Cerveja fora das refeições	Frequência	%
Sim	57	4,0
Não	1107	78,1
Nr	254	17,9
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Também em relação à ingestão diária de bebidas brancas fora das refeições se verificou que apenas 3,7% afirma fazê-lo. As bebidas brancas ingeridas por estes indivíduos

são as contantes na tabela seguinte.

TABELA 35 - Distribuição dos inquiridos segundo as bebidas brancas que consomem fora das refeições

Bebidas brancas	Frequência
Vodka, Whiskey, Absinto, Golden strike	13
Amêndoa Amarga	2
Whiskey	2
Vodka Martini	11
Vodka	12
Vodka Preta	2
Nr	15
Total	**57**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Atendendo a que cerca de 50% dos inquiridos tem menos de 25 anos, questiona-se os baixos consumos de bebidas alcoólicas, nomeadamente cerveja, dentro e fora das refeições e bebidas brancas fora das refeições, expressos pelos dados.

Os inquiridos foram igualmente questionados sobre se fumavam. Verificou-se que 14,9% respondeu afirmativamente, como se pode ver na tabela seguinte.

TABELA 36 - Distribuição dos inquiridos segundo o ato de fumar

Fuma	Frequência	%
Sim	212	14,9
Não	1191	84,0
Nr	15	1,1
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Daqueles que referiram fumar, apenas uma parte se pronunciou sobre o número de cigarros que fuma diariamente. Na tabela seguinte apresentam-se os dados relativos ao consumo de cigarros por parte dos fumadores. A maioria fuma até vinte cigarros por dia e 46,2% fumam até dez cigarros.

TABELA 37 - Distribuição dos inquiridos segundo o número de cigarros consumidos diariamente

Nº de Cigarros	Frequência	%
Menos de 10	98	46,2
10 – 20	62	29,3
20 – 30	33	15,6
Mais de 30	3	1,4
Nr	16	7,5
Total	**212**	**100,0**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Os dados recolhidos permitiram também observar que a maioria dos inquiridos não consome habitualmente drogas ilícitas, como se pode ver na tabela seguinte.

TABELA 38 - Distribuição dos inquiridos segundo o consumo de drogas ilícitas

Consumo		Frequência	%
Cocaína	Sim	6	0,4
	Não	1130	79,6
Heroína	Sim	6	0,4
	Não	1129	79,6
Haxixe	Sim	42	2,9
	Não	1095	77,2
Ecstasy	Sim	8	0,6
	Não	1129	79,6
Outra	Sim	42	2,9
	Não	1093	77,1

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Verificou-se que aqueles que assumiram consumir drogas ilícitas o fazem semanal ou mensalmente. O número dos que o fazem diariamente é reduzido, conforme se pode ver na tabela que se segue.

TABELA 39 - Distribuição dos inquiridos segundo a periodicidade do consumo de drogas ilícitas

Periodicidade do consumo	Frequência	%
Diária	12	11,5
Semanal	31	29,8
Mensal	21	20,2
Quando há dinheiro	6	5,8
Socialmente	1	0,9
Muito raramente	1	0,9
NR	32	30,9
Total	**104**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

6.4. Perceções de Saúde e Promoção da Saúde

Quando se solicitou aos inquiridos que enunciassem um acontecimento, que no último mês, tenha sido benéfico para a sua saúde, verificou-se que a esmagadora maioria (com cerca de 80% de referências diretas ou indiretas) identificou várias situações todas ligadas, direta ou indiretamente, à prática de atividade física, assumindo lugar de destaques as *caminhadas*, o ter começado a *praticar exercício físico*, a ida a *aulas de educação física* (gerais) ou de determinadas modalidades, a *ginástica*, as *idas ao ginásio*, *o correr*, o *ter começado a andar a pé*. Também as *idas à praia*, o *convívio* e os *passeios*, foram um acontecimento considerado benéfico para a saúde dos inquiridos. O ter iniciado uma *dieta* ou ter *mudado a alimentação* foi igualmente importante para alguns dos inquiridos. No mesmo sentido foi considerado benéfico o ter *deixado de fumar*. Ter tido *férias* e um *nascimento* na família (filhos ou netos), foi igualmente considerado um acontecimento benéfico para a saúde. A *consulta médica*, com um diagnóstico favorável, revelou-se igualmente benéfica para alguns dos indivíduos, no último mês.

O acontecimento prejudicial para a saúde, no último mês, que os inquiridos mais referiram encontra-se, direta ou indiretamente, ligado à *alimentação*, nomeadamente a

ingestão de alimentos considerados pouco saudáveis, os excessos alimentares e a pouca atenção dada aos alimentos que se ingerem. Associado a esta questão está também o *aumento de peso corporal*, considerado um acontecimento prejudicial à saúde. Outro dos acontecimentos referido por muitos dos inquiridos remete para questões de *doença*, do próprio ou de familiares e também para a *morte* de familiares. Igualmente com muitas referências por parte dos inquiridos encontram-se as questões ligadas ao *excesso de trabalho*, ao *cansaço contínuo* e ao *stress*. As questões ligadas ao *sono*, assumem também especial importância, quer sejam as insónias, quer a falta de tempo para dormir ou mesmo o dormir pouco. Foram acontecimentos também considerados prejudiciais à saúde, no último mês, o *consumo excessivo de álcool* em certas ocasiões (festas, concertos) e o *consumo de tabaco*, quer ativo, quer passivo. A *falta de exercício físico* e/ou o *sedentarismo*, também foram referidos. Os inquiridos também assinalaram a *crise atual*, como um acontecimento prejudicial para a saúde. Os *divórcios* foram igualmente mencionados como um acontecimento marcante, em termos de saúde, no último mês. Uma referência ainda para os inquiridos que referiram as *constantes mudanças de tempo*, como um acontecimento prejudicial à sua saúde.

Questionados sobre como consideravam o seu estado de saúde 49,8% dos inquiridos referiu que o seu estado de saúde era razoável. Consideraram o seu estado de saúde como bom ou muito bom 28,4% dos inquiridos e consideraram negativamente o seu estado de saúde 18,7%, conforme se pode ver na tabela seguinte. Os dados revelam uma autoapreciação globalmente positiva do estado de saúde, por parte dos inquiridos.

TABELA 40 - Distribuição dos inquiridos segundo a autoavaliação do estado de saúde

Estado de saúde	Frequência	%
Muito Bom	146	10,3
Bom	257	18,1
Razoável	706	49,8
Mau	265	18,7
Nr	44	3,1
Total	**1418**	**100,0**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Quando inquiridos sobre se a saúde é um assunto que, de um modo geral, os preocupa, os inquiridos responderam afirmativamente, como se pode observar no quadro seguinte.

TABELA 41 - Distribuição dos inquiridos segundo as preocupações com a saúde

Preocupa-se com a Saúde	Frequência	%
Sim	970	68,4
Não	415	29,3
Nr	33	2,3
Total	**1418**	**100,0**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

A maioria dos indivíduos justifica a sua preocupação com a saúde quer seguindo uma conceção positiva da saúde, quer referindo os acontecimentos negativos, associados à perda da saúde. No quadro seguinte apresentam-se as principais categorias analíticas que derivaram das respostas obtidas. No primeiro tema - a saúde positiva – foram categorizadas todas as respostas que partem da saúde para justificar a sua importância. Neste caso a saúde equivale à vida ou à felicidade. A saúde é também associada ao bem-estar físico e mental e é ainda percecionada como um bem precioso que se tem. O papel instrumental da saúde não é esquecido e por isso, com saúde pode-se "fazer tudo".

No segundo tema a saúde é definida por oposição à doença e as respostas ressaltam a importância de cuidarem da saúde sempre a partir dos desconfortos e medos associados à doença. Assim, muitos inquiridos começam a sua resposta "a doença é muito complicada" ou " a doença é o pior de tudo". Nas categorias referidas salienta-se a menção à falta de recursos e ao empobrecimento do país, considerados importantes para prevenir a doença, e manter a saúde. Também a idade/envelhecimento são associados a uma maior necessidade de evitarem a doença e cuidarem da saúde.

Estas duas temáticas a que as respostas dos inquiridos deram acesso, são clássicas nas conceções leigas e encontram-se vários estudos que apresentam resultados semelhantes (Herzlich, 1969; Herzlich e Pierret, 1991).

Quadro 5 – Como justificam a sua preocupação com a saúde

Temas	Principais Categorias
	Vida
	Felicidade
	Alegria
	Qualidade de vida

Saúde Positiva	Bem-estar físico e mental
	"Corpo são em mente sã"
	O nosso maior bem
	Poder fazer tudo
	O corpo e a mente são instrumentos de trabalho
	Tranquilidade, confiança e segurança
Saúde em oposição a doença	Idade e envelhecer
	Não gosto de estar doente
	A doença é pior de tudo
	Falta de recursos e empobrecimento do país
	Prevenir a doença
	Não quero morrer
	Não quero sofrer
	Medo de ficar dependente

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Ao analisarmos as respostas dos inquiridos sobre se fazem tudo ao seu alcance para cuidar da sua saúde, procedemos igualmente a uma categorização em grandes temas, devido à heterogeneidade dos dados obtidos. Verificou-se que os indivíduos que dizem que fazem tudo para cuidar da saúde incidem sobre os mesmos comportamentos, que os inquiridos que afirmam não fazer tudo ao seu alcance para cuidar da saúde, conforme se pode observar no quadro seguinte.

De facto aqueles que afirmam fazer tudo pela saúde, justificam a sua opção com a procura de serviços/cuidados de saúde/*check-ups*/exames complementares de diagnóstico e adesão aos regimes medicamentosos necessários. Da mesma forma, justificam-se com a prática regular de exercício físico e alimentação equilibrada, assinalando ainda que não fumam e tentam manter um padrão de sono adequado a cada um.

Aqueles que dizem não fazer tudo ao seu alcance para cuidar da saúde justificam referindo que não vão ao médico, que não fazem rastreios regulares, que não tomam "nada", que não praticam desporto e que não têm/fazem uma alimentação equilibrada. Referem também as poucas horas que dormem e o facto de serem fumadores. Nestas respostas salienta-se a importância (tanto nas respostas "positivas" como "negativas") que é atribuída às práticas de vigilância médica e aos estilos de vida para cuidar da saúde, numa clara delimitação de esferas de competência entre o que é possível fazer individualmente (atuar sobre os estilos de vida) e o que é pertença do domínio médico (rastreios, exames, medicamentos). Há claramente uma responsabilidade partilhada pela saúde, que emerge das respostas dos inquiridos.

Quadro 6 – O que fazem para cuidar da saúde

Temas	Principais Categorias
Procura de cuidados de saúde e de estilos de vida saudáveis (respostas afirmativas e negativas)	Consultas médicas/regime medicamentoso/ECD
	Adesão (ou não) à prática regular de exercício físico
	Alimentação equilibrada e/ou erros alimentares
	Tabaco
	Padrão de Sono
Constrangimentos para cuidar da saúde (respostas negativas)	Dificuldades económicas
	Falta de tempo
	Necessidade de cuidar da família
	Falta de vontade / Desmotivação

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Quando questionados sobre qual consideram ser a maior dificuldade para cuidarem da sua saúde, os inquiridos referem dificuldades de natureza individual e de natureza socioeconómica e social. Ao nível das dificuldades individuais, a falta de tempo surge como a dificuldade mais salientada. As questões relacionadas com o trabalho, o *stress* e o cansaço são igualmente referidos como dificuldades com que se debatem, tal como a desmotivação e o desinteresse que são igualmente admitidos como impeditivos de cuidarem da saúde. A nível socioeconómico e social destacam-se as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e as dificuldades financeiras, muito presente nas justificações apresentadas. Também a falta de apoios (*quem me leve, quem cuide de mim*) é salientada pelos inquiridos.

Quadro 7 – Maior dificuldade para cuidar da saúde

Temas	Principais Categorias
Questões individuais	Falta de Tempo
	Atividade Profissional
	Stress/Cansaço
	Desmotivação / falta de interesse
Questões socioeconómicas	Acessibilidade aos serviços de saúde (falta de médicos / tempo de espera / transportes)
	Dificuldades Financeiras
	Falta de apoios

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Para a maioria dos inquiridos a prática de atividade física regular é importante para a saúde. Como se pode verificar na tabela que se segue, em que 97% salientaram essa importância.

TABELA 42 – Distribuição dos inquiridos sobre a importância atribuída à prática regular da atividade física

	Frequência	%
Sim	1375	97,0
Não	20	1,4
Nr	23	1,6
Total	**1418**	**100,0**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Questionados sobre se costumam fazer exercício físico regular para a manutenção da saúde, constatou-se que a maioria dos indivíduos respondeu afirmativamente. No entanto há quase 30% que não pratica regularmente exercício físico, o que manifesta alguma concordância com questões anteriores, em que os inquiridos salientavam precisamente a importância de fazerem exercício físico.

TABELA 43 – Distribuição dos inquiridos a prática regular de exercício físico

	Frequência	%
Sim	972	68,5
Não	411	29,0
Nr	35	2,5
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

6.5. As representações da promoção da saúde no concelho

As principais medidas/iniciativas que os inquiridos consideram que devem ser implementadas no concelho de Cascais para promover a saúde apresentam-se no quadro seguinte. Destas, destacam-se claramente as relacionadas com a prática do exercício

físico, em todas as suas vertentes. Também a promoção de campanhas e de debates sobre estilos de vida saudáveis são iniciativas que gostariam de ver implementadas no concelho. Saliente-se ainda, as referências feitas, novamente, à acessibilidade aos serviços de saúde, que segundo expressam deveriam ser melhoradas, aos mais variados níveis.

Quadro 8 – Distribuição dos inquiridos as principais medidas/iniciativas que devem ser implementadas no concelho de Cascais para promover a saúde

Principais Categorias
Aumentar a oferta de equipamentos para a prática de exercício físico ao ar livre (circuitos de manutenção/ciclovias/piscinas/campos de futebol)
Acesso gratuito a atividades de exercício físico (mais ginásios e aulas grátis nos jardins do concelho, no paredão, na marginal,...)
Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde (mais médicos/mais rastreios/mais transportes)
Ações de sensibilização e campanhas de divulgação (alimentação nas escolas/alimentação saudável/exercício físico)
Promoção de *ateliers*, cursos, debates, *workshops*, encontros temáticos (alimentação saudável, exercício físico...)
Limpeza e higiene das ruas
Atividades para os idosos

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Os inquiridos consideram maioritariamente que um concelho saudável é aquele que dispõe de espaços desportivos e que incentiva os seus munícipes à prática do exercício físico. Deve dispor também de espaços de lazer, que permitam o convívio entre os indivíduos. A promoção das acessibilidades aos cuidados de saúde/serviços de saúde é outra das caraterísticas definidoras de um concelho saudável, tal como a promoção da saúde. A preservação do ambiente e dos espaços verdes e a ausência de poluição também se revelam importantes. Da mesma forma, preocupa-se com os munícipes, com a sua saúde e bem-estar, com a sua qualidade de vida, com a equidade, com a justiça e cidadania. Todos estes aspetos são fundamentais num concelho saudável. Salienta-se ainda que para muitos dos inquiridos Cascais congrega a representação de um concelho saudável, como se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 9 – Opinião sobre o que é um concelho saudável

Principais Categorias
Espaços desportivos e de lazer
Boas acessibilidades aos cuidados/serviços de saúde
Promove a saúde
Preserva o ambiente
Espaços verdes
Preocupa-se com a saúde e o bem-estar dos munícipes

Promove a qualidade de vida dos cidadãos
Promove a cidadania a equidade e justiça
Onde as pessoas se sentem bem
Sem poluição
Cascais

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

A maioria dos inquiridos considera que Cascais é um concelho saudável, o que é concordante com as respostas à questão anterior.

TABELA 44 – Distribuição dos inquiridos sobre se Cascais é um concelho saudável

	Frequência	%
Sim	1063	75,0
Não	212	14,9
Nr	143	10,1
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Os motivos apresentados para justificarem que Cascais é um concelho saudável residem em ter praia e serra, logo ar puro e espaços verdes, ter bons cuidados de saúde e promover estilos de vida saudáveis.

Aqueles que não consideram Cascais um concelho saudável, usam as mesmas categorias argumentativas, mas referem-nas como ausentes.

Quadro 10 - Motivos porque Cascais é um concelho saudável

Temas	Principais Categorias
Respostas afirmativas	Praia e Serra (ar puro, espaços verdes)
	Espaços Verdes para a prática de exercício físico ao ar livre
	Bons cuidados de saúde
	Limpo e sem poluição
	Promove estilos de vida saudáveis (desporto, atividade física, saúde publica)
Respostas negativas	Poucos espaços verdes
	Pouca promoção da saúde e dificuldades de acesso a cuidados de saúde
	Poluição (lixo, trânsito)
	Muitas assimetrias

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

As representações de saúde dos inquiridos constroem-se, em torno do ser e do ter. A saúde permite que se seja feliz, que se seja positivo. Quando se tem saúde, tem-se autonomia e qualidade de vida. Mas a saúde também significa, não ter dores, sofrimento ou não ter que recorrer ao médico. Assim, pode dizer-se que para os inquiridos a saúde é representada, numa dimensão subjetiva, quando ela dá acesso à felicidade ou à boa disposição. Numa outra ela é representada a partir da definição da OMS, que tem sido generalizada entre os leigos, que se constrói com base nos conceitos de bem-estar físico, psicológico, social e espiritual e onde a qualidade de vida também marca presença. A terceira dimensão emerge da oposição à doença e/ou sofrimento ou seja, nesta conceção a saúde é, não estar doente.

Quadro 11- O que significa ter saúde

Principais Categorias
Sensação de Bem-estar
Ser feliz/ser positivo/ter boa disposição
O bem mais precioso/a maior riqueza/o melhor do mundo
Ter autonomia/não depender de outros
Ter um estilo de vida saudável (alimentação, exercício físico, sono, tabaco, álcool)
Bem-estar físico e psicológico (também social e espiritual)
Ter qualidade de vida
Ausência de doenças/Ausência de Dores/Ausência de sofrimento
Não necessitar de ir ao médico/não necessitar de medicação

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Por fim questionaram-se os inquiridos sobre se pudessem escolher, se mudariam de local residência. Os dados revelam que, maioritariamente (78,2%), os inquiridos não mudariam o seu local de residência.

TABELA 45 – Distribuição dos inquiridos sobre se mudariam de local de residência

Mudança de local de Residência	Frequência	%
Sim	118	8,3
Não	1108	78,2
Nr	191	13,5
Total	**1418**	**100**

Fonte: dados do questionário à população do concelho de Cascais (2012)

Aqueles que gostariam de mudar o seu local de residência desejam ir essencialmente para a freguesia de Cascais (junto do mar, centro da vila, Torre ou a incontornável Quinta da Marinha). Todas as restantes freguesias do concelho seriam também locais de mudança para alguns dos inquiridos com Carcavelos e Estoril a serem os locais mais desejados, depois de Cascais. As freguesias de S. Domingos de Rana e a Parede surgem a seguir nas preferências para uma eventual mudança.

As justificações para a possível mudança de local centram-se mais nas caraterísticas do lugar desejado, do que nos aspetos negativos do local onde residem e relacionam-se com a existência de infraestruturas e serviços, o estar próximo de familiares, ser perto da praia ou do mar, apresentar pouca densidade populacional, ter espaços verdes, ar mais puro, ter espaço para caminhar, poluição, ter qualidade da construção, acessibilidades e ordenamento do território.

Principais Conclusões

As principais conclusões que emergem dos dados obtidos com a aplicação do questionário são:

- A média idades é demasiado baixa para ser representativo da população do concelho;

- O sexo feminino predomina;

- O agregado familiar tem em média um reduzido número de menores de 18 anos, adultos e idosos;

- É reduzido o número de agregados familiares com população imigrante;

- Os inquiridos apresentam habilitações literárias superiores às médias nacionais;

- O salário médio é mais elevado que o salário médio do país;

- Em situação de doença recorrem maioritariamente ao CS/USF;

- A maioria está inscrita num CS e num médico de família e esperam o máximo de duas semanas para conseguirem uma consulta no CSS/USF, embora cerca de 30% a consiga obter no próprio dia ou dia seguinte;

- As doenças crónicas mais prevalentes no agregado familiar são as alergias, a HTA, a diabetes e as doenças cardiovasculares;

- A maioria dos inquiridos tem o peso ideal e a percentagem de mulheres com obesidade e baixo peso é superior à dos homens;

- O pequeno-almoço e a ceia são as duas refeições, que os inquiridos habitualmente não tomam;

- No almoço e jantar dos inquiridos predominam a carne e o peixe e escasseiam a salada e a fruta;

- É residual a percentagem de indivíduos que afirma ingerir *fast food*;

- As refeições são maioritariamente tomadas em casa;

- A maioria não ingere bebidas alcoólicas nem às refeições, nem fora das refeições;

- A maioria dos inquiridos não fuma e não consome drogas ilícitas;

- A prática regular de atividade física, foi maioritariamente salientado como o acontecimento que no último mês, se revelou mais benéfico para a saúde;

- O acontecimento prejudicial à saúde, no último mês, esteve direta ou indiretamente ligado às questões alimentares e aumento de peso;

- Perto de 50% afirma ter um estado de saúde razoável;

- A maioria preocupa-se com a saúde e justifica-se evocando uma conceção de saúde positiva ou uma conceção em que a saúde se opõe à doença;

- A conceção expressa sobre o que fazer para cuidar da sua saúde inclui a procura de cuidados de saúde e estilos de vida saudáveis (recurso a serviços/cuidados de saúde/*check-ups*/exames complementares de diagnóstico, adesão a regimes medicamentosos, prática regular de exercício físico, alimentação equilibrada, não fumar e manter um padrão de sono regular);

- Os constrangimentos sentidos para cuidar da saúde dividem-se em individuais (falta de tempo, cansaço, atividade profissional e desmotivação) e socioeconómicos (acessibilidade aos serviços de saúde, dificuldades económicas e falta de apoios);

- A atividade física é importante para a saúde e é praticada pela maioria (embora com percentagens diferentes);

- As três principais medidas a serem implementadas no concelho de Cascais, para promover a saúde, segundos os inquiridos, são o aumento da oferta de equipamentos para a prática de exercício físico ao ar livre (circuitos de manutenção/ciclovias/piscinas/campos de futebol), o acesso gratuito a atividades de exercício físico (mais ginásios e aulas grátis nos jardins do concelho, no paredão, na

marginal,...) e a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde (mais médicos/mais rastreios/mais transportes);

- Um concelho saudável é aquele que, essencialmente, oferece espaços desportivos e de lazer, boas acessibilidades aos cuidados/serviços de saúde, promove a saúde, preserva o ambiente e os espaços verde e que se preocupa com a saúde e o bem-estar dos munícipes;

- A maioria considera Cascais um concelho saudável porque tem praia e serra, espaços verdes para a prática de exercício físico ao ar livre, bons cuidados de saúde, não tem poluição e promove estilos de vida saudáveis (desporto, atividade física, saúde publica).

- A representação de saúde dos inquiridos assenta em três categorias o ser, o ter e na oposição à doença. Ou seja, a saúde permite que se seja feliz, quando se tem saúde, tem-se autonomia e qualidade de vida e a saúde é, não estar doente;

- A maioria dos indivíduos não mudava de local de residência;

- Os que mudavam elegiam locais na freguesia de Cascais;

- As justificações para a eventual mudança de local de residência centram-se mais nas caraterísticas do lugar desejado, do que nos aspetos negativos do local onde residem.

Por fim, não pode deixar de se salientar a importância constantemente atribuída, aos estilos de vida saudáveis e em particular ao exercício físico, em todas as questões relacionadas com a saúde. O fato de Cascais ser um concelho balnear e com níveis de desenvolvimento superiores à média do país, parece dar um protagonismo central ao corpo que se mostra e se exibe quotidianamente. Verificou-se que em muitas das questões sobre saúde, os cuidados com a saúde são frequentemente transmutados em cuidados com o corpo - aquele que se tem e aquele a que se aspira. Se a prática de exercício físico é saudável, na população inquirida, ela sobretudo parece dar acesso ao corpo que se deseja expor em público.

Também merecem referência os baixos níveis de consumo de substâncias nocivas à saúde (*fast food*, álcool, cigarros e drogas ilícitas). As possíveis explicações para este fato podem residir na adoção consolidada, por parte dos inquiridos, de hábitos e estilos de vida saudáveis ou em questões de enviesamento amostral.

7

ANÁLISE SWOT

Apresentam-se neste capítulo, a análise *SWOT* de todo o material empírico recolhido durante este estudo. Enquanto ferramenta de planeamento estratégico ela afigura-se decisiva para sustentar as linhas orientadoras da estratégia de suporte à intervenção na promoção da saúde.

Forças	Fraquezas
- Dinâmica institucional favorável à promoção da saúde; - Infraestruturas e recursos; - Experiência acumulada na realização de projetos de promoção da saúde; - Alguns projetos realizados segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde; - Investimento substancial em projetos de promoção da saúde internos e externos à autarquia; - Existência de parcerias com os setores social e privado, em promoção da saúde; - Níveis de envelhecimento dos mais baixos do país; - Ambiente físico e natural do concelho.	- Fortes assimetrias concelhias; - Desigualdades geográficas; - Fragilidades do sistema de monitorização e avaliação dos projetos de promoção da saúde (sistema de indicadores de impacto); - Grande diversidade de projetos realizados; - Falta de articulação em torno de objetivos comuns entre os diversos departamentos e divisões municipais; - Aumento potencial das desigualdades, resultado da atual crise económica; - Ausência de um diagnóstico de saúde concelhio.
Oportunidades	**Ameaças**
- Sentido social, económico e político da saúde para o concelho; - Futuro *cluster* da saúde no concelho; - Poder de atratividade do concelho; - *Stakeholders* motivados e expectantes; - Elevada qualificação da população; - População jovem; - Plataforma Saúde na Escola; - Munícipes sensibilizados para a adoção de estilos de vida saudáveis.	- Alguns s*takeholders* com conceções epidemiológicas da saúde; - Pressão do curto prazo para a obtenção de resultados; - Custos inerentes a realização do diagnóstico de saúde concelhio; - Custos inerentes à construção da base de indicadores de saúde e de determinantes sociais da saúde concelhios; - Dimensão e heterogeneidade da comunidade imigrante.

Os resultados obtidos com a análise *SWOT* realizada permitem, em termos de contexto interno, analisar as principais forças e fraquezas da CMC, no sentido de impedir que estas últimas limitem as hipóteses de tirar partido das oportunidades patentes no contexto externo. Verifica-se que as forças inerentes ao ambiente interno se congregam numa dinâmica institucional favorável à promoção da saúde, na existência de infraestruturas e recursos, na experiência acumulada na realização de projetos de promoção da saúde e no investimento substancial em projetos de promoção da saúde internos e externos à autarquia. O que se pretende é que na aposta futura na promoção da saúde estas forças se consubstanciem no fundamento desse novo modelo que se pretende implementar. Isto significa que a CMC não terá de partir do ponto zero, visto que estas forças associadas a outras, como o ambiente físico e natural do concelho, os projetos já realizados segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde e a existência de parcerias com os setores social e privado, se constituem como fortes pontos de apoio à estratégia futura.

As fraquezas que dominam o ambiente interno, decorrem das desigualdades sociais que se verificam no concelho com eventuais contributos importantes por parte da atual crise económica que se vive (fortes assimetrias concelhias; desigualdades geográficas; aumento potencial das desigualdades, resultado da atual crise económica). A aposta num modelo de promoção da saúde apoiado na lógica dos determinantes sociais da saúde parece ser o caminho indicado para eliminar estes constrangimentos, pois um dos objetivos essenciais da atuação segundo os determinantes sociais da saúde é precisamente eliminar ou atenuar as desigualdades entre os indivíduos ou grupos. Dentro das fraquezas internas salienta-se a carência de um verdadeiro trabalho intersectorial, ao nível da promoção da saúde. Ora a intersetorialidade é outro dos requisitos operacionais da atuação em promoção da saúde segundo os determinantes sociais da saúde. Assim, ao adotar este modelo de atuação, inerentemente a CMC, irá atuar sobre a intersetorialidade e ultrapassar esta fraqueza. A ausência de um diagnóstico de saúde concelhio e a criação de um sistema de indicadores de impacto são fraquezas que poderão resultar em forças para a CMC, se em conjunto com os restantes parceiros, aproveitar recursos e vontades e estabelecer formas de atuação conjunta que permitam superar as fraquezas analisadas. De fato, o atual estudo permitiu revelar que se há um conjunto de fraquezas internas, a CMC dispõe de um conjunto de oportunidades que não deve ignorar nem desaproveitar, a nível externo.

Ao analisar as principais oportunidades e ameaças que a CMC enfrenta na implementação da promoção da saúde sustentada no modelo dos determinantes sociais da saúde, considera-se que na sua atuação, a autarquia, deve assentar todo o seu projeto futuro de promoção da saúde tendo como referência as oportunidades que o contexto externo envolvente apresenta, nomeadamente aquelas que constituirão a base de apoio indispensável à operacionalização das suas estratégias futuras e que foram mapeadas neste estudo. São disso exemplo, o poder de atratividade do concelho, a existência de *stakeholders* motivados e expectantes com a futura atuação da CMC, a elevada qualificação da população, a existência de uma população jovem e de munícipes sensibilizados para a adoção de estilos de vida saudáveis. Também algumas infraestruturas já criadas representam um recurso valioso, como a Plataforma Saúde na Escola.

Relativamente às ameaças que estão presentes no referido contexto externo, elas poderão ser contornadas, com uma estratégia política dirigida para um debate alargado com a sociedade civil, que inclua desde *stakeholders*, os grupos socais mais vulneráveis ou a sofrerem de processos de exclusão, sobre o modelo dos determinantes sociais da saúde, que forme e capacite todos os envolvidos para uma atuação conjunta. Relativamente às outras ameaças identificadas, nomeadamente a pressão do curto prazo para a obtenção de resultados, ela deve ser reequacionada à luz do modelo dos determinantes sociais da saúde (onde domina o longo prazo), de forma que não se torne impeditiva da implementação da promoção da saúde, sustentada neste novo modelo. Os custos inerentes a realização do diagnóstico de saúde concelhio e à construção da base de indicadores de saúde e de determinantes sociais da saúde concelhios, poderão igualmente ser equacionados em função quer do diagnóstico quer da base de indicadores que se pretende. Ou seja, a CMC pode articular-se com outros parceiros concelhios quer na realização do diagnóstico, quer na construção da base de indicadores de saúde e de determinantes sociais da saúde concelhios e desta forma minimizar os custos associados a estas ameaças.

8

LINHAS DE ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA

Saúde@Cascais

De forma a dar resposta à "*alínea e) do ponto 1. Objectivo do Estudo, do Artigo 4.º Condições técnicas especiais do Caderno de encargos PROCºC- 965/201- Definir linhas de orientação estratégica concelhia que se possam consubstanciar em Plano Concelhio de Promoção da Saúde*", apresentam-se de seguida essas mesmas linhas. Salienta-se que num primeiro momento e devido à complexidade do estudo efetuado, não pode simplesmente proceder a uma enumeração estrita das diferentes linhas de orientação estratégica sob pena de não se enquadrarem devidamente os fundamentos que devem sustentar o Plano Concelhio de Promoção da Saúde. Assim, apresentam-se os princípios que devem nortear a conceção desse mesmo Plano, os quais são considerados essenciais para apoiar e estruturar as linhas de orientação estratégicas. Num segundo momento apresenta-se, de forma sistematizada, as referidas linhas orientadoras da estratégia de suporte à intervenção na promoção da saúde resultantes da análise *SWOT* do material empírico recolhido durante este estudo e estruturadas segundo as conceções teóricas centrais aos modelos dos determinantes sociais da saúde.

Ponto de partida: Qualquer atuação em promoção da saúde assente numa aproximação aos determinantes sociais da saúde deve assumir a saúde como uma das condições centrais do desenvolvimento sustentável de um concelho. Neste contexto, a distribuição equitativa da saúde e do bem-estar deve ser transformada numa meta prioritária da ação do poder local em Cascais sustentada na conceção central da saúde em todas as políticas. Esta estratégia não só sublinha a importância das relações entre a saúde e as metas económicas e sociais mais amplas, como coloca a melhoria da saúde da população e a redução das desigualdades em saúde como uma questão complexa que exige uma resposta política integrada.

A atuação sobre os determinantes sociais da saúde tem princípios orientadores comuns, mas ela não tem que ser uniforme em termos da sua operacionalização e cada entidade deve estabelecer claramente, as suas prioridades e recursos disponíveis a afetar a essa operacionalização. Assim, o primeiro princípio que a CMC deve considerar, ao implementar políticas e processos de atuação assentes nos determinantes da saúde, é estabelecer as suas próprias prioridades ao nível da Promoção da Saúde.

O debate sobre as desigualdades em saúde e sobre os determinantes sociais da saúde, no espaço público, é indispensável, para a CMC mobilizar a comunidade para a ação e para consolidar uma conceção, que rompa com os modelos tradicionais da promoção da saúde. A população e os diferentes *stakeholders*, não só têm um papel importante a desempenhar neste processo de mobilização, como se encontram

motivados para a ação. A conceção central emanada do modelo dos determinantes sociais da saúde deve ser igualmente debatida com outros setores (além do da saúde), para que estes possam compreender a sua relevância e os termos da sua contribuição, nesta matéria. A importância de abandonar uma conceção centrada apenas no modelo epidemiológico tradicional e passar a considerar conceções que remetam para o contexto cultural, os sistemas de valores, as metas e expectativas dos indivíduos e grupos. Uma focalização demasiado centrada nas manifestações da saúde e da doença pode ocultar a relação (ou aspetos significativos da mesma) entre os determinantes sociais da saúde e as metas de desenvolvimento mais amplas, estabelecidas em cada contexto.

O diagnóstico da situação das desigualdades em saúde e dos principais fatores associados aos determinantes sociais da saúde - que contribuem para a estratificação da população (assimetrias económicas, geográficas, culturais ou de género) representa a base de toda a atuação a ser realizada. A realização do diagnóstico de saúde concelhio fornece a informação que, para além de identificar e revelar as necessidades e prioridades de saúde do concelho permite ainda, em termos operacionais, identificar e priorizar os determinantes de saúde que exigem maior nível de intervenção e sobre os quais devem incidir as principais estratégias de promoção da saúde.

Todas as ações a serem desenvolvidas sobre os determinantes sociais da saúde devem ser coerentes e coordenadas entre si. Uma das principais mensagens transmitidas pela abordagem dos determinantes da saúde é que os diferentes setores podem contribuir para a saúde, limitando-se a fazer bem o seu próprio trabalho. Para que qualquer política destinada à redução das desigualdades em saúde seja coerente, é necessário que se institua um modelo de governança que clarifique qual o papel dos diferentes atores e setores (o papel da autarquia, dos indivíduos, dos *stakeholders*, da sociedade civil, de organizações de solidariedade social e do setor privado) na procura da saúde e do bem-estar como meta coletiva, ligada a outras prioridades sociais. A governança, central e indispensável na atuação em promoção da saúde segundo a lógica dos determinantes sociais da saúde, é um processo através do qual a sociedade e as organizações tomam decisões, determinam quem deverá estar envolvido no processo e asseguram a responsabilidade pelas ações implementadas.

Ao adotar um modelo de governança para a sua atuação, a CMC deve assumir o compromisso do longo prazo. Todo o processo de atuação sobre os determinantes sociais da saúde não pode funcionar como um programa que é simplesmente executado. Para que a intervenção sobre os determinantes sociais da saúde reduza efetivamente as

desigualdades em saúde, é decisivo trabalhar a longo prazo e com ações continuadas. A complexidade dos problemas e das intervenções exigidas, neste contexto, remete para um processo de atuação que deve ser planeado, como uma estratégia que perdure no tempo. As ações de curto prazo implementam medidas de forma rápida, mas quase sempre inadequadas. Só o longo prazo dá sustentação às ações de redução das desigualdades em saúde.

Mas a atuação de longo prazo não é suficiente para a obtenção do sucesso. Ela tem que ser sistematicamente monitorizada e avaliada. Para que a monitorização e avaliação dos determinantes sociais seja efetiva, é preciso recolher dados, disseminá-los e aplicá-los ao processo de formulação política. A recolha de dados é onerosa, pelo que se torna necessário focar a recolha e análise nos dados mínimos necessários para que seja possível tomar decisões políticas com base neles, e não simplesmente recolher dados só (porque) ou para que existam. A seleção dos indicadores a serem construídos revela-se decisiva devido à influência que exerce na formulação das políticas. Porém, ao selecionar indicadores, é preciso ter em atenção as questões da comparabilidade, harmonização e acessibilidade.

Produzir a evidência necessária para se implementarem ações de combate às desigualdades em saúde significa também adotar uma abordagem multidisciplinar que reflita todo o espetro de setores que estão envolvidos na ação. A CMC deve implementar de ações intersetoriais que conduzam à participação ativa de todos os cidadãos. Para que exista uma participação efetiva, é necessário que as partes interessadas tenham conhecimentos e capacidades, entendam o processo, tenham uma visão clara do que pode ser conquistado através dele. Para obter a participação dos munícipes no processo de atuação sobre os determinantes sociais da saúde, a CMC deve oferecer informação objetiva e que ajude a compreender os problemas, às alternativas, as oportunidades e as soluções; deve ouvir a comunidade; deve envolver os indivíduos, trabalhando diretamente com eles, ao longo de todo o processo para garantir que suas preocupações e aspirações sejam compreendidas e tomadas em consideração; deve colaborar e estabelecer parcerias (no seguimento das que já existem e de outras que possam vir a existir) com as diferentes entidades concelhias e *stakeholders;* deve delegar poder, já que deve ser a comunidade a "ditar" a "última palavra" sobre decisões que afetam a sua saúde e o seu bem-estar. De uma forma mais sintética e puramente concetual, sugere-se a adoção pela CMC das linhas

orientadoras emanada pela Agência de Saúde Pública do Canadá (2007), para a implementação de ações intersetoriais na ação sobre os determinantes sociais da saúde [31].

Também a responsabilidade deve assumir um lugar privilegiado na implementação da promoção da saúde segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde, por parte da CMC. Em cada momento de atuação, a responsabilidade tem que ser claramente definida e reforçada. Qualquer ator dos diferentes setores tem que se responsabilizar pelas decisões tomadas, no que se refere às metas comuns identificadas, assim como ao seu impacto sobre elas. A transparência é vital, tanto no que se refere a quem toma as decisões, como a quem é responsável pela implementação das políticas e pelos resultados obtidos. O que se pretende é que o processo decisório seja mais explícito e se identifiquem os benefícios comuns, fazendo com que as responsabilidades sejam e permaneçam sempre claras, de forma que se cumpram as expectativas das populações e dos decisores alcançando os resultados pretendidos (baseados na efetividade) e para que os investimentos mobilizados se traduzam nos resultados esperados (baseados na eficiência).

Face ao exposto, apresentam-se as linhas de orientação estratégica concelhia que visam consubstanciar o Plano Concelhio de Promoção da Saúde de Cascais.

1ª Linha de orientação estratégica: **A CMC deve estabelecer as suas próprias prioridades ao nível da Promoção da Saúde e os recursos a afetar a essa operacionalização.**

Este marco é fundamental para definir e balizar a atuação futura. Atendendo às forças e oportunidades encontradas na análise *SWOT* (nomeadamente a existência de uma dinâmica institucional favorável à promoção da saúde, a experiência acumulada na realização de projetos de promoção da saúde, alguns segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde, ao investimento substancial em projetos de promoção da saúde, internos e externos à autarquia e ao sentido social, económico e político da saúde para o concelho), parece claro que não será difícil à autarquia, proceder ao

[31] Criar um marco político e abordagens políticas da saúde que promovam ações intersetoriais; Enfatizar valores, interesses e objetivos partilhados entre os parceiros atuais e potenciais; Garantir apoio político para o trabalho a desenvolver; Envolver desde o início parceiros importantes - ser inclusivo; Assegurar que exista coordenação horizontal entre os setores, assim como vertical entre todos os níveis dentro dos diversos setores; Investir em processos de construção de alianças e trabalhar para obter o consenso durante a fase de planeamento; Enfatizar objetivos concretos e resultados visíveis; Assegurar que a liderança, a responsabilidade e os benefícios sejam partilhados pelas partes envolvidas; Desenvolver equipas estáveis que trabalhem em conjunto e disponham de sistemas de apoio necessários; Desenvolver modelos, ferramentas e mecanismos práticos que apoiem a implementação de ações intersetoriais; Assegurar a participação das populações – capacitar os indivíduos determinantes da saúde e da ação intersetorial (Agência de Saúde Pública do Canadá, 2007).

estabelecimento destas prioridades. Além disso, o protagonismo que lhe é conferido, pelos *stakeholders* entrevistados, na condução de um plano concelhio de promoção da saúde exige que a autarquia defina claramente as suas prioridades e os recursos a afetar a esta orientação.

2ª Linha de orientação estratégica: **A CMC deve assumir a saúde em todas as políticas como uma meta prioritária de ação.**

Esta estratégia não só sublinha a importância das relações entre a saúde e as metas económicas e sociais mais amplas, como coloca a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população e a redução das desigualdades em saúde como uma questão que exige uma resposta política integrada. A CMC deve assumir a saúde em todas as políticas como uma meta prioritária de ação. Para a concretização desta linha torna-se fundamental desenvolver vários projetos que passam por:

- Suscitar um amplo debate interno e externo sobre a questão das desigualdades e dos determinantes sociais da saúde, para consolidar uma conceção, que rompa com os modelos tradicionais da promoção da saúde e para motivar para a ação todas as suas unidades orgânicas e a comunidade (*stakeholders*, parceiros, população em geral);

- Realizar um diagnóstico sobre a situação das desigualdades em saúde e os principais fatores associados aos determinantes da saúde no concelho que permita identificar e priorizar os determinantes de saúde que exigem maior nível de intervenção e sobre os quais devem incidir as principais estratégias de promoção da saúde e tornar públicos os resultados do mesmo. Trata-se, portanto, de produzir a evidência necessária para se implementarem ações de combate às desigualdades em saúde e para a promoção da saúde, enquanto garantes do desenvolvimento concelhio. Neste projeto, o apoio dos *stakeholders* pode manifestar-se decisivo, como já foi salientado, anteriormente;

- Encetar um trabalho com as diferentes unidades orgânicas da CMC e com os diferentes *stakeholders* e parceiros na promoção da saúde sob o lema "todos os setores contribuem para a saúde, se fizerem bem o seu trabalho". Este projeto exige que seja definido e clarificado o papel dos diferentes atores e setores (da autarquia, dos indivíduos, dos *stakeholders*, da sociedade civil, de organizações de solidariedade social, do setor privado e do setor da saúde) no futuro plano concelhio de promoção da saúde. Este projeto visa determinar quem e como deverá estar envolvido no processo e assegurar a responsabilidade pelas ações implementadas. Exige ainda que a CMC ofereça informação objetiva que ajude a compreender os problemas, as alternativas, as

oportunidades e as soluções, ouvindo a comunidade, envolvendo os indivíduos, trabalhando diretamente com eles e delegando poder.

3ª Linha de orientação estratégica: **A CMC deve estabelecer metas para a promoção da saúde partilhadas com e por todos os envolvidos.** Esta linha de orientação requer que toda a atuação futura em promoção da saúde a nível concelhio seja debatida em fóruns abertos a toda a comunidade e com toda a comunidade[32]. A concretização desta linha de orientação exige a realização de três projetos envolvendo diferentes protagonistas e que visam obter apoios, contributos, consensos, definir níveis de atuação e de envolvimento, delegar poder e atribuir níveis de responsabilidade. Assim, é indispensável:

- Trabalhar as metas estabelecidas com as diferentes unidades orgânicas da autarquia,

- Trabalhar as metas estabelecidas com os *stakeholders* e parceiros comunitários;

- Trabalhar as metas estabelecidas com a comunidade (indivíduos, famílias, grupos).

4ª Linha de orientação estratégica: **A CMC deve trabalhar segundo o modelo de longo prazo, onde a continuidade das ações deve estar sempre presente.** Apesar das dificuldades inerentes a esta linha de orientação, os novos modelos de promoção da saúde sustentados nos determinantes da saúde exigem e requerem uma atuação que não se compadece com o curto prazo. As ações de continuidade na implementação de políticas e programas são condição essencial para garantir a obtenção de resultados no combate às desigualdades em saúde e na própria consolidação das práticas de promoção da saúde.

5ª Linha de orientação estratégica: **A CMC deve monitorizar e avaliar sistematicamente o processo de promoção da saúde a nível concelhio.** O sucesso da implementação de ações de promoção da saúde requer e exige uma monitorização e uma avaliação sistemática. A ausência destas medidas impede que se tenha acesso aos resultados efetivamente obtidos e aos reajustamentos que eventualmente se revelem necessários. Desta linha de orientação decorre a realização de dois projetos:

- Constituição de uma base de indicadores mínimos, destinados à formulação de políticas e à monitorização e avaliação das ações de promoção da saúde, em colaboração

[32] Todas as ações de promoção da saúde devem ser implementadas com as pessoas e não para as pessoas. O envolvimento dos indivíduos significa, precisamente, que se deve trabalhar com eles e não para eles.

com os *stakeholders*. A seleção dos indicadores exige que se respeitem as questões da comparabilidade, harmonização e acessibilidade.

- Desenvolver modelos, ferramentas e mecanismos práticos que apoiem a constituição da base de indicadores mínimos.

6ª Linha de orientação estratégica: **A CMC deve sustentar o seu Plano Concelhio de Promoção da Saúde no modelo dos determinantes sociais da saúde.** Esta linha de orientação estratégica, apesar de ser enunciada em último lugar, afirma-se como decisiva relativamente a todas as anteriores. De fato, todas as linhas de orientação estratégica anteriores apontam para uma atuação de acordo com os determinantes sociais da saúde. Esta última linha visa acentuar as orientações estratégias anteriores e simultaneamente reforçar que um plano concelhio de promoção da saúde assente no modelo dos determinantes sociais da saúde é um plano que aponta para o desenvolvimento sustentável do concelho, que tem como prioridade a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de todos os seus munícipes, que é inclusivo, que trabalha com todos e que usa as suas forças e oportunidades para enfrentar as ameaças e fraquezas que possam existir.

Com a enunciação das linhas de orientação estratégica e dos respetivos projetos que algumas delas exigem para a sua operacionalização, considera ter-se atingido o objetivo proposto neste capítulo do relatório e do próprio estudo realizado.

CONCLUSÃO

A realização do estudo objetivou analisar se a intervenção realizada no concelho de Cascais se encontra assente numa aproximação aos determinantes de saúde, de forma a definir linhas de orientação estratégica de suporte a uma intervenção concelhia estruturada nos princípios da promoção da saúde, deu azo à produção do presente Relatório.

Sublinha-se o carácter inovador do trabalho realizado, que permitiu o acesso ao investimento (num sentido amplo) realizado nos últimos quatro anos, em promoção da saúde, no concelho de Cascais. De fato, a visibilidade do trabalho realizado, das formas que assumiu e das ações em que se consubstanciou, revelam a importância que a CMC e as diferentes entidades externas concelhias atribuem à atuação em promoção da saúde. Mais, a solicitação deste estudo, que agora se concretiza, revela uma aposta na avaliação e monitorização do trabalho realizado, com o objetivo de avançar na implementação de novas dinâmicas de atuação, cientificamente validadas e concetualmente atualizadas, ao nível da promoção da saúde.

Destaca-se no estudo realizado as diversidade de dados obtidos e de fontes consultadas. Para além do mapeamento dos projetos realizados em promoção da saúde no concelhos, que permitiram descortinar lógicas de funcionamento nalguns deles, centradas numa aproximação aos determinantes sociais da saúde e captar o sentido social, económico e político da saúde para o concelho, de que é exemplo o investimento substancial em projetos de promoção da saúde internos e externos à autarquia salienta-se a capacidade mobilizadora e interventiva da CMC perante uma população "ávida" por estilos de vida saudáveis.

De fato, o inquérito realizado à população, apesar das contingências amostrais, revelou uma população preocupada com a saúde, exigente em termos de infraestruturas e acessibilidades à saúde e aos cuidados de saúde, culpabilizando-se pelos comportamentos nocivos e pela falta de motivação para agir pela saúde. O exercício físico congrega as representações de saúde e é, essencialmente, à sua prática que recorrem para terem e manterem a saúde. No concelho, todas as práticas saudáveis ou não saudáveis, estão indissociavelmente ligadas à prática do exercício físico, quer seja ao ar livre, quer em ginásios e à acessibilidade aos serviços de saúde. A população de Cascais (inquirida) seja pelos seus elevados níveis de habilitações literárias, seja pelo trabalho realizado pela autarquia, ao longo dos anos, emergiu como uma população exigente e crítica com a sua saúde, revelando-se consensual quando se pronuncia sobre o seu concelho. Cascais é, para esta população, o recurso discursivo que usam para descreverem o que é um

concelho saudável. O reconhecimento das infraestruturas concelhias e do próprio ambiente físico concelhio, para a promoção da saúde, não fazem omitir alguns reparos relativamente à questão das acessibilidades, apontadas como um ponto crítico do concelho, tal como as desigualdades e assimetrias aí existentes.

O trabalho realizado pela autarquia, na promoção da saúde, com o estabelecimento de parcerias com diferentes entidades concelhias, e com múltiplos projetos desenvolvidos, seja fruto dos resultados obtidos, da visibilidade alcançada, ou de ambos, traduziu-se numa mais-valia que leva os diferentes *stakeholders* entrevistados perspetivarem a CMC para liderar a estratégia de promoção da saúde em Cascais. O que não obsta a que reconheçam a necessidade de uma maior articulação e coordenação entre todas as entidades envolvidas na promoção da saúde no concelho onde, dizem ainda, não faltam recursos, nem infraestruturas. As entrevistas realizadas revelaram que nalguns *stakeholders* ainda persistem conceções de cariz eminentemente epidemiológicas, eventualmente fruto de anos de contato com este modelo. Mas isso não impede que revelem a sua motivação e expetativas face ao desafio que se advinha e do qual a CMC é, atualmente, o protagonista e os *stakeholders* as personagens centrais.

A análise *SWOT* evidenciou igualmente todo o potencial concelhio para a implementação estruturada da promoção da saúde e as forças e oportunidades, identificadas parecem ser capazes de resistir a todas as fraquezas e ameaças detetadas.

Considera-se ainda que se apresentaram as principais linhas de orientação estratégica concelhia que visam consubstanciar o Plano Concelhio de Promoção da Saúde, de forma que este cumpra as expectativas das populações e dos decisores alcançando os resultados pretendidos (baseados na efetividade) e para que os investimentos mobilizados se traduzam nos resultados esperados (baseados na eficiência). A mudança de paradigma, para um modelo de promoção da saúde assente nos determinantes sociais da saúde, exige um esforço de sistematização e de operacionalização que, a ser cumprido, não defraudará expectativas e certamente rentabilizará os investimentos (de novo em sentido amplo) realizados.

Por fim salientam-se alguns constrangimentos inerentes ao trabalho desenvolvido de que se destaca a dificuldade em obter dados atualizados que permitissem uma caraterização atualizada do concelho. Apesar disso e recorrendo aos dados possíveis (cujas datas mais antigas servem essencialmente de ponto de comparação) permitiram esboçar uma caraterização sociodemográfica e de saúde que evidenciou as principais matizes que definem o concelho, que permitiu mapear o seu potencial de

desenvolvimento e de saúde e ainda, sempre que possível, ressaltar as singularidades do município.

Uma última palavra para os técnicos da DPST, com os quais se estabeleceu um acompanhamento sistemático em diálogo permanente, conforme estabelecido nos termos do contrato. O trabalho realizado com os referidos técnicos não esteve isento de divergências e muitas vezes os diferentes pontos de vista sentiram necessidade de se confrontar. Certamente que face a diferentes conceções, existem sempre diferentes formas de ser e fazer. No entanto, tal não foi impeditivo de concretizar o estudo realizado e de atingir os objetivos propostos.

BIBLIOGRAFIA

ACIDI (2007), Plano para a Integração dos Imigrantes, Lisboa: ACIDI, Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P.

Akerman, M. et al. (2002). "Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". Rev Saúde Pública;36 (5): 638-46.

Almeida, ES. (1997). "Cidade/Município saudável: a questão estratégica, o compromisso político". *Saúde Soc;* 6: 71-82.

Ashton, J. (1993). *Ciudades Sanas.* Masson, Barcelona.

Blaxter, M (1990) Health and Lifestyles. London: Tavistock/Routledge.

Buss, P. (2003). "Uma introdução ao conceito de promoção da saúde". *In* Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro; Fiocruz: 15-38.

Buss, PM (1998). "Promoção da Saúde e Saúde Pública". *ENSP*; 178. (Mimeo).

Buss, PM and Pellegrini Filho, A. (2007). "A Saúde e seus Determinantes Sociais". *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*; 17(1): 77-93.

Carvalho, G.S. (2002) Literacia para a Saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In Saúde: As teias da discriminação social - Actas do Colóquio Internacional: Saúde e Discriminação Social (Org.: M.E. Leandro, M.M.L. Araújo, M.S. Costa). Braga: Universidade do Minho, pp.119-135.

Carvalho, S. R. (2004) "As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social". *Ciênc. saúde coletiva* [online]; 9 (3): 669-678.

Cochrane, A.L. (1972) Effecectiveness and Efficiency. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Crawford, R (1977) You are danferous to your health; The politics and ideology of victim blaming. International Journal of Health Services 7, 663-680.

Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI. Adoptado na Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 21-25 de Julho de 1997. Jacarta, República de Indonésia.

Doyal, L e Doyal, L. (1984) in L. Birk e J. Silvertown (Eds.) More than the parts: Biology and Politics. London: Pluto Press.

Duhl L. and Hancock T. (1999). "Community self-evaluation: a guide to assessing healthy cities*". Copenhagen: Healthy Cities Papers/ FADL.*

Eriksson, M. and Lindström, B. (2008). "A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter" *Health Promot. Int;* 23 (2): 190-199.

Ewles, L. & Simnett, I. (1999). Promoting health - A practical guide. London: Baillière Tindall.

Flynn, BC; Ray, DW and Rider, MS. (1998). "Empowering communities: action research through healthy cities". *Health Educ Q;* 21: 395-405.

Frank-Stromborg, M. (1998). "Saúde, Doença e Cuidados de Saúde" in Bolandier, Verolyn Era (1998) *Enfermagem Fundamental Abordagem Psicofisiológica*, 1ª edição em Português, Lisboa: Lusodidata.

Freire, P. (1970). Pedagogy of the oppressed. New York: Continuum/Seabody.

Heidmann, ITSB et al. (2006). "Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções". *Texto Contexto Enferm*; 15(2): 352-8.

Herzlich, C. and Pierret, J. (1991), Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui, Paris, Payot.

Herzlich, C. (1969), Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale, Paris, Mouton.

Hills, M. And McQueen D. (2007). "At issue: two decades of the Ottawa Charter*". Promotion and Education 2007: Suppl. 2:5.*

Graham J, Amos B, Plumptre T. (2003). "Principles for good governance in the 21st century". *Policy Brief* . 15. nova York, PnuD.

Illich, I. (1975) Medical Nemesis, Part 1. London: Calder and Boyers.

INE Censos de 2011

INE/CMCascais – Divisão de Estatística

INE/CMCascais – Divisão de Estatística

Instituto Nacional de Estatística (2010), "Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2010", Edição de 2011, Lisboa

Jones, L. & Naidoo, J. (1997). Theories and models in health promotion. In J. Katz & A. Peberdy (Eds.), Promoting health - knowledge and practice (pp. 75-88). London: Macmillan Press.

Junqueira, R G P. (1998) "A intersetorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso". *Rev. Adm. Pública*; 32 (2): 79-91.

Katz, J. e Peberdy, A. (1998) Promoting Health: Knowledge and Practice. London: MacMillan.

Kemm, J. e Close, A. (1995) Health Promotion Theory and Practice. London: Macmillan.

Krieger, N. (2001). "A Glossary for social epidemiology". *J. Epidemiology Community Health; 55*: 693-700.

Labonte, R. (1996). "Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad". *In* Organización panamericana de la salud. *Promoción de la salud: uma antología*. Washington: OPAS: 153-65.

Lalonde, M. (1974) A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Canadian Ministry of National Health and Welfare.

Laugksch, R.C. (2000) Scientific literacy: A conceptual overview, Science education 84:71-94.

Leal da Costa, F. (2011). "Desafio: Promover a saúde e prevenir a doença". *In* Deloitte. *Saúde em análise. Uma visão para o futuro*. Lisboa: 78-79.

Lupton, D. (1999), Risk and Sociocultural Theory : New Directions and Perspectives. Cambridge: Cambridge University Press.

MacDonald, T.H. (1998). Rethinking health promotion - a global approach. London: Routledge.

Marmot, K.G. e McDowall, ME. (1986) Mortality decline and widening social inequalities. The Lancet, 2 August, 274.

Marmot, M. and Wilkinson, R G. (2006). *Social Determinants of Health*, Oxford University Press.

Marmot m et al. /2010). "Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England" post-2010, *the Marmot Review*. Londres, ucL.

Martins, M C A. (2005). "A Promoção da saúde: percursos e paradigma". *Revista de Saúde Amato Lusitano*; IX (22): 42-46.

McKeown, T. e Lowe, C.R. (1974) An Introduction to Social Medicine. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

McQueen, D V. et al (2007). *Modernity, Public Health, and Health Promotion.* McQueen D. V., Kickbusch I., editors. New York: Springer.

McQueen, D V. et al. (2007). *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion.* New York: Springer; 2007.

Naidoo, J. e Wills, J. (1994) Health Promotion – Foundations for Practice. London: Baillière Tindall.

Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary, Health Promotion Inter., 13, 349-364.

Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health Promotion Inter., 15, 259-267.

Ollila E. (2011). "Health in All Policies: from rhetoric to action". Scandinavian Journal of Public Health, 2011, 39(6 suppl):11-18.

Ostlin P et al. (2010) *Priorities for research on equity and health: implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward*. Genebra, OMS.

OMS (1946)- Organização Mundial da Saúde. Constituição da OMS. Genebra, 1946.

Organização Mundial da Saúde (1984). *Bulletin of the World Health Organization, 62*. Genéve.

Organização Mundial da Saúde. (1978). "Declaração de Alma-Ata". *Direcção Geral de Saúde*; Lisboa.

Organização Mundial da Saúde. (1986). "Rede de Megapaíses". *Direcção Geral de Saúde*; Lisboa.

Organização Mundial da Saúde. (1988). "Declaração de Adelaide". *Direcção Geral de Saúde*; Lisboa.

Organização Mundial da Saúde. (1991). "Declaração de Sundsvall". *Direcção Geral de Saúde*; Lisboa.

Organização Mundial da Saúde. (1997). "Declaração de Jacarta". *Direcção Geral de Saúde*; Lisboa.

Organização Mundial da Saúde. (2000). "Declaração do México". *Direcção Geral de Saúde*; Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (1986). "Carta de Ottawa para a promoção da saúde**".** *Direcção Geral de Saúde*; Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (2011). "Diminuindo Diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Todos pela Equidade. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro-Brasil. 19-21 de Outubro de 2011". OMS. ISBN 9789248502408.

Organização Mundial de Saúde Regional Office for Europe. *Health promotion and evaluation: recommendations to policymakers.* Copenhagem: WHO Regional Office for Europe; 1998.

Organização Pan-Americana da Saúde (1992). "Declaração de Santafé de Bogotá".

Organización Panamericana de la Salud (1996). *Promoción de la salud: uma antologia*. Washington:OPAS: 367-72.

Organización Panamericana de la Salud (1999). *Propuesta para desarrollar un marco conceptual yoperativo para evaluar municipios saludables*. Washington: OPAS.

Pettersson, B. (2007). *Intersectoral action for health: how how can it happen? Crossing Sectors: Dialogue on Intersectoral Action*. Vancouver.

Poland, B D. (1996) "Knowledge development and evaluation in, of and for Healthy community initiatives. Part I: guiding principles". *Health Prom;* 11:237-4.

Rasanathan K, Norenhag J, Valentine N. "Realizing human rights-based approaches for action on the social determinants of health". *Health and Human Rights*, 2010, 12:49-59.

Rasanathan K et al. "Primary health care and the social determinants ofhealth: essential and complementary approaches for reducing inequities in health". *Journal of epidemiology and community Health*, 20 , 65:656-660.

Revel, J. (2002) Le vocabulaire de Foucault.Paris: Ellipses.

Rodmell, S. e Watt, A. (Eds.) (1986) The Politics of Health Education. London: Routeledge and Kegan Paul.

Sadana R et al. (2007). "Briefing note: monitoring global health inequities". Preparado para o nono encontro da comissão sobre Determinantes sociais da saúde realizado entre os dias 24 e 26 de outubro de 2007, em Pequim, na China.

Sanmartí, L.S. (1985) Educacion Sanitaria. Madrid: Díaz de Santos.

Scriven, A. (1996). The impact of recent government policy on the provision of health education in schools. In A. Scriven & J. Orme (Eds.), Health promotion - professional perspectives (pp.119-128). London: Macmillan Press.

Scriven, A. e Stiddard, L. (2003) Empowering schools: translating health promotion principles into practice. Health Rducation 103, 110-118.

Sícoli, J L. and Nascimento, P R (2003). "Health promotion: concepts, principles and practice". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação;* 7(12): 91-112.

Sícoli, JL and Nascimento, PR (2003). "Promoción de la salud: concepciones, principios y operacionalización", Interface - Comunic, Saúde, Educ; 7 (12):.91-112.

Silva, L F. (2002). *Promoção da Saúde.* Lisboa: Universidade Aberta.

Stacey, M. (1988) The Sociology of Health and Healing. London: Unwin Hyman.

Stiglitz J, sen A, Fitoussi J-P. Report by the commission on the measurement of economic Performance and social Progress. Disponívelem: http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm

Tarlov, A. (1996). "Social Determinants of Health: the sociobiological translation". *In* BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). *Health and Social Organization*. London: Routledge. p. 71-93, 1996.

Tones, K. e Tilford, S. (1994). Health education - effectiveness, efficiency and equity. (4ª Ed.) London: Chapman & Hall.

Wall, K.; Aboim, S.; Cunha, V. (2010). A vida Familiar no Masculino: Negociando velhas e novas masculinidades". Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.

Fontes *online*:

http://www.who.int/social_determinants/en/

PORDATA: http://www.pordata.pt/

Health Lens Analysis. Adelaide, A Health http://www.sahealth

ANEXOS

ANEXO 1

Agir em Promoção da Saúde: apresentação feita para os representantes das diferentes unidades orgânicas da CMC

Saúde@Cascais

Promoção da Saúde

Felismina Mendes
2012

Saúde@Cascais

Declaração de Alma-Ata (1978)
Carta de Ottawa (1986)
Recomendações de Adelaide (1988)
Declaração de Sundsvall (1991)
Declaração de Jacarta (1997)
Declaração do México (2000)
Carta de Banguecoque (2005)

Felismina Mendes
2012

Saúde@Cascais

Promoção da Saúde

Ottawa, 1986, foram traçadas as cinco áreas prioritárias de ação (Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Criação de ambientes favoráveis à saúde; Reforço da ação comunitária; Desenvolvimento de habilidades pessoais; Reorientação do sistema de saúde) , ampliando o conceito de saúde e os seus pré-requisitos;

Adelaide, 1988, tratou de políticas públicas saudáveis;

Sundsvall, 1991, acrescentou a temática ambiental na agenda da saúde, ambientes favoráveis à saúde e o desenvolvimento sustentável;

Jacarta, 1997, tratou da promoção da saúde no século XXI e incluiu o setor privado no apoio à promoção da saúde;

México, 2000, ratificou as estratégias de promoção da saúde como eficazes na mudança de condições de vida da população como responsabilidade do governo e de outros setores da sociedade;

Bangkok, 2005, validou todas as determinações das conferências e documentos anteriores, identificando compromissos para se atingir os determinantes de saúde no mundo globalizado através da promoção da saúde.

Saúde@Cascais

Promoção da Saúde

É o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (Carta de Otawa, 1986).

A promoção da saúde é o processo que permite às pessoas aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, mobilizando-se (individual e coletivo) para melhorar a sua saúde (Carta de Banguecoque, 2005).

A promoção da saúde consiste, fundamentalmente, na combinação de apoios educativos, ambientais e acções e condições de vida que conduzem à saúde e influenciam os determinantes desta (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Saúde@Cascais

Saúde

A saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.

A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.

Saúde@Cascais

Pré-requisitos para a Saúde

As condições e recursos fundamentais para a saúde são:

Paz
Abrigo
Educação
Alimentação
Recursos económicos
Ecossistema estável
Recursos sustentáveis
Justiça social
Equidade

Saúde@Cascais

As estratégias e programas de promoção da saúde deverão ser adaptados às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, considerados os diferentes sistemas sociais, culturais e económicos.

Intervir em Promoção da Saúde significa: construir políticas saudáveis.

Saúde@Cascais

A Promoção da Saúde deve:

Criar Ambientes Favoráveis (de vida, trabalho, tempos livres...);

Reforçar a Ação Comunitária (através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde.

No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (*empowerment*) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos.

Saúde@Cascais

A Promoção da Saúde deve:

Desenvolver Competências Pessoais: através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde.

As intervenções devem ter lugar na escola, em casa, no trabalho e nas organizações comunitárias e ser realizadas por organismos educacionais, empresariais e de voluntariado...

Saúde@Cascais

Objetivo final da Promoção da Saúde:

- Que a saúde resulte dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros;
- Do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida;
- Do assegurar que a sociedade em que se vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde.

Felismina Mendes
2012

Saúde@Cascais

Princípio orientador da Promoção da Saúde:

Reconhecer as pessoas e as populações como o principal recurso de saúde; apoiá-las e capacitá-las para se manterem saudáveis, através de meios financeiros ou outros, e aceitar a comunidade como a voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem estar.

Os indivíduos têm de ser tratados como parceiros iguais em todas as fases de planeamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde.

Felismina Mendes
2012

Saúde@Cascais

Agir na Promoção da Saúde:

Significa atuar sobre os determinantes da saúde;

Significa a necessidade de mediação da saúde com outros setores;

Significa procurar parcerias e alianças na comunidade;

Significa melhorar o acesso da população aos serviços e reduzir as desigualdades;

O setor da saúde, sozinho, não resolve os problemas da população.

Saúde@Cascais

Agir em Promoção da Saúde

Tradicionalmente, os programas ou atividades de promoção da saúde tendiam a concentrar-se em componentes educativos, relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a condução perigosa.

Nesta abordagem, saíam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.

Saúde@Cascais

Agir em Promoção da Saúde

Atualmente o que caracteriza a promoção da saúde, é a constatação do papel protagonista dos determinantes da saúde (a alimentação e nutrição, habitação e saneamento; condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde).

Saúde@Cascais

Agir em Promoção da Saúde

As atividades de PS estão mais voltadas para um grupo de indivíduos e para o ambiente (físico, social, político, económico e cultural), compreendido num sentido amplo, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*).

Saúde@Cascais

Agir em Promoção da Saúde:

Assim, A PS já não se limita a privilegiar práticas dirigidas apenas para mudanças nos estilos de vida, mas inclui:

- A identificação de prioridades de saúde e estabelecimento de políticas públicas para implementá-las;
- O apoio a pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias;
- A mobilização de recursos que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento;
- A implementação de planos de ação direcionados para a qualidade de vida.

Saúde@Cascais

Agir em Promoção da Saúde

A **interdisciplinaridade** é o fundamento cognitivo da PS e a **intersetorialidade** a sua ferramenta operacional.

Para as políticas saudáveis não se limitarem a uma normatividade burocrática, devem suscitar pactos horizontais com parceiros de outros setores (públicos ou privados) e de outras comunidades epistémicas, como os urbanistas, os educadores etc.

A **intersetorialidade**: é o processo no qual os objetivos, as estratégias, as atividades e os recursos de cada setor são considerados segundo as suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos outros setores.

Saúde@Cascais

Promoção da Saúde Municipal

As bases para o processo de estruturação de um município saudável sustentam-se na:

- Articulação das políticas municipais saudáveis;
- Ação inter-setorial;
- Participação comunitária.

Saúde@Cascais

Bibliografia

Declaração de Alma-Ata (1978)
Carta de Ottawa (1986)
Recomendações de Adelaide (1988)
Declaração de Sundsvall (1991)
Declaração de Jacarta (1997)
Declaração do México (2000)
Carta de Banguecoque (2005)

Buss, PM and Pellegrini Filho, A. (2007). "A Saúde e seus Determinantes Sociais". *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*; 17(1): 77-93.

Felismina Mendes
2012

Saúde@Cascais

.

Fim

Felismina Mendes
2012

ANEXO 2

Apresentação do Projeto Saúde@Cascais aos representantes das diferentes unidades orgânicas da CMC

Saúde@Cascais

Aquisição de serviços para a elaboração de plano concelhio de promoção da saúde – estudo - Câmara Municipal de Cascais

Feliamina Mendes
CIES/ISCTE-IUL

Saúde@Cascais

Estrutura do Projeto

- Introdução teórica sobre os temas em análise e sobre os conceitos inerentes ao projeto
- Justificação das opções metodológicas
- Descrição detalhada da operacionalização do projeto
- Linhas de orientação estratégica para a construção do plano concelhio de promoção da saúde.

Feliamina Mendes
CIES/ISCTE-IUL

Saúde@Cascais

Objetivo Central

"Compreender em que medida a intervenção realizada no concelho se encontra assente numa aproximação aos determinantes de saúde, de forma a definir linhas de orientação estratégica de suporte a uma intervenção concelhia estruturada nos princípios da promoção da saúde".

Saúde@Cascais

Opções metodológicas

1. Recolha de informação e constituição do grupo de trabalho
2. Construção de instrumentos (inquéritos e formulários) de recolha de informação sobre atividades de promoção da saúde promovida por unidades orgânicas da CMC e entidades concelhias externas
3. Construção de instrumentos (inquéritos e formulários) de avaliação do trabalho realizado em cada fase do projeto
4. Ouvir os *stakeholders*
5. Análise da informação recolhida
6. Reuniões mensais com o grupo de trabalho interno
7. Realização de relatórios preliminares (de acompanhamento)

Saúde@Cascais

Operacionalização do projeto

Objetivo: Conhecer a intervenção realizada pela CMC sobre as questões em análise, através do contributo das diferentes unidades orgânicas.

1ª Estratégia - Criação de um grupo de trabalho interno à CMC, de dimensões reduzidas (máximo de cinco elementos), dotado de competências de comunicação e coordenação.

2ª Estratégia – Criar uma plataforma de dados online que reúna todas as intervenções realizadas, direta ou indiretamente ligadas à promoção da saúde, pela CMC com o contributo das suas diferentes unidades orgânicas.

Saúde@Cascais

Operacionalização do projeto

Objetivo: Identificar os projetos existentes, promovidos por entidades externas à CMC, alinhados com princípios de promoção da saúde e que tenham como objetivo agir sobre os determinantes de saúde.

Estratégia - Construir uma Plataforma de Projetos de Promoção da Saúde de Cascais (PPPSC).

Saúde@Cascais

Operacionalização do projeto

Objetivo: Identificar e envolver os diferentes *stakeholders* na obtenção e análise sobre os indicadores de saúde disponíveis, enquanto agentes fundamentais para a intervenção futura ao nível da promoção da saúde no concelho.

Estratégia - Analisar a perceção dos diferentes *satkeholders* sobre a obtenção e análise de indicadores de saúde do concelho e sobre o envolvimento futuro na promoção da saúde em Cascais.

Saúde@Cascais

Operacionalização do projeto

Objetivo: Apresentar o Relatório Final do projeto à CMC.

Estratégia - Construção do Relatório Final do Projeto, reunindo o contributo de todos os parceiros envolvidos na execução do projeto.

Felismina Mendes
CIES/ISCTE-IUL

Saúde@Cascais

Operacionalização do projeto

Intervenção	Executante	Resultado Esperado	Avaliação	Data de Concretização
- Sensibilizar e captar a adesão diferentes unidades orgânicas da CMC para o projeto em curso, recolhendo sugestões e informando das diferentes formas de intervenção no mesmo	- Unidades orgânicas da CMC;	- Que todas as unidades orgânicas da CMC conheçam o projeto a ser desenvolvido e conheçam as respetivas formas de participação no mesmo	- Inquérito online sobre o conhecimento do projeto, sugestões e formas de participação, de cada unidade.	Final da terceira semana de Janeiro de 2012.

Felismina Mendes
CIES/ISCTE-IUL

Saúde@Cascais

Operacionalização do projeto

Intervenção	Executante	Resultado Esperado	Avaliação	Data de Concretização
- Criar a plataforma online que irá reunir todas as intervenções realizadas (de que se enumeram alguns campos: área, tipo, população abrangida, princípios orientadores, resultados obtidos, tempo de duração e custos).	- Equipa de investigação, grupo de trabalho e unidades orgânicas.	- Que a plataforma seja funcional de forma a permitir reunir todos os dados sobre as intervenções realizadas pelas diferentes unidades orgânicas do município.	- Parecer de todas as unidades orgânicas sobre a operacionalidade da plataforma.	- Quarta semana de Janeiro de 2012.
- Proceder à reformulação, consoante sugestões, e disponibilização da plataforma online.	- Grupo de trabalho e equipa de investigação.	- Que todas as unidades orgânicas da CMC iniciem o processo de registo da informação sobre intervenções de PS, na plataforma.	- Reposta a inquérito online sobre o conhecimento do projeto, sugestões e formas de participação, de cada unidade.	- Segunda semana de Fevereiro de 2012.

Saúde@Cascais

Operacionalização do projeto

Intervenção	Executante	Resultado Esperado	Avaliação	Data de Concretização
- Introduzir os dados recolhidos sobre as intervenções das diferentes unidades orgânicas.	- Responsável de cada unidade orgânica e grupo de trabalho.	- Que toda a informação recolhida seja inserida na plataforma.	- Que no final da segunda semana de Fevereiro, 50% das unidades orgânicas já tenham inserido a respetiva informação na plataforma.	- Quarta semana de Fevereiro de 2012.
- Monitorizar a inserção dos dados na plataforma online.	- Grupo de trabalho.	- Que a inserção da informação na plataforma decorra de acordo com os prazos estabelecidos.	- Visualização diária/semanal do número de unidades que acederam à plataforma para inserir informação.	- Quarta semana de Fevereiro de 2012.
- Reunir a equipa de investigação e o grupo de trabalho.	- Grupo de trabalho e equipa de investigação.	- Assegurar a normal continuidade do projecto e o cumprimento dos prazos	- Ata da reunião onde constem todas as incidências discutidas e analisadas.	Final da terceira semana de Fevereiro de 2012.

Saúde@Cascais

Operacionalização do projeto

Intervenção	Executante	Resultado Esperado	Avaliação	Data de Concretização
- Analisar (quantitativa e qualitativamente) e discutir a informação recolhida na plataforma.	- Equipa de investigação e grupo de trabalho.	- Obter uma caraterização (área, tipo, princípios orientadores, resultados, tempos e custos) de todas as intervenções realizadas pelas diferentes unidades orgânicas.	- Relatório detalhado.	- Terceira semana de Março de 2012.
Apresentar e disponibilizar online os resultados do relatório preliminar.	- Equipa de pesquisa e grupo de trabalho.	- Que todas as unidades orgânicas e o próprio município tenham conhecimento de todas as intervenções realizadas no âmbito da promoção da saúde, nos últimos 3 anos.	- Inquérito online de avaliação do relatório apresentado.	- Quarta semana de Março de 2012.

Saúde@Cascais

Projetos de Promoção de Saúde

(Ficha Resumo)

Título:	**Entidade Promotora:**
Resumo:	
Indicar se o projeto foi desenvolvido a partir de indicadores específicos ou de um diagnóstico realizado a priori.	
Identificar os indicadores recolhidos e respetivas fontes (resumidamente).	
Refira os departamentos com que este projeto se articula/articulou.	
Objetivos:	
Destinatários:	
Estratégias/Atividades desenvolvidas:	
Resultados Esperados:	
Avaliação (face aos objetivos traçados):	
Técnico Responsável:	**Parceiros:**
Financiamento (valor e origens):	
Data de Início:	**Data de Termo:**
Local (onde se desenvolveu o projeto):	**Freguesias Abrangidas:**

Saúde@Cascais
Fim
Felismina Mendes
CIES/ISCTE-IUL

ANEXO 3

Questionário *online* sobre o projeto Saúde@Cascais, a ser preenchido pelos representantes das diferentes unidades orgânicas da CMC

Saúde @ Cascais

Questionário interno de avaliação do Projeto

A) Identificação do respondente:

1. Há quanto tempo trabalha no departamento?_____

2. Acompanha o desenvolvimento de projetos de Promoção da Saúde, no seu Departamento? Sim ☐ Não ☐

3. Especifique o tipo de função que exerce no acompanhamento dos projetos de Promoção da Saúde, no seu Departamento: _____

B) Avaliação do Projeto "Saúde@Cascais":

4. Concorda com os seguintes pontos delineados para o Projeto "Saúde@Cascais"? Por favor assinale a sua resposta com um círculo ou uma cruz.

	Concordo Totalmente	Concordo em parte	Discordo em parte	Discordo Totalmente	Não sabe
1. Definição teórica dos conceitos e temas inerentes ao Projeto.	1	2	3	4	NS
2. Opções metodológicas escolhidas (recolha de informação, participação ativa de todos os intervenientes, envolvimento dos parceiros, análise e divulgação da informação recolhida…)	1	2	3	4	NS
3. Faseamento da implementação do Projeto.	1	2	3	4	NS
4. Conjugação das fases de implementação do Projeto com o planeamento do trabalho de cada departamento.	1	2	3	4	NS
5. Estratégias de operacionalização do Projeto (construção de Plataforma de Projetos de Promoção da Saúde; analisar perceção dos *stakeholders* sobre indicadores de saúde e envolvimento futuro na promoção da saúde do Concelho; apresentação interna e externa dos resultados finais…).	1	2	3	4	NS
6. Centralização do acompanhamento do Projeto num grupo de trabalho interno à Câmara Municipal de Cascais.	1	2	3	4	NS
7. Delineamento correto das possíveis linhas de orientação estratégica para a construção do plano concelhio de promoção da saúde	1	2	3	4	NS

5. Caso queira aprofundar as suas respostas anteriores, por favor utilize o espaço seguinte:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6. Considera que os conceitos teóricos (nomeadamente o de Promoção da saúde) estabelecidos se adequam ao tipo de Projetos de Promoção da Saúde promovidos pela Câmara Municipal de Cascais?

Sim ☐ Não ☐

6.1. Se não, por favor justifique a sua resposta:

_____

_____

7. Considera suficientes as formas de contacto estabelecidas de modo a envolver os diversos *stakeholders* (entrevistas semi-estruturadas e reuniões com cada stakeholder) no Projeto "Saúde@Cascais"?

Sim ☐ Não ☐

7.1. Se não, por favor justifique a sua resposta:

_____

_____

8.Como considera que o seu departamento pode colaborar no projeto Saúde@Cascais?

_____

_____

_____

_____

_____

9.Quais considera serem os principais pontos fracos do projeto?

_____
_____
_____
_____
_____

10. Quais considera serem os principais pontos fortes do projeto?

_____
_____
_____
_____
_____

11. Outros comentários ou sugestões que deseje adicionar:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Obrigada!

ANEXO 4

Fichas resumo dos projetos de promoção da saúde internos à CMC

Projetos de Promoção de Saúde*

(Ficha Resumo)

Título:	Entidade Promotora:
Resumo:	
Indicar se o projeto foi desenvolvido a partir de indicadores específicos ou de um diagnóstico realizado *a priori*.	
Identificar os indicadores recolhidos e respetivas fontes (resumidamente).	
Refira os departamentos com que este projeto se articula/articulou.	
Objetivos:	
Destinatários:	
Estratégias/Atividades desenvolvidas:	
Resultados Esperados:	
Avaliação (face aos objetivos traçados):	
Técnico Responsável:	Parceiros:
Financiamento (valor e origens):	
Data de Inicio:	Data de Termo:
Local (onde se desenvolveu o projeto):	Freguesias Abrangidas:

- Preencher apenas os campos sobre os quais tem informação, com um máximo 600 palavras (no total da ficha)

ANEXO *5*

Fichas dos projetos de promoção da saúde desenvolvidos pela CMC, categorizadas segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde

Fichas de Projetos de Promoção da Saúde desenvolvidas pelos diferentes departamentos da CMC, nos últimos 4 anos (2008-2012) categorizadas segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde

DETERMINANTES SÓCIOECONÓMICOS DA SAÚDE

REDES COMUNITÁRIAS DE APOIO SOCIAL, SAÚDE E EDUCAÇÃO

Idosos e dependências

Título do projeto **Protocolo de Ajudas Técnicas**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Munícipes em geral.	
Descrição do projeto – Disponibilizar ajudas técnicas em tempo útil; Constituir um stock de ajudas técnicas, de âmbito concelhio, de acordo com o princípio da disponibilidade e com critérios de cedências comuns; Dar resposta a necessidades de munícipes em situação de dependência.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Associação de Apoio Social Nª Sra. Da Assunção; Associação de idosos e Deficientes do Penedo; Centro Comunitário da Paroquia da Parede; Centro Comunitário da Paróquia de Carcavelos; Centro Comunitário de Tires; Centro Paroquial S. pedro e S. João Estoril; Centro Social Paroquial S. Domingos de Rana; CERCICA; Junta de Freguesia de Alcabideche; Santa Casa da Misericórdia de Cascais; Cooperativa Nacional Apoio Deficiente; Centro de Reabilitação e Integração de Deficientes; Centro Paroquial do Estoril; Associação de Idosos de Santa Iria; Associação Beneficência Luso Alemã. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/ajudas-tecnicas	

Título do projeto **Protocolo Melhor Saúde**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Munícipes em geral.	
Descrição do projeto – Melhorar a qualidade de vida dos munícipes idosos que necessitam desta ajuda técnica (fralda) e têm dificuldades económicas para a adquirir - Implementar um sistema de cedência de fraldas com uniformidade de procedimentos e iguais critérios de atribuição, nas 12 instituições que integram o Protocolo.	

Parceiros – CMC/DHS/DPST; AMI - Centro Porta Amiga; Associação Beneficência Luso Alemã; Associação de Idosos de Santa Iria; Associação de idosos e Deficientes do Penedo; Centro Comunitário da Paroquia da Parede; Centro Comunitário da Paróquia de Carcavelos; Centro Comunitário de Tires; Centro Paroquial do Estoril; Centro Paroquial S. pedro e S. João Estoril; Centro Social da Paróquia de Nossa Senhora Conceição de Abóboda; Centro Social Paroquial S. Domingos de Rana; Junta de Freguesia de Alcabideche. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/melhor-saude

Título do projeto **Cascais Cuida +** **Gabinete de Apoio a Cuidadores de Pessoas Com Demências**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Munícipes em geral	
Descrição do projeto – Elaborar o diagnóstico sobre o número de pessoas com demência em instituição e no domínio nas áreas geográficas de intervenção; Disponibilizar informação sobre a doença, à comunidade, cuidadores informais e profissionais; Dar apoio psicológico e social aos doentes, cuidadores informais e profissionais; Dar informação sobre a gestão de negócios e o regime de tutela e prestar apoio ao nível da interposição de ações de interdição; Sinalizar as situações de incapacidade ao Ministério Público de doentes sem família ou cuja família não pretenda fazê-lo; Indicar representante para assumir a função de tutor ou integrar o Conselho de Família no caso de doentes sem família; Elaborar documentação de suporte e de informação sobre a matéria.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; A Fundação Calouste Gulbenkian; A Fundação Montepio; A Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer; O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/noticia/cascais-cria-gabinete-tecnico-para-apoiar-cuidadores-de-doentes-com-demencia	

Título do projeto **Protocolo Teleassistência**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Munícipes que se encontram em situação de dependência.	
Descrição do projeto – Desenvolvimento de ambientes capacitadores de autonomia de pessoas em situação de dependência; Proporcionar às pessoas em situação de	

dependência a manutenção da sua autonomia num quadro de normalidade, permanecendo no seu domicílio e desfrutando da mais-valia da integração numa comunidade local; Proporcionar uma resposta imediata em situações de urgência/emergência ou derivadas destas, bem como o apoio na solidão, a todos aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade ou dependência; Possibilitar o acesso gratuito ao serviço de teleassistência a munícipes com baixos rendimentos.
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Cruz Vermelha Portuguesa. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/teleassistencia

Título do projeto **Plataforma SAD+**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo – ONL sediadas no concelho de Cascais com SAD; AISA; AIDP; CCP Parede; CCTires; CPEstoril; CSPSDRana; CSP SP e SJ Estoril; CERCICA; SCMC; GADS; CCPCarcavelos; AISI; Fundação O Século e ABLA	
Descrição do projeto – Definir objetivos de intervenção centrados no sujeito alvo do serviço de apoio domiciliário, em primeiro lugar, mas também nos seus cuidadores informais enquanto elementos do sistema indivíduo. Assim, pretende-se: a)Promover a autonomia (capacidade de decidir por si) e independência da pessoa alvo da intervenção; b) Contribuir para a gestão dos riscos de velhice, sobretudo nas variáveis incapacidade e solidão sendo que os rendimentos serão alvo de outras medidas de política; c) Prestar cuidados adequados à promoção do bem-estar; cuidados esses que impliquem uma diversidade de serviços que ultrapassem apenas os de cuidados pessoais; d) Apoiar a família ou outros cuidadores informais na prestação dos cuidados, procurando responder às suas necessidades implícitas e explícitas. Significa ainda elaborar objetivos de intervenção para o serviço e para a equipa que o materializa.	
Parceiros – CMC/DHS/DDES; ONL sediadas no concelho com SAD (Serviço de Apoio Domiciliário), ACES; ISS.	

Título do projeto **Programa de Apoio Alimentar (PAA)**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo - Munícipes idosos residentes no Concelho de Cascais, em situação de dependência, carência económica e isolamento. O presente programa tem uma abrangência territorial local, ou seja engloba o Concelho de Cascais.	

Descrição do projeto - Distribuição de refeições ao domicílio em dias úteis, fins-de-semana e feriados, visando o apoio a munícipes idosos residentes no Concelho de Cascais, que se encontrem em situação de dependência ou perca de autonomia e apresentem rendimentos até ao 3º escalão de RP.
Parceiros - CMC/DHS/DDES. O PAA assenta numa parceria entre a Câmara Municipal de Cascais e duas Instituições de âmbito concelhio: a Santa Casa da Misericórdia de Cascais e a Fundação "O Século". Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/apoio-alimentar

Famílias em situação de vulnerabilidade

Título do projeto **Kuma di Kurpu**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DIST I
Público-Alvo – Grupo de Mulheres imigrantes residentes no Empreendimento da Adroana	
Descrição do projeto – Encorajar os indivíduos a identificar e refletir sobre os problemas da sua comunidade, nomeadamente na área da saúde; Promover o diálogo crítico e o conhecimento sobre questões relacionadas com a saúde e o acesso aos cuidados de saúde da comunidade imigrante; Projetar a visão da comunidade sobre estas questões, junto das instituições locais que atuam na área da saúde; Com este projeto pretende-se por um lado diagnosticar as dificuldades de acesso da população imigrante no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde e por outro lado, sensibilizar e consciencializar as instituições para esta problemática, no sentido de qualificar a resposta à população imigrante do território.	
Parceiros – CMC/DHS/DIST; Cáritas Diocesana de Lisboa; Unidade de Cuidados na Comunidade Cascais Care; ACIDI.	

Título do projeto **Grupo de Encontro com Grávidas e Mães Adolescentes**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DJUV-Espaço S
Público-Alvo – Grávidas e mães adolescentes.	
Descrição do projeto – Troca de experiências e expressão livre de sentimentos entre grávidas/mães adolescentes que procuram o Espaço S; Contribuir para o estabelecimento de projetos de gravidez e maternidade consistentes.	

Título do projeto **Protocolo com o BIPP**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo - Munícipes com deficiência grave ou doença mental, que frequentam as respostas do Fórum Sócio Ocupacional ou Centro de Atividades Ocupacionais e Famílias.	
Descrição do projeto - A Autarquia estabeleceu um Protocolo de colaboração com o Banco de Informação Pais a Pais, BIPP, com o objetivo de apoiar esta Entidade na criação de um espaço de atendimento para apoio e orientação de famílias e pessoas com deficiência. Este espaço situado no Largo do Colégio, nº 5, em Cascais, constitui um recurso à mediação/informação, com carácter decisivo para a melhoria do processo de inclusão destas pessoas com necessidades especiais. Serviços prestados: • Apoio e orientação para suprir as necessidades para pessoas portadoras de deficiência; • Apoio psicológico às famílias e pessoas portadoras de deficiência; • Apoio e orientação para formação e inserção no mercado de trabalho.	
Parceiros - CMC/DHS/DDES. Para mais informação consultar: http://www.cm-	

Parceiros – CMC/DJUV-Espaço S. Para mais informação consultar: http://www.geracao-c.com/conteudo.aspx?lang=pt&id_object=1304&name=Psicologia-da-Gravidez-e-da-Maternidade-na-Adolescencia

cascais.pt/projeto/bipp-banco-de-informacao-pais-pais

Título do projeto **Cascais Mais Solidário**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo - Pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade socioeconómica, residentes no concelho de Cascais. Capitação máxima elegível de referência do rendimento *per capita*: - Pessoa só = € 189,52 (100% do valor da pensão social) - Agregados familiares constituídos por duas ou mais pessoas = € 132,66 (70% do valor da pensão social).	
Descrição do projeto - Financiar as entidades parceiras, com estatuto de IPSS, para a concretização desta resposta, garantindo que são apoiadas as pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade encaminhadas ou que recorreram diretamente ao apoio, sempre numa perspetiva supletiva e esgotadas as prestações pecuniárias previstas na lei e/ou apoios eventuais legalmente existentes. Qualificar as organizações parceiras.	
Parceiros - CMC/DHS/DDES; AJU – Associação Jerónimo Usera, Centro Porta Amiga de Cascais (AMI), ABLA – Associação de Beneficência Luso-Alemã, Centro Comunitário da Paróquia da Parede, Centro Comunitário da Paróquia de Carcavelos, Casa Grande da Galiza – ATL da Galiza (Santa Casa da Misericórdia de Cascais), Associação das Obras Assistenciais de São Vicente de Paulo – Conselho Particular de Cascais (integra várias Conferências Vicentinas), Centro Paroquial do Estoril, Grupo de Solidariedade Justiça e Paz. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/cascais-solidario	

Título do projeto **Recriar**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DDES (apoia financeiramente, mas não é promotor)
Público-Alvo - Famílias (cerca de 20 adultos e 25 crianças e jovens) que revelem dificuldades ao nível de organização familiar, que apresentem modelos de comportamento e comunicação desadequados, dando-se prioridade a: -Famílias utentes da AJU, que já recebem outros apoios, nomeadamente apoio alimentar, económico, medicamentos, ou apoio psicológico; -Famílias beneficiárias de Rendimento Social de Inserção em especial as apoiadas pela equipa RSI AJU;	

-Famílias sinalizadas pela CPCJ – Cascais;

-Famílias encaminhadas por outros Serviços;

Todas as famílias identificadas serão submetidas a uma entrevista de triagem para as informar do funcionamento do projeto, para as escalonar por ordem de prioridade e avaliar a sua motivação para participar no ReCriar.

Descrição do projeto - Projeto de educação parental que surge com o objetivo de capacitar as famílias e dar formação na área da educação parental no âmbito da prevenção de comportamentos de risco nas famílias. Segue duas vertentes distintas: informação e formação.

Parceiros – CMC/DDES. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/projeto-recriar

Título do projeto **Projeto Farmácias do Concelho de Cascais**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST

Público-Alvo – Famílias carenciadas residentes no Concelho de Cascais.

Descrição do projeto - Garantir uma maior acessibilidade ao medicamento dos munícipes com menores recursos sociais e económicos, em contexto de doença crónica, súbita, endémica e relacionada com o processo de envelhecimento por associação ao aumento crescente da esperança média de vida; Garantir uma parceria concelhia com as farmácias, potenciando a missão de responsabilidade social destes prestadores de cuidados de saúde.

Parceiros – CMC/DHS/DPST; Farmácias: Suissa, Birre, Cascais, Rosário, Grincho, Luz, Junqueiro, S. Pedro, Fontes Rocha, Godinho Silveira. Instituições: Centros Comunitários de Tires, Parede, Estoril, Conferencias vicentinas de Cascais, Trajouce, Nossa senhora das Graças, Baeto Nuno, Aisi – Associação de idosos de St. Iria; Aisa – associação dos Idosos de Nossa Srª da Assunção.

Título do projeto **Promoção de apoios psicoterapêuticos (prestados no âmbito dos protocolos com a Academia de Psicologia e Teatro; Cadin, AJU – Associação Jerónimo Usera e Terapia Familiar)**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS

Público-Alvo - Crianças e Jovens com dificuldades cognitivas; Crianças e jovens; Comunidade em geral; Famílias de fracos em recursos em situação de vulnerabilidade.

Descrição do projeto - - Promover o acesso a apoios psicoterapêuticos de crianças, jovens (Academia Psicologia e Teatro e CADIN), famílias (Protocolo Terapia Familiar) e pessoas em geral (AJU) em situações financeiras mais desfavorecidas (consultas de psicologia, sessões de terapia familiar e consultas dirigidas a crianças e jovens com dificuldades cognitivas) - Protocolo Cadin: Assegurar/apoiar a existência da bolsa social q é gerida pelo Cadin; - Protocolo Academia Psicologia e Teatro: Assegurar 200 consultas/25€; - Protocolo AJU: Assegurar 200 consultas/25€; - Protocolo Terapia Familiar: Assegurar sessões de terapia familiar e respetiva supervisão.
Parceiros - CMC/DHS; Protocolo com Academia Psicologia e Teatro: CMC e a Academia Psicologia e Teatro; Protocolo com o CADIN: CMC e Cadin; Protocolo com a AJU: CMC e AJU (Associação Jerónimo Usera); Protocolo Terapia Familiar: CMC e Cooperativa Torre Guia e Fundação Portuguesa para o Estudo, Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

Título do projeto **Consulta de Psicologia da Gravidez e maternidade na adolescência**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DJUV-Espaço S
Público-Alvo – Gravidas e mães adolescentes residentes no concelho de Cascais.	
Descrição do projeto – Apoiar psicologicamente grávidas/mães adolescentes que procuram o Espaço S; Contribuir para o estabelecimento de projetos de gravidez e maternidade mais consistentes.	
Parceiros – CMC/DJUV-Espaço S. Para mais informação consultar: http://www.geracao-c.com/conteudo.aspx?lang=pt&id_object=1304&name=Psicologia-da-Gravidez-e-da-Maternidade-na-Adolescencia; http://www.geracao-c.com/conteudo.aspx?lang=pt&id_object=976&name=Servico-Psicologia	

Título do projeto **Da Escola para a Comunidade**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DISTII

Público-Alvo – Crianças e famílias que frequentem o Agrupamento Frei Gonçalo de Azevedo.

Descrição do projeto – Identificar, sinalizar, e avaliar situações com necessidade de intervenção terapêutica e/ou social; Assegurar consultas de psicologia, diárias em horário alargado, com acesso gratuito, integrando quatro psicólogos e quatro estagiários; Garantir o acompanhamento social ás crianças/famílias com possibilidade de integração noutros projetos; Garantir o acompanhamento integrado do processo terapêutico; Fomentar uma intervenção articulada entre ESFGA, crianças, famílias através de sessões de consultoria a tutorias em dois conselhos de turma. Criação de uma linguagem e metodologias comuns na área da saúde mental; Perceber as representações da intervenção em saúde mental a nível individual e institucional; Contribuir para a agilização de canais de comunicação e rentabilização de recursos; Promover a aquisição de um conhecimento aprofundado sobre as instituições locais e suas respostas; Instituir uma nova cultura de parceria, partilha e reflexão.

Parceiros – CMC/DHS/DISTII; Agrupamento de Escolas Frei Gonçalo de Azevedo (SPO, Direção; Escolas Básicas, Ensino Especial); Junta de Freguesia de s. Domingos de Rana (Serviço de Psicologia); Centro Social e Paroquial de S. Domingos de Rana.

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
«Aprender, a conviver uns com os outros…" – partilha de vivências familiares e educativas	CMC/DED/DASE

Público-Alvo – Crianças e famílias vulneráveis e pobres da Escola EB1 Abóboda 1.

Descrição do projeto – Constituir uma bolsa de famílias «amigas»; Selecionar as crianças (e obter o consentimento informado das respetivas famílias); Facilitar e monitorizar as vivências; Facilitar e monitorizar as trocas de serviços das famílias «amigas» na agência do Banco do tempo de Cascais; Organizar um momento festivo com todos os participantes.

Parceiros – CMC/DED/DASE; SCMC/ATL Abóboda/Mini Banco do Tempo em parceria com CMC/Laboratório de Aprendizagens/Banco do Tempo de Cascais.

Grupos Vulneráveis

Título do projeto **Plano Concelhio para a Integração de Pessoas Sem Abrigo**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Pessoas em situação de Sem Abrigo no Concelho; Técnicos com intervenção junto da população Sem-Abrigo.	
Descrição do projeto - **2010-2011** • Implementação de um esquema de procedimentos para intervenção na emergência e acompanhamento das situações sinalizadas; • Realização de um diagnóstico sobre a dimensão e natureza do fenómeno; • Promover uma perceção comum do problema e das soluções necessárias; • Promover a organização territorial das entidades envolvidas na intervenção junto das pessoas sem-abrigo; • Promover a qualificação da intervenção, na perspetiva de uma intervenção integrada; • Contribuir para a atualização de informação no âmbito da ENIPSA; **2012 -2013** • Criar / reformular as respostas e metodologias de intervenção necessárias; • Desenvolver estratégias e respostas para pessoas/famílias em risco de ficar sem-abrigo; • Desenvolver ações de formação e sensibilização.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Juntas de Freguesia, instituições particulares sem fins lucrativos, Aces de Cascais, Hospital de Cascais, num total de 21 entidades.	

Título do projeto **Projeto Sorrir dá Saúde**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Munícipes em geral.	
Descrição do projeto - Definir e implementar um Projeto de tratamento dentário dirigido a adultos não beneficiários do Plano Nacional de Saúde oral, cujo tratamento esteja inserido num acompanhamento psicossocial mais abrangente, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de competências sociais que permitam aos beneficiários uma adequada integração laboral.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST e Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Alcabideche.	

Título do projeto **Protocolo de Apoio e Qualificação das Respostas de Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) e Fórum Sócio-Ocupacional (FSO)**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo - Munícipes com deficiência grave ou doença mental que frequentem as respostas de Fórum Sócio Ocupacional ou Centro de Atividades Ocupacionais; Famílias.	
Descrição do projeto - Promover a qualificação da resposta prestada aos munícipes com deficiência grave ou doença mental; Contribuir para a conciliação entre a vida profissional e vida familiar das famílias com pessoas com deficiência e doença mental a cargo; Incentivar a integração destas pessoas em atividades socialmente úteis de modo a permitir o desenvolvimento das suas capacidades. O Protocolo prevê o desenvolvimento de ações de qualificação, um financiamento anual por utente e ainda a possibilidade das instituições parceiras se candidatarem às linhas de financiamento previstas para apoio a projetos inovadores e ações de interesse comum.	
Parceiros - CMC/DHS/DDES; APPACDM; ARIA; SCMC/CASP; CERCICA; ESSA; LARES BOA VONTADE e CRID. Paramais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/apoio-e-qualificacao-da-resposta-social-de-centro-de-actividades-ocupacionais-cao-e-forum	

Título do projeto **Esperança de Recomeçar**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo - Toxicodependentes sem abrigo.	
Descrição do projeto - Sensibilizar e motivar para as diferentes respostas existentes relacionadas com o tratamento das dependências, promovendo estratégias de redução de riscos e desenvolvendo competências pessoais e sociais que facilitem e promovam a inserção ou reinserção social destes indivíduos. Apoio a dependentes de substâncias psicoativas, sensibilizando e motivando para as diferentes respostas existentes relacionadas com o tratamento das dependências, promovendo estratégias de redução de riscos e desenvolvendo competências pessoais e sociais que facilitem e promovam a inserção ou reinserção social. Estas estratégias concretizam-se através de vários serviços e apoios: alimentar, higiene, acompanhamentos a serviços e encaminhamentos para tratamento em instituições.	
Parceiros – CMC/DHS/DDES; Centro Comunitário da Paróquia de Carcavelos. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/esperanca-de-recomecar	

Título do projeto **Protocolo Casa Jubileu**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo – Munícipes em geral.	
Descrição do projeto – Apoiar o funcionamento das respostas sociais criadas no contexto deste equipamento, dirigidas a indivíduos portadores e/ou doentes de VIH, nomeadamente: Unidade Residencial, Centro de Atendimento e Acompanhamento Psicossocial, Apartamento de Transição e Apoio terapêutico.	
Parceiros – CMC/DHS/DDES; Centro Comunitário da Paróquia de Carcavelos. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/casa-jubileu-2000	

Título do projeto **Via Verde**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Toxicodependentes sem abrigo.	
Descrição do projeto - Possibilitar o encaminhamento de toxicodependentes sem-abrigo do concelho de Cascais de uma forma célere e desburocratizada para Instituições de tratamento através de parceria com instituição concelhia para financiamento dos custos relacionados com encaminhamento para tratamento de situações de dependência sem-abrigo.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST e Centro Comunitário da Paróquia de Carcavelos. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/verde	

Título do projeto **Protocolo Unidade Dia FPEPTT (Fundação Portuguesa para o Estudo, Prevenção e Tratamento da Toxicodependência)**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Munícipes em geral.	

Descrição do projeto – Motivar ou reforçar a adesão ao tratamento e/ou reinserção sócio profissional dos beneficiários abrangidos.
Parceiros – CMC/DHS/DPST e Fundação Portuguesa para o Estudo, Prevenção e Tratamento da Toxicodependência. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/unidade-dia-fpeptt

Título do projeto **Plano Individual de Transição para a Vida Ativa**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DED/DASE
Público-Alvo – Alunos com necessidades educativas especiais.	
Descrição do projeto – No atual quadro do sistema educativo, nomeadamente no que se refere aos alunos com necessidades educativas especiais preconiza-se o desenvolvimento de competências que permitam a estes jovens a aquisição da máxima autonomia possível e lhes facilitem uma futura integração socioprofissional, de acordo com o estabelecido nos artigos 14º, 21º e 30º no Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro. O Plano Individual de Transição para a Vida ativa tem como objetivos: desenvolver saberes e capacidades com base nos interesses dos alunos; proporcionar aos alunos o desenvolvimento de competências e conhecimentos que lhes serão úteis na sua vida profissional; promover no aluno a capacidade de se tornar autónomo e independente possível; fomentar a integração do aluno na comunidade; valorizar a dimensão social e humana do trabalho.	
Parceiros – CMC/DED/DASE e Agrupamentos de Escola, IPSS, e entidades parceiras das AEC, CAF e CASE.	

Título do projeto **Saúde Mais Perto**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DIST I
Público-Alvo – Famílias imigrantes residentes no Empreendimento da Adroana	
Descrição do projeto – Promover a inserção na cultura de acolhimento de famílias de reagrupamento familiar residentes na Adroana, tendo em conta a dimensão da saúde,	

disponibilizando temporariamente um serviço de saúde de proximidade adequado às necessidades e características da população. Abranger 25 mulheres/casais em ações de informação no âmbito da saúde sexual e reprodutora; Abranger 12 jovens em ações de planeamento familiar; Detetar alterações de desenvolvimento nas crianças da faixa etária 0-6 ano; Acompanhar todas as crianças que manifestem doenças endémicas; Assegurar que todas as famílias de reagrupamento familiar são vigiadas ao nível da saúde de acordo com as normas da DG; Garantir que todas as crianças de reagrupamento familiar cumprem o plano nacional de vacinação.
Parceiros – CMC/DHS/DIST I e ACES Cascais (Unidade de Cuidados na Comunidade Cascais Care); Santa Casa da Misericórdia de Cascais; Instituto de Segurança Social.

Desigualdades de Género

Título do projeto **Fórum Municipal de Cascais contra a Violência Doméstica**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS
Público-Alvo – Profissionais de saúde das unidades de saúde do Concelho com especial destaque para o ACES e Hospital.	
Descrição do projeto – Definir procedimentos de atuação nas unidades de saúde (ACES e Hospital) nos casos de violência doméstica (nomeadamente os cuidados a ter na abordagem à vítima, a importância dos registos clínicos sobre as agressões e a avaliação do grau de risco da vítima e das crianças envolvidas); Sensibilizar os profissionais para esta problemática e para a necessidade de responder a estas situações de forma integrada com os serviços sociais e de apoio a vítimas para além da vertente clínica.	
Parceiros – CMC/DHS; Associação de Beneficência Luso-Alemã; Associação de Beneficência e Socorros Amadeu Duarte (Bombeiros da Parede); Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV); Centro Distrital de Segurança Social de Lisboa – Serviço Local de Cascais; CERCICA; ACES; Centro Paroquial do Estoril; Centro Social e Paroquial de São Pedro e São João do Estoril; Clube Gaivotas da Torre; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Cascais; Conselho Particular de Cascais da Sociedade de São Vicente de Paulo; CooperActiva - Espaço V; Cooperativa Torre Guia; Direção Geral de Reinserção Social – Equipa de Lisboa Penal 4; Equipa Comunitária de Saúde Mental de Cascais e da Parede; Fundação O Século; Fundação Portuguesa para o Estudo, Prevenção e Tratamento da Toxicodependência; GNR; IDEIA/O Nosso Sonho; IDT – Equipa do Eixo Oeiras Cascais; PSP; Santa Casa da Misericórdia de Cascais. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/violencia-domestica	

Comunidade (em geral)

Título do projeto **Projeto do Banco de Ajudas Técnico Pedagógicas**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DED
Público-Alvo – Alunos com NEE.	
Descrição do projeto – Este projeto iniciou em Janeiro de 2011, com acordo de colaboração com a Autarquia por 4 anos e está a funcionar como um centro de recursos na área das Necessidades Educativas Especiais, composto pelas valências de empréstimo e armazenamento de materiais e equipamentos adaptados e pela valência de avaliação e acompanhamento técnico Tem como destinatários principais os alunos com NEE, no pressuposto que o apoio do BATP através do acompanhamento aos agentes educativos potencie estratégias de intervenção mais adequadas e um maior acesso à aprendizagem	
Parceiros – CMC/DED; Agrupamentos de Escola, IPSS, e entidades parceiras das AEC, CAF e CASE.	

Título do projeto **Equipas de Apoio Psicossocial em Emergência (EAPSE)**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Sobreviventes (vítimas ilesas, i.e., sem ferimentos físicos) e familiares dos indivíduos envolvidos em emergências e desastres graves no Concelho de Cascais.	
Descrição do projeto – As EAPSE, de acordo com a tipologia da emergência, têm como objetivo prestar suporte psicossocial, em três modalidades: apoio psicológico, alimentação e alojamento temporário. Acionou-se através de uma Escala de 24 horas de resposta a chamadas do Serviço Municipal de Proteção Civil para prestar apoio em pequenas emergências quotidianas (incêndios urbanos, derrocadas, cheias, etc) e de um Plano Sectorial de Intervenção Psicossocial e Apoio às Populações, em situação de ativação do Plano Municipal de Emergência.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Santa Casa da Misericórdia de Cascais Fundação O Século. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/equipas-de-apoio-psicossocial-em-emergencia	

Título do projeto **Associação Nariz Vermelho**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST

Público-Alvo - Crianças hospitalizadas; Familiares; Profissionais de Saúde.
Descrição do projeto - Promover uma intervenção de cariz profissional com vista à redução do sofrimento, medos, ansiedade e stress associados ao internamento hospitalar, Transmitindo sentimentos de confiança, otimismo, apoio, companhia a crianças e adultos.
Parceiros - CMC/DHS/DPST; Associação de Apoio à Criança – Nariz Vermelho. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/operacao-nariz-vermelho

Título do projeto **Só Pais!**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DJUV-Espaço S
Público-Alvo – Pais residentes no concelho de Cascais.	
Descrição do projeto – Proporcionar um espaço de escuta ativa às dúvidas e angustias parentais face aos seus filhos, num espaço ambiente individualizado e dirigido somente a progenitores. Criar um espaço de partilha e reflexão entre Pais, sobre as questões da adolescência em geral, de modo a contribuir numa maior aproximação e entendimento.	
Parceiros – CMC/DJUV-Espaço S.	

Título do projeto **Saúde e Solidariedade**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo – Munícipes que preencham requisitos para a dádiva de sangue.	
Descrição do projeto - Contribuir para o reforço das recolhas de sangue a nível concelhio; Assegurar recolhas periódicas de sangue em todas as freguesias do Concelho; Incentivar à dádiva de sangue por parte de novos dadores do Concelho; Garantir a fidelização de dadores anteriores residentes no Concelho.	
Parceiros – CMC/DHS/DDES; Instituto Português do Sangue; Cascais Vila; Continente – CascaiShoping; Edifício Ideia – S. Domingos Rana; Bombeiros Voluntários Parede; Bombeiros Voluntários dos Estoril; Bombeiros Voluntários Alcabideche e Bombeiros Voluntários Parede Amadeu Duarte.	

Associações de Cidadãos

Título do projeto **Encontros da Plataforma Saúde em Diálogo**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo - Profissionais de saúde; Doentes crónicos; Familiares de doentes crónicos; Munícipes em geral.	
Descrição do projeto - Proporcionar um diálogo concertado entre a autarquia, as diferentes associações representativas dos doentes crónicos e os munícipes e das associações entre si.	
Parceiros – Plataforma Saúde em Diálogo	

Saúde

Título do projeto **Plataforma Saúde na Escola: Dinamização e apoio a Projetos**	**Entidade de Referência de contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo - Comunidade escolar.	
Descrição do projeto - Dinamização de plataforma de diálogo concertado e regular em torno da Promoção e Educação para a Saúde entre a comunidade escolar e diversas entidades concelhias com intervenção em saúde, com os seguintes objetivos: - Assegurar aos jovens a oportunidade de desenvolverem competências pessoais e sociais que lhes permitam realizar escolhas informadas, agir sobre fatores de risco e melhorar a gestão da sua saúde, adotando comportamentos e estilos de vida mais saudáveis; - Apoiar e desenvolver o Projeto Educativo da Escola em matéria de Promoção e Educação para a Saúde; - A partilha conjunta da responsabilidade da promoção da saúde entre os diversos agentes (autarcas, pais, professores, técnicos de saúde, e outros agentes da comunidade); -A construção de indicadores e metas verificáveis de saúde em meio escolar.	
Parceiros – CMC/DHS/DDES. São parceiros da Plataforma Saúde na Escola, a Câmara Municipal de Cascais, catorze Agrupamentos e Escolas não Agrupadas do Ensino Público, cinco estabelecimentos do Ensino Privado, a Federação das Associações de Pais e o Agrupamento dos Centros de Saúde de Cascais, que a 15 de Outubro de 2010 assinaram carta compromisso no Centro Cultural de Cascais, afirmando a disponibilidade de adesão	

aos princípios de promoção da saúde enunciados no contexto da Plataforma.

Formação

Título do projeto **Formação a cuidadores formais e informais de pessoas com demências**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo – Cuidadores formais – técnicos e auxiliares; Cuidadores informais de pessoas com demência residentes no concelho.	
Descrição do projeto - Reforço de competências dos cuidadores, por forma a prestarem melhores cuidados com o menor esforço e menor desgaste.	
Parceiros – CMC/DHS/DDES; APFADA (Associação Portuguesa. De Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer) Alzheimer Portugal.	

Título do projeto **SIM – Saúde Intervenção Mental na Comunidade**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DIST II
Público-Alvo – Direções e técnicos das instituições públicas e privadas da freguesia de S. Domingos de Rana.	
Descrição do projeto – Criação de uma linguagem e metodologias comuns na área da saúde mental; Perceber as representações da intervenção em saúde mental a nível individual e institucional; Contribuir para a agilização de canais de comunicação e rentabilização de recursos; Promover a aquisição de um conhecimento aprofundado sobre as instituições locais e suas respostas; Instituir uma nova cultura de parceria, partilha e reflexão.	
Parceiros – CMC/ DISTII; DJUV – Espaço S; Junta de Freguesia de S. Domingos de Rana – Serviço de Psicologia; Agrupamento de Escolas Frei Gonçalo de Azevedo – Serviço de Psicologia e Orientação (SPO); Agrupamento de Escolas Matilde Rosa Araújo – Serviço de Psicologia.	

Título do projeto **Investigação Sobre a Dinâmica da Consulta Psicológica de Adolescentes**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DJUV-Espaço S
Público-Alvo – Jovens do concelho de Cascais com uma faixa etária entre os 10 e os 24 anos.	
Descrição do projeto – Avaliar a eficiência da psicoterapia com adolescentes contribuir para um melhor entendimento da prática da psicoterapia com adolescentes.	
Parceiros – CMC/DJUV-Espaço S; ISPA - IU - Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Instituto Universitário.	

Título do projeto **Crescer a Brincar**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Público-Alvo Intermédio: Professores de 1º Ciclo. Público-Alvo Final: crianças dos 6 anos aos10 anos.	
Descrição do projeto - Promoção de fatores de proteção e redução dos fatores de risco nos alunos; - Promoção da aquisição de competências psicossociais que contribuam para o bem-estar dos alunos e ajustamento psicológico por forma a refletir-se em níveis menos elevados de depressão e níveis elevados de autoestima; - Dotar os alunos de capacidades para resistir às pressões dos pares; - Dotar os professores de instrumentos e metodologias que lhes permitam trabalhar variáveis sócio afetivas com os alunos; - Contribuir para a promoção da saúde no seu conceito global.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST. Associação Prevenir com o apoio da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa e do Ministério de Educação - Núcleo de Educação para a Saúde e Ação Social Escolar (NESASE). Para mais informação consultar http://www.cm-cascais.pt/projeto/crescer-brincar	

Título do projeto **Castelos de Risco**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST

Público-Alvo - Intermédio: Professores de 2 e 3 º Ciclos e do ensino secundário; Final: alunos a frequentar os Ensinos Básico 2º e 3º Ciclos e Secundário das escolas públicas e privadas do concelho.
Descrição do projeto - Tendo sido Cascais considerado um concelho de intervenção prioritária, este Projeto integra-se no âmbito da Educação para a Saúde e da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis pretendendo responder às constantes solicitações por parte das Escolas do concelho. Visa promover o desenvolvimento pessoal e social, proporcionando uma atitude participativa na mudança dos jovens de modo a reforçar os fatores de proteção.
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Associação ARISCO; Agência Cascais Natura – Pedra Amarela. Mais informação em http://www.cm-cascais.pt/projeto/castelos-de-risco

Título do projeto **Eu Passo**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Público-alvo Intermédio: Professores de 2 e 3 º Ciclos do ensino básico; Público-alvo final: alunos a frequentar o 2º e 3º ciclos do ensino básico.	
Descrição do projeto - Promoção de hábitos de vida saudáveis e de competências psicossociais com o objetivo de diminuir a percentagem dos alunos que experimentam e fumam regularmente; Desenvolver competências que permitam aos alunos lidar melhor com as problemáticas específicas da adolescência; Contribuir para a promoção da Saúde no seu conceito global.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Associação Prevenir; Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa e do Ministério de Educação- Núcleo de Educação para a Saúde e Ação Social Escolar (NESASE).	

Título do projeto **Pré- Programa de Competências**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo – Público-alvo Intermédio: Educadores de Infância; Público-alvo final: crianças dos 4 aos 5 anos e Educadores de Infância.	
Descrição do projeto - Estimular as crianças a praticar comportamentos positivos, seguros e saudáveis, de forma a se tornarem autónomas; - Promover o Autocontrolo e a Disciplina, para que as crianças sejam mais disciplinadas e interiorizem um sistema de regras, que facilitam a aprendizagem e aquisição de outras competências;	

- Ajudar as crianças a desenvolver a Identificação e Diferenciação Emocional, para que percebam como elas e os outros se sentem, criando a base para a gestão emocional. - Melhorar a qualidade da relação com as crianças; - Facilitar a transição das crianças ao 1º Ciclo do Ensino Básico. O "Pré-Programa de Competências", é um programa longitudinal, com a duração de dois anos, que pressupõe a formação de educadores, com a aplicação do respetivo programa ao longo do ano letivo. No 1º ano, os educadores trabalham com as crianças o Autocontrolo e a Disciplina, assim como a Identificação e Diferenciação Emocional e no 2º ano aumentam a sua autoestima e Competências Sociais, através de sessões estruturadas, que contém histórias e atividades/jogos interativos.
Parceiros – CMC/DHS/DDES. Associação Prevenir com o apoio da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa e do Ministério de Educação-Núcleo de Educação para a Saúde e Ação Social Escolar (NESASE). Para mais informação consultar cm-cascais.pt/projeto/pre-programa-de-competencias

Título do projeto **Coisas de todos Nós**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Pais e Encarregados de Educação de crianças e jovens das escolas do Concelho de Cascais.	
Descrição do projeto - O Coisas de Todos Nós, desenvolve-se junto de Escolas e/ou espaços comunitários, envolvendo pais e professores na organização de sessões onde são abordados diversos assuntos que constituem preocupação quer da escola quer dos pais. As sessões decorrem em horário pós-laboral e as temáticas abrangem todos os ciclos incluindo o jardim de Infância. Este projeto tem a duração de um ano letivo, renovável a cada ano. Tem como objetivos: - Potenciar a articulação entre estruturas da comunidade que intervêm nos domínios das competências parentais no âmbito educativo, promoção da saúde e da prevenção do uso / abuso de substâncias psicoativas; - Desenvolver competências parentais reconhecidas como fatores de proteção, nomeadamente a comunicação, a resolução de problemas/conflitos e informar os pais para que possam lidar com situações de uso / abuso de substâncias psicoativas por parte dos filhos; - Divulgar boas práticas.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; CMC/DED/DASE; FPETPTT; FAP; IDT. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/coisas-de-todos-nos	

Título do projeto **Espaço S**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DJUV-Espaço S
Público-Alvo – Jovens residentes no concelho de Cascais dos 10 aos 24 anos.	
Descrição do projeto – Fornecer resposta às necessidades da população jovem, residente no concelho de Cascais, visando a melhoria da qualidade de vida na área da Informação, Prevenção e cuidados de Saúde para Jovens dos 10 aos 24 anos.	
Parceiros – CMC/DJUV-Espaço S; Hospital S. Francisco Xavier; Departamento de Saúde Mental de Cascais St.ª Casa da Misericórdia de Cascais; Maternidade Alfredo da Costa. Para mais informação consultar: http://www.geracao-c.com/conteudo.aspx?lang=pt&id_object=3339&name=Espaco-S http://www.cm-cascais.pt/sub-area/comunicacao-e-informacao	

CONDIÇÕES DE VIDA

Ambiente

Título do projeto **Avaliação da Qualidade do Ar no Concelho de Cascais**	**Entidade Promotora** CMC/DAM
Público-Alvo – Toda a população do concelho de Cascais.	
Descrição do projeto – Elaboração de uma Carta de Qualidade do Ar do concelho de Cascais. Foram realizados conjuntos de medições de qualidade do ar com campanhas de verão e inverno no concelho de Cascais, e desenvolvimento de modelo informático.	
Parceiros – CMC/DAM; Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa Comissão Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo l.	

Título do projeto **Medição de Odores**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DAM
Público-Alvo – População das mediações do aterro sanitário de Trajouce.	
Descrição do projeto – Responder com clareza às reclamações da população identificando os produtos químicos responsáveis pelos maus cheiros e associa-los às causas dos mesmos.	
Parceiros – CMC/DAM; Faculdade de Ciências e Tenologias da Universidade Nova de Lisboa.	

Título do projeto **Análise da qualidade do ar em Cascais**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DAM
Público-Alvo – População de Cascais.	
Descrição do projeto – Verificação dos parâmetros legais da qualidade do ar.	
Parceiros – CMC/DAM; Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (CCDR-LVT).	

Título do projeto **Monitorização da qualidade da água balnear das praias do Concelho de Cascais**	**Entidade Promotora** CMC/DAM
Público-Alvo – Toda a população residente e visitante do concelho.	
Descrição do projeto – Avaliar a qualidade da água das ribeiras quer em termos temporais quer em termos espaciais, permitindo a identificação de troços críticos e zonas sensíveis; Identificar descargas indevidas na linha de água de forma a poder erradicá-las. Promover a melhoria dos ecossistemas existentes de forma a tornar as ribeiras de cascais como locais de interesse ecológico; Avaliar a qualidade da água balnear das praias do concelho de Cascais de forma a evidenciar o cumprimento dos requisitos legais com vista	

ao bem-estar da população e promoção do turismo; Identificar descargas indevidas na orla costeira de forma a poder erradicá-las.
Parceiros – CMC/DAM; SANEST e AdC.

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
Monitorização analítica da qualidade da água das ribeiras do Concelho de Cascais, no âmbito do protocolo estabelecido entre a CMC e a SANEST	CMC/DAM
Público-Alvo – Águas de Cascais, SA; População em geral e comunidade científica.	
Descrição do projeto – Avaliar o impacte da descarga da ribeira no meio recetor (mar); Avaliar o estado geral da massa de água de uma forma expedita e não muito complexa e, por outro lado, Identificar problemas para uma resolução a curto prazo; Identificar descargas de águas residuais; Avaliar a evolução espacial da ribeira (de montante para jusante) e avaliar a evolução temporal (tendo por base o histórico).	
Parceiros – CMC/DAM; SANEST.	

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
Estudo sobre a evolução dos resíduos produzidos pelas empresas localizadas no Concelho de Cascais 2006 a 2009	CMC/DAM
Público-Alvo – Empresas do Concelho, empresas municipais e intermunicipais relacionadas com resíduos e a população geral do concelho de Cascais.	
Descrição do projeto – Analisar a evolução dos resíduos produzidos e registados no Sistema Integrado de Registo da Agência Portuguesa do Ambiente (SIRAPA) pelas empresas localizadas no Concelho de Cascais, de 2006 a 2009, em termos da produção de resíduos, em toneladas, classificação, origem, perigosidade e destino final dos mesmos.	

Parceiros – CMC/DAM; Agência Portuguesa de Ambiente e o Gabinete de Estatística da Autarquia.

Título do projeto **Obra da Avenida da Dinamarca, França e Holanda**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DAM
Público-Alvo – Toda a população residente e visitante do concelho.	
Descrição do projeto – Redução / Eliminação da carga poluente existente na Ribeira da Cadaveira e consequentemente a melhoria da qualidade da água da zona balnear da Poça.	
Parceiros – CMC/DAM; Águas de Cascais; Faculdade de Ciências e Tecnologia – Universidade Nova de Lisboa.	

Título do projeto **Obra da Ribeira das Vinhas e encaminhamento das águas subterrâneas do CascaisVilla**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DAM
Público-Alvo – População em Geral.	
Descrição do projeto – Teve este projeto por objetivo, a limpeza da ribeira das vinhas no seu troço encanado no centro de Cascais, bem como a canalização das águas subterrâneas provenientes da zona do estabelecimento CascaisVilla	
Parceiros – CMC/DAM; AdC; ARH-LVT.	

Título do projeto **Plano de arborização municipal**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DAM
Público-Alvo – População do concelho.	
Descrição do projeto – Instalação de árvores que ajudem á integração paisagística na área envolvente. Replantação de árvores mortas, substituição de exemplares em mau estado fitossanitário, substituição por espécies mais adequadas ao contexto existente, execução de novas plantações e preenchimento de caldeiras vazias.	
Parceiros – CMC/DAM; CMC.	

Equipamentos Sociais

Título do projeto **Protocolos de Apoio financeiro à Construção de Equipamentos – respostas na área da saúde**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo – Instituições Particulares Sem Fins Lucrativos.	
Descrição do projeto – Construção de equipamentos com vista à promoção de respostas socias e de Saúde.	
Parceiros – CMC/DHS/DDES; ANEA; SER + (Ex GADS); Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer (APFADA – Alzheimer Portugal). Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/apoio-construcao-de-equipamentos-sociais-e-de-saude	

Título do projeto **Plataforma de Qualificação dos Centros de Dia (experiência de partenariado)**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DDES
Público-Alvo - ONL sediadas no concelho de Cascais com Centro de Dia: AISA; Ass.Id Def.Penedo; CCPParede; CCTires; CPEstoril; CSPSP e SJ Estoril; SCMC; CSPSDRana.	
Descrição do projeto – Impulsionar a existência de Centros de Dia com qualidade (…)	

que respondam às necessidades dos seus clientes externos e internos; Promover uma intervenção que parta de uma visão estratégica comum; Desenvolver uma atitude de coresponsabilização no Desenvolvimento social do território; de liderança e visão estratégica; Promover a cooperação das entidades gestoras de Centros de Dia; Contribuir para a Sustentabilidade Financeira das entidades gestoras de Centro de Dia.
Parceiros – CMC/DDES; Centros de Dia; ONL; ACES; ISS, ESSA e CMC. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/plataforma-qualificacao-centros-de-dia

Título do projeto **Programa Requalifica Five**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo – Entidades sem fins lucrativos.	
Descrição do projeto – Surge de um grande investimento municipal que visa beneficiar os equipamentos sociais de entidades sem fins lucrativos, quer de forma reativa às solicitações da rede solidária, ora proactiva face à identificação pontual de situações que o exigem, bem como da identificação e valorização das carências existentes na Carta de Equipamentos e Serviços Sociais do Concelho, enquanto instrumento de diagnóstico e planeamento estratégico de respostas sociais concelhias.	
Parceiros – CMC/DHS/DDES e diversas unidades orgânicas da autarquia (DMT; DPT; DAM; SPC) e outras entidades externas. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/requalifica-five	

Habitação

Título do projeto **Oficina Social**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo - Munícipes com idade igual ou superior a 65 anos ou com dependência temporária ou avaliação social poderá haver uma comparticipação financeira por parte dos beneficiários de acordo com a tabela aprovada. O apoio concedido a cada utente tem o valor máximo de 3.000€,incluindo IVA/ano.	

Descrição do projeto - O principal objetivo do projeto é a realização de pequenas reparações /adaptações em casa de munícipes idosos (com idade igual ou superior a 65 anos), ou dependentes, para os quais a execução das reparações/adaptações seja determinante para o seu bem-estar, para o processo de reabilitação e em última análise para a sua permanência no domicílio, com a maior qualidade de vida possível, retardando ou anulando o recurso à institucionalização.
Parceiros - CMC/DHS/DDES. O Projeto Oficina Social funciona em parceria com 13 Instituições (IPSS) do concelho com Serviço de Apoio Domiciliário (parceiros gestores); 2 parceiros operacionais que promovem a integração de desempregados e um parceiro consultor. Permanente, com rendimento *per-capita* equiparado ao valor do salário mínimo nacional. Para mais informações consultar: http://www.cm-cascais.pt/servico/oficina-social; http://www.cm-cascais.pt/projeto/oficina-social

Título do projeto **Situações de Insalubridade em Domicilio**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Munícipes.	
Descrição do projeto – Garantir uma intervenção coordenada nos casos sinalizados como de insalubridade em domicílio; Promover a saúde contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos munícipes; Diminuir fatores de risco de saúde pública e ambiental; Proporcionar uma intervenção o mais imediata possível, com vista à limpeza e desinfestação das situações sinalizadas; Garantir respostas para o acompanhamento psicossocial das situações sinalizadas, diminuindo o risco de reincidência.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; ACES – Unidade de Saúde Publica e Gabinete do Cidadão; Segurança Social – Serviço Local.	

DETERMINANTES INDIVIDUAIS DA SAÚDE

COMPORTAMENTOS/ESTILOS DE VIDA

Hábitos Alimentares

Título do projeto **Programa de Qualidade e Educação Alimentar**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DED/DASE
Público-Alvo – Alunos que frequentam as escolas da rede concelhia.	
Descrição do projeto – Qualificar os espaços e os tempos de refeição; Qualificar práticas educativas no âmbito da Educação Alimentar. Durante todo o ano letivo de 2011/2012, a ASE tem em funcionamento um Programa de Educação Alimentar e Qualificação contínua da resposta alimentar.	
Parceiros – CMC/DED/DASE e Agrupamentos de Escolas.	

Título do projeto **Estratégia para uma alimentação saudável**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Alunos das escolas públicas e privadas que integram a plataforma saúde na escola; professores; pais/encarregados de educação.	
Descrição do projeto - Promover estilos de vida saudáveis nas crianças e jovens, especificamente ao nível alimentar.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Escolas; Plataforma Saúde na Escola; ACES Cascais; FAP – Federação das Associações de Pais e Encarregados Educação Concelho Cascais; Associações que desenvolvem trabalho na área da alimentação saudável/obesidade.	

Título do projeto **Projeto Menos Açúcar Mais Saúde**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Crianças de 1º ciclo do ensino básico.	
Descrição do projeto - Sensibilização da população escolar no âmbito da saúde oral, atividades de promoção da atividade física e workshops de culinária.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST e Associação médicos dentistas solidários portugueses – "Mundo a Sorrir".	

Título do projeto **Obesidade Zero**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Famílias com crianças obesas ou com problemas de peso.	
Descrição do projeto - Desenvolver nas famílias com crianças obesas ou com problemas de peso um programa de cozinha saudável para toda a família e um programa compreensivo de aconselhamento alimentar.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Universidade Atlântica – CEIDSS; Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais.	

Higiene Oral

Título do projeto **Aprender a ser saudável**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Crianças entre os 5 e os 11 anos que se encontram a frequentar o 1º Ciclo.	
Descrição do projeto - Este projeto visa a implementação da escovagem dentária nas escolas com supervisão de professores e/ou auxiliares. O principal objetivo é o de melhorar a higiene oral das crianças, pretendendo-se no final do projeto que estas crianças tenham interiorizado: - Conceitos básicos sobre cárie dentária e patologias associadas, - Regras básicas sobre escovagem dentária e higienização total da cavidade oral, - Benefícios de uma alimentação saudável.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST e Associação médicos dentistas solidários portugueses – "Mundo a Sorrir". Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/aprender-ser-saudavel	

Segurança Infantil

Título do projeto **Projeto Carta de Peão Infantil**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Alunos do 1º ciclo do Ensino básico; Agentes de segurança.	
Descrição do projeto - Pretende contribuir para o aumento da mobilidade autónoma responsável dos jovens de modo a reduzir o número e a gravidade de acidentes envolvendo utilizadores rodoviários infantis, em particular enquanto peões.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Instituto Superior Técnico; Associação Lavoisier. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/noticia/alunos-do-primeiro-ciclo-recebem-cartas-do-peao-infantil-entrega-dia-25-de-maio-16h00-escola	

Título do projeto **Protocolo APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Pais; Educadores; Assistentes Operacionais; Professores; Crianças; Jovens; Profissionais (Motoristas; Vigilantes; Assistentes Operacionais).	
Descrição do projeto – Os acidentes envolvendo crianças constituem a principal causa de morte e incapacidade nas crianças e jovens, a partir do primeiro ano de vida. Este projeto visa sensibilizar e informar, sobre diversas temáticas, no âmbito da Segurança Infantil - áreas da segurança rodoviária, segurança na água, segurança nas brincadeiras e nos espaços de jogo e recreio.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; APSI e Controlauto**.** Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/apsi-associacao-portuguesa-para-promocao-da-seguranca-infantil	

Sexualidade e Afetos

Título do projeto **Educação para os Afetos**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DJUV-Espaço S
Público-Alvo – 5 turmas da Escola Frei Gonçalo Azevedo.	
Descrição do projeto – Sensibilizar e refletir com os jovens sobre temáticas	

relacionadas com vivências emocionais e com a sexualidade.
Parceiros – CMC/DJUV-Espaço S; Escola Frei Gonçalo Azevedo. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/sub-area/comunicacao-e-informacao

Título do projeto **Ver, Ouvir e Debater – ciclo de cinema e debate VIH/SIDA**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário.	
Descrição do projeto - O objetivo desta iniciativa é promover a reflexão e discussão sobre a temática do VIH/Sida, por forma a elevar o nível de informação e, sobretudo, de educação sobre o VIH/SIDA, especialmente das camadas mais jovens do concelho e, assim, contribuir para a mudança de atitudes e comportamentos face ao VIH/SIDA.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Associação SER; (Ex Gabinete de Apoio Desafio Sida); Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ACES de Cascais.	

Título do projeto **Oficina de Formação: Desenvolvimento de projetos em Educação Sexual** **Workshops temáticos em Educação Sexual**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DED/DASE
Público-Alvo – Docentes do ensino básico e secundário das escolas do concelho.	
Descrição do projeto – Com a oficina de formação e tendo a metodologia de projeto como estratégia metodológica, promotora da investigação-ação, pretende-se que os docentes do ensino básico e secundário desenvolvam competências que os torne autónomos na gestão e implementação de projetos de Educação Sexual nas turmas, por um lado, e por outro, que complementem a sua intervenção na área com estratégias adequadas e diversificadas às várias faixas etárias de abordagem a esta mesma temática. Os conteúdos da oficina de formação são transversais, e vão sendo intercalados e relacionados à medida que vai decorrendo a formação, sempre em função da prática de cada um dos formandos. Neste sentido, as sessões serão sempre teórico-práticas, privilegiando-se, contudo, a componente prática, de estratégias de abordagem a esta área temática. Com os workshop's pretende-se dinamizar sessões em torno de um tema específico na área da Educação Sexual, de materiais e recursos desenvolvidos neste âmbito por diversos profissionais, ou ainda em torno da partilha de projetos dinamizados por escolas	

do concelho. Estas sessões temáticas, de curta duração, destinam-se a docentes do ensino básico e secundário e decorrerão em datas a fixar, ao longo do ano.
Parceiros – CMC/DED/DASE; Centro de formação de professores de Cascais.

Saúde Mental e Identidade

Título do projeto **Projeto Y (WHY) - Prevenção da depressão e suicídio nos jovens**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Tem como destinatários profissionais de saúde e educação cujas práticas profissionais são dirigidas essencialmente a jovens, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos de idade.	
Descrição do projeto – O projeto Y (acrónimo para "Why youth mental health") decorre de protocolo de colaboração entre a FCM-UNL e a CMC no âmbito do projeto European Alliance Against Depression e é um projeto-piloto de intervenção em contexto escolar que tem por objetivo a melhoria do reconhecimento, referenciação e da prestação de cuidados de saúde mental a jovens, entre os 15 e 24 anos, com depressão e em risco de suicídio nas regiões da Amadora, Cascais e Oeiras. A avaliação da intervenção decorreu longitudinalmente tendo por variáveis principais de resultados o número de atos auto agressivos e suicídios consumados neste grupo etário (Amadora), bem como o número de jovens referenciados para os cuidados de saúde mental. - Dotar os decisores nas áreas da saúde e da educação de informação fidedigna, baseada na melhor evidência, para a abordagem da avaliação do risco de suicídio, incluindo o reconhecimento e referenciação da depressão em instituições educativas para jovens com idades entre os 15 e os 24 anos.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Departamento de saúde mental da Faculdade de Ciências; Universidade de Dalhousie; Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; Hospital Dr. Fernando da Fonseca; Centro de Saúde da Amadora; Centro de Saúde de Cascais; Centro de Saúde de Oeiras; Câmara Municipal da Amadora; Câmara Municipal de Cascais; Câmara Municipal de Oeiras; Escola Secundária da Amadora; Escola Secundária da Cidadela de Cascais; Escola Secundária de Miraflores; Olá Jovem.	

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**

Público-Alvo – Gravidas e mães adolescentes residentes no concelho de Cascais.	
Descrição do projeto – Apoiar psicologicamente grávidas/mães adolescentes que procuram o Espaço S. Contribuir para o estabelecimento de projetos de gravidez e maternidade mais consistentes.	
Parceiros – CMC/DJUV-Espaço S. Para mais informação consultar: http://www.geracao-c.com/conteudo.aspx?lang=pt&id_object=1304&name=Psicologia-da-Gravidez-e-da-Maternidade-na-Adolescencia	

Título do projeto **Projecto EAAD – European Aliance Against Depression**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo - Médicos de família; Público em geral; Doentes e familiares; Parceiros.	
Descrição do projeto - Deteção precoce da depressão e a otimização da prestação de cuidados a doentes deprimidos. A estratégia de intervenção deste Programa assenta na necessidade premente de otimizar os programas nacionais em torno dos cuidados prestados aos doentes deprimidos tendo por objetivo abordar os problemas de diagnóstico e as lacunas no tratamento da depressão, estabelecendo "programas de intervenção a 4 níveis para a depressão" em diversas regiões Europeias: 1. Cooperação com médicos de família (e.g formação avançada); 2. Relações públicas, informação para o público em geral; 3. Oferta de apoio a doentes e familiares (grupos de auto ajuda, grupos de alto-risco); 4. Cooperação com parceiros (e.g. professores polícia, media, etc.).	
Parceiros – CMC/DHS/DDES; Protocolo de cooperação entre a Faculdade de Ciências Médicas -UNL e a Câmara Municipal de Cascais e criada a Aliança Portuguesa Contra a Depressão.	

Consumo de Substâncias Psicoativas

Título do projeto **Risca este Risco**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST

Público-Alvo – Alunos do 3º ciclo do Ensino Básico e Secundário que frequentam Escolas públicas ou privadas do concelho.
Descrição do projeto - Aumentar a informação e conhecimento dos jovens em relação às consequências do uso/abuso de substâncias psicoativas; Contribuir para a modificação das perceções erradas em relação à problemática da toxicodependência; Prevenir o uso/abuso de substâncias psicoativas. É composto por duas sessões de sensibilização/informação (90 minutos cada), em que a 1ª consiste num Teatro/Debate – três Sketches onde são abordadas três das substâncias mais consumidas pelos jovens (Álcool, Cannabis e Ecstasy); e numa 2ª sessão, são dadas as respostas às questões/dúvidas colocadas pelos alunos. Nestas sessões promove-se a discussão de aspetos relacionados com: o direito à diferença; opção de dizer não; ensaiar novos papeis e novas ações, refletindo sobre os factos sociais que geram o contexto droga e/ou para as alternativas que se devem proporcionar para que o jovem possa tomar uma decisão.
Parceiros – CMC/DHS/DPST; PSP e GNR - Escola Segura; Unidades de Saúde Pública – Enfermeiros de Saúde Escolar. Para mais informação consultar http://www.cm-cascais.pt/projeto/risca-este-risco

Título do projeto **Sabes Dizer Não?**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Alunos do 3º ciclo do Ensino Básico e Secundário que frequentam Escolas públicas ou privadas do concelho.	
Descrição do projeto - Aumentar a informação e conhecimento dos jovens em relação às consequências do uso/abuso de substâncias psicoativas; - Contribuir para a modificação das perceções erradas em relação à problemática da toxicodependência; - Prevenir o uso/abuso de substâncias psicoativas.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; PSP e GNR - Escola Segura; Unidades de Saúde Pública – Enfermeiros de Saúde Escolar. Para mais informação consultar http://www.cm-cascais.pt/projeto/sabes-dizer-nao	

Título do projeto **Conhecer para Prevenir**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - A comunidade escolar da freguesia do Estoril, instituições (privadas e públicas).	

Descrição do projeto - Aumentar a informação e conhecimento dos jovens em relação às consequências do uso/abuso de substâncias Psicoativas; Contribuir para a modificação das perceções erradas em relação à problemática da toxicodependência; Prevenir o uso/abuso de substâncias Psicoativas.
Dotar os técnicos de:
- Conhecimentos e técnicas nesta temática;
- Capacitação de gestão de resolução de conflitos.

Parceiros – CMC/DHS/DPST; Agentes Escola Segura; Técnicos Saúde ACES Cascais (Saúde Escolar); Técnicos IDT; Técnica Junta Freguesia Estoril; SCMC -Casa Grande; CERCICA, FPEPTT.

Título do projeto **Ponto de Escuta**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST

Público-Alvo – Comunidade escolar (alunos, professores, funcionários, encarregados de educação, etc).

Descrição do projeto - Informar os alunos, famílias e técnicos de educação sobre:

- Especificidades do álcool e das drogas
- A doença da dependência química
- Adições e as suas consequências
- Os fatores de risco para o abuso e dependência do álcool e das drogas
- Fatores de proteção e promoção da saúde.
- Encaminhar para serviços específicos no Concelho de acordo com as avaliações efetuadas.
- Ensinar a identificar sinais e sintomas característicos do início do consumo abusivo de álcool e drogas.
- Apoiar no desenvolvimento de Estratégias de Prevenção
- Aconselhamento "on-line".

Parceiros – CMC/DHS/DPST; Federação das Associações de Pais do Concelho de Cascais; Help Now. Para mais informação consultar http://www.cm-cascais.pt/projeto/pontodescuta

Título do projeto **Estratégia de Prevenção de Uso e Abuso de Álcool**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Jovens do Concelho de Cascais.	
Descrição do projeto - Caracterizar a população adolescente quanto ao grau de relacionamento com o álcool; Aumentar a informação dos jovens em relação ás consequências do uso e abuso de álcool; Contribuir para a modificação das perceções erradas dos jovens em relação à problemática do álcool; Prevenir uso e abuso de Álcool, por parte dos jovens.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Fundação Portuguesa para o Estudo Prevenção e Tratamento da Toxicodependência; Escola de Hotelaria do Estoril; Centro Médico de Alcoitão. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/noticia/dia-shots-sem-alcool-nas-escolas-ajuda-prevenir-comportamentos-de-risco-junto-de-3500-alunos	

Título do projeto **Semana de Prevenção sem Álcool**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Jovens do Concelho de Cascais.	
Descrição do projeto - Contribuir para a prevenção do consumo da substância Álcool, utilizando metodologias atrativas e participativas; - Desenvolver ações de informação e sensibilização sobre os efeitos do uso e abuso do álcool.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; Federação das Associações de Pais do Concelho de Cascais; Rádio Megahits, do Grupo Renascença; Decathlon; FNAC CascaisShoping; Agência Cascais Natura – Pedra Amarela; Escola de Hotelaria e Turismo do Estoril.	

Atividade Física e Desporto

Título do projeto **Cascais Ativo - Desporto na Escola**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DES/DESP
Público-Alvo – todos os alunos do ensino público e privado do concelho de Cascais, desde o 1º Ciclo do Ensino Básico ao Ensino Secundário.	
Descrição do projeto – Consiste num conjunto de atividades físicas e desportivas que decorrem ao longo do ano letivo tendo como objetivo principal a realização de momentos de competição e convívio entre a população escolar, dinamização da atividade física e do desporto e a promoção de modalidades especiais.	
Parceiros – CMC/DES/DESP; todas as Escolas públicas e privadas do Concelho na organização e participação das atividades. Alguns Clubes Desportivos do Concelho na organização de algumas atividades. Para mais informações consultar: http://www.cm-cascais.pt/sub-area/cascais-ativo-e-desporto-na-escola	

Título do projeto **Cascais Ativo é Desporto nas Férias**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DES/DESP
Público-Alvo – Jovens residentes no concelho de Cascais, com idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos.	
Descrição do projeto – O programa, que pretende ocupar o tempo livre dos jovens de forma ativa, durante as férias de Verão.	
Parceiros – CMC/DES/DESP; Para mais informações consultar: http://www.cm-cascais.pt/sub-area/cascais-ativo-e-desporto-nas-ferias	

Título do projeto **Seniores em Movimento**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Pessoas idosas integradas em respostas de Centro de Dia e de Convívio	

do com residência no Concelho.

Descrição do projeto – Contribuir para a promoção e adoção de estilos de vida saudáveis e consequente melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas; Promover a aptidão física dos participantes e desenvolver a autonomia funcional; Promover a autoestima; Contribuir para a aquisição de ganhos no processo de relacionamento interpessoal; Contribuir para um processo integrada na perspetiva do envelhecimento ativo.

Parceiros – CMC/DHS/DPST; 30 Centros de Dia e de Convívio de todo o Concelho; Junta de Freguesia de Alcabideche – Complexo Desportivo de Alcabideche; Academia Dramático de Cascais; CERCICA – Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais; ANEA – Associação Nacional de Espondilite Anquilosante; Associação Humanitária de Bombeiros da Parede Amadeu Duarte; Piscinas Municipais da Abóboda.

Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/seniores-em-movimento

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
Cascais ativo viva 30	CMC/DES/DESP

Público-Alvo – Toda a população do Concelho, independentemente do género, da idade e da experiência desportiva de cada um, com o intuito de oferecer uma primeira experiência em diversas modalidades, bem como, a satisfação de todos os munícipes, melhorando a oferta quantitativa e qualitativamente.

Descrição do projeto – O Programa de Promoção Desportiva, "Cascais Ativo Viva 30", consiste na realização de um variado leque de atividades físicas e desportivas de ar livre, com o intuito de incentivar a prática de atividade física regular, fomentar estilos de vida ativos e saudáveis, acessíveis a toda a população, promovendo simultaneamente zonas verdes e protegidas, orla costeira entre muitos outros espaços do Concelho de Cascais.

Parceiros – CMC/DES/DESP; Centro do yoga Cascais, Método DeRose Cascais, Jotra – Clube de Praticantes de Jogos Tradicionais, Vitamimos, Vivafit Outeiro de Polima, Piscinas Municipais da Abóboda, Arte Move, Vivafit Alcoitão, Heatlh Club Visconde, Vivafit Cascais, Centro do yoga Ás Estoril, Escola Superior de Saúde de Alcoitão, Vivafit Jardins da Parede, Woman in Shape, Brahmi Oriental Wellness, Surfing Clube de Portugal, ADN - Atividades Desportivas Náuticas, Associação de Desportos Aventura Desnível, Exclusive Divers, Clube Naval de Cascais, Centro Hípico da Costa do Estoril, Aquacarca Associação de Novos Desportos Aquáticos, Guincho Adventours, Sal – Sistemas de ar livre, Muitaventura, Grupo Dramático e Sportivo de Cascais, Pedaços de Aventura, Clube de Voleibol de Carcavelos. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/noticia/cascais-viva-30-na-marginal-centenas-de-pessoas-fizeram-desporto-na-marginal; http://www.cm-cascais.pt/sub-area/cascais-ativo-viva-30

Título do projeto **Vela sem Limites**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DDES
Público-Alvo – Todas as pessoas com deficiência, independentemente da idade ou tipologia de deficiência, desde que compatíveis com a prática da modalidade, inseridas em instituições ou a título particular, prioritariamente munícipes do concelho.	
Descrição do projeto – Resulta de uma parceria com o Clube Naval de Cascais e a CERCICA e tem como objetivo proporcionar às pessoas com deficiência a prática regular de uma modalidade náutica, em três dimensões complementares, lúdica, terapêutica e competitiva.	
Parceiros – CMC/DHS/DDES; Clube Naval de Cascais e CERCICA. Para mais informações consultar: http://www.cm-cascais.pt/projeto/vela-sem-limites	

Formação/Informação

Título do projeto **Mês do Coração em Cascais**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Munícipes em geral, idosos em particular	
Descrição do projeto - Sensibilizar a população em geral e em particular a população mais idosa para a importância da prática regular de atividade física associada a uma alimentação equilibrada.	
Parceiros - CMC/DHS/DPST; Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais; Escola Secundária de Alvide; Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva; Fundação Portuguesa de Cardiologia; Associação Hipertensos Portugal; Vitamimos; Alcais Fisio.	

Título do projeto **Palestras na Escola Frei Gonçalo Azevedo**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DJUV-Espaço S
Público-Alvo – Pais da escola Frei Gonçalo Azevedo.	
Descrição do projeto – Proporcionar um espaço de debate em torno das práticas parentais.	
Parceiros – CMC/DJUV-Espaço S e Escola Frei Gonçalo Azevedo.	

Título do projeto **Saúde Portugal Expo e Conferências 2009**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Visitantes da Saúde Portugal – Expo e Conferências 2009.	
Descrição do projeto – Divulgar a intervenção municipal em promoção da saúde, em certame temático realizado no Centro de Congressos do Estoril.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST. Sem informação no site da CMC.	

Título do projeto **Encontro de Saúde Mental do Concelho de Cascais**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Profissionais de saúde e ciências sociais; Agentes Sociais; Público em geral; Alunos das áreas das ciências sociais e da saúde; Forças de segurança.	
Descrição do projeto - Colocar em diálogo, profissionais de saúde e agentes sociais que intervém no contexto da saúde mental, procurando contribuir para a qualificação das respostas existentes. Promover o conhecimento em saúde mental, através da discussão de temáticas diversas em saúde mental.	
Parceiros - CMC/DHS/DPST; Equipa Comunitária de Saúde Mental de Cascais e da Parede – Hospital São Francisco Xavier; ARIA – Associação de Reabilitação e Integração da Ajuda – Fórum Sócio Ocupacional de Cascais;Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.	

Título do projeto **Saúde em Dia – Protocolo CUF**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo – Utilizadores do sítio web da CMC.	
Descrição do projeto – Garantir a produção de conteúdos temáticos na área da saúde; Garantir a divulgação dos mesmos no sítio Web da CMC; Proporcionar aos munícipes de Cascais e aos cidadãos em geral o acesso a informação atualizada sobre prevenção, prevalência e dados estatísticos, e recursos disponíveis relacionados com diversas temáticas de saúde.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST e Clinica CUF Cascais.	

Título do projeto **Estratégia de comunicação concelhia em promoção da saúde**	**Entidade de Referência de Contato** CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Munícipes em geral.	
Descrição do projeto - Comunicar e informar comportamentos e estilos de vida saudáveis, com vista à capacitação dos munícipes, para a adoção dos mesmos, na perspetiva da aquisição de ganhos em saúde e consequente melhoria da qualidade de vida Mensagens a comunicar: • Alimentação saudável; • Atividade física; • Repouso e descanso.	
Parceiros - CMC/DHS/DPST e Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais.	

Título do projeto **1.º Encontro de Saúde de Cascais**	**Entidade de Referência de Contato**

	CMC/DHS/DPST
Público-Alvo - Profissionais de saúde e ciências sociais; Agentes Sociais; Público em geral; Alunos das áreas das ciências sociais e da saúde.	
Descrição do projeto - Promover, articular e qualificar os agentes sociais e de saúde, contribuindo para um melhor conhecimento de temáticas relacionadas com a promoção da saúde.	
Parceiros – CMC/DHS/DPST; ACES Cascais, HPP – Hospital de Cascais Dr. José de Almeida. Para mais informação consultar: http://www.cm-cascais.pt/1o-encontro-saude-cascais-promocao-da-saude-e-qualidade-de-vida	

ANEXO 6

Fichas resumo dos projetos de promoção da saúde realizadas por entidades externas à CMC

Ficha Resumo – Entidades Externas

Título do projeto:

Entidade promotora:

Parceiros na concretização do Projeto:

Sim ☐ ; Quais? _____

Não ☐

Descrição do projeto (máximo de 150 palavras)

Objetivos:

Público-Alvo:

ANEXO 7

Fichas dos projetos de promoção da saúde desenvolvidos por entidades externas à CMC, categorizadas segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde

Fichas de projetos realizados pelas entidades externas à CMC no período 2008-2012, categorizadas segundo o modelo dos determinantes sociais da saúde

DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DA SAÚDE

Famílias em situação de vulnerabilidade

Título do projeto **Relógio de Areia**	**Entidade de Referência de Contato** Fundação "O Século"
Público-Alvo – Famílias com filhos do concelho de cascais	
Descrição do projeto - Centro de Apoio à Família e Aconselhamento Parental, que inclui um conjunto de respostas terapêuticas: terapia familiar, grupos de pais, arte-terapia. Objetivos: Diminuição da ocorrência de maus tratos e violência familiar; Diminuição da necessidade de aplicação de medidas de afastamento da criança da sua família; Diminuição dos problemas ao nível da saúde mental; Quebra da transmissão de geração em geração de comportamentos violentos e maltratantes.	
Parceiros – Não.	

Título do projeto "Bebé ao Colo"	**Entidade de Referência de Contato** AJU – Associação Jerónimo Usera
Público-Alvo – Famílias, com mães grávidas ou com bebés até um ano, em situação de vulnerabilidade socioeconómica e / ou em situação de risco que revelem dificuldades no que se refere ao exercícios das funções parentais.	
Descrição do projeto - Dar resposta às necessidades encontradas na população AJU, no que se refere às dificuldades específicas de mães em situação socioeconómica vulnerável, de modo a promover o desenvolvimento integral das crianças até aos 3 anos. Este projeto vem ajudar a organizar e capacitar as famílias concebendo um modelo único de intervenção comunitária que engloba não só utentes residentes na área, como voluntárias AJU que acompanham as famílias ao longo do projeto. Contempla 3 eixos de intervenção: Apoio direto; Criação de uma rede de suporte formal e informal; Formação parental	
Parceiros – ACES Cascais; CARE	

Grupos Vulneráveis

Título do projeto **Equitação Terapêutica/Hipoterapia**	**Entidade de Referência de Contato** Associação Hípica Terapêutica
Público-Alvo – Jovens com deficiência motora (Hipoterapia) e com deficiência intelectual (Equitação terapêutica) provenientes de escolas e instituições do concelho de Cascais.	
Descrição do projeto - Proporcionar uma atividade normalmente vedada a esta população graças à ajuda de voluntários e num ambiente tranquilo e seguro, propício à aprendizagem.	
Parceiros – Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde	

Título do projeto **Escolinha de Rugby da Galiza**	**Entidade de Referência de Contato** Santa Casa da Misericórdia de Cascais
Público-Alvo – Crianças e adolescentes fragilizados por ausência de estrutura familiar e/ou comunitária.	
Descrição do projeto - Espaço de formação, humana e desportiva que visa proporcionar, aos jovens praticantes, a possibilidade de aprender e sobretudo jogar rugby, sem nunca esquecer a componente lúdica, num correto enquadramento técnico e com um adequado apetrechamento didático. Motivar através do Rugby a apreensão e interiorização de valores próprios desta modalidade como sejam o espírito de grupo, a entreajuda e solidariedade, e a aceitação da diferença – todos são necessários independentemente das suas características físicas, culturais ou temperamentais. Envolver e mobilizar as famílias (principais educadores) e as escolas (responsáveis pela aquisição de conhecimentos e competências) num projeto global de educação que centra em cada criança / adolescente as forças necessárias para um bom e harmonioso desenvolvimento da mesma. Estimular o sucesso escolar e o gosto pela aprendizagem. Proporcionar um acompanhamento regular na área da saúde oral e em cuidados de fisioterapia aos jovens envolvidos na prática desportiva.	
Parceiros – Câmara Municipal de Cascais, Federação Portuguesa de Rugby, Fundação Calouste Gulbenkian, Banco Alimentar contra a fome, Escola Superior de Saúde de Alcoitão.	

Título do projeto **Reage**	**Entidade de Referência de Contato** SER+, Associação para a Prevenção e Desafio à SIDA
Público-Alvo – Reclusos, guardas, técnicos e outros funcionários do Estabelecimento Prisional do Linhó.	
Descrição do projeto - Promoção da saúde, com especial incidência na área do VIH/Sida, com atuação nos 3 níveis de prevenção (primária, secundária e terciária). Abrange as seguintes atividades: conceção e implementação de uma disciplina/conteúdos de Educação para a Saúde e sua integração no programa curricular do 1º, 2º, 3º ciclos e Secundário da Escola do E.P.; desenvolvimento de sessões sobre "Saúde no Trabalho" junto dos reclusos em formação profissional ou já a trabalhar; criação de novos locais de livre acesso a preservativos no E.P.; desenvolvimento de encontros temáticos mensais dirigidos aos guardas prisionais e outros funcionários do E.P. Linhó; criação de um espaço de acolhimento aos reclusos recém-chegados ao E.P. com o intuito de dar a conhecer o nosso espaço de atendimento, e trabalhar aspectos relacionados com ISTs, sexualidade e prevenção; criação de um espaço de atendimento aberto a todos os reclusos para esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade, ISTs e prevenção; criação de um espaço de acompanhamento e aconselhamento individual dos reclusos infetados, em todas as questões relacionadas com o VIH/Sida.	
Parceiros – Coordenação Nacional para a infeção VIH/Sida e Estabelecimento prisional do Linhó	

Título do projeto **Voltar a Viver**	**Entidade de Referência de Contato** NOVAMENTE - Associação de Apoio aos Traumatizados Crânio-encefálicos e suas famílias
Público-Alvo – Vítimas de Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) grave, com autonomia limitada e em idade ativa.	
Descrição do projeto - Colocar um grupo de sobreviventes a encontrar auto-estima, coragem e força para voltar a ser profissional e/ou socialmente ativos. Re-inserção do público-alvo na sociedade, o mais rápido possível, através de encontros entre vítimas de TCE que, acompanhados por um profissional, vão encontrando modos de debater a sua experiência de TCE e contribuir para o crescimento pessoal dos restantes	

membros do grupo, ao mesmo tempo que contribuem ativamente no apoio ao desenho e implementação do projeto de vida de cada membro.
Parceiros – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, Direcção-Geral da Saúde, e outros.

Título do projeto	**Entidade de Contato de Referência**
CADIn - Centro de Apoio ao desenvolvimento Infantil	CADIn
Público-Alvo – Pais e familiares, professores, profissionais de saúde, psicólogos, técnicos de educação especial, público em geral	
Descrição do projeto - Integração de pessoas com perturbações do desenvolvimento na sociedade, atuando em três eixos: 1. Intervenção clínica com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências que facilitem a integração dos beneficiários na sociedade; 2. Formação e informação com o objetivo de contribuir para a capacitação de familiares, professores, técnicos de saúde e outras pessoas na esfera de influência dos beneficiários; 3. Investigação com o objetivo de contribuir para o estudo científico na área das perturbações do desenvolvimento e disseminação desse conhecimento.	
Parceiros – Vários.	

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
MADOCASCAIS	MADOCASCAIS- MOVIMENTO ASSOCIATIVO DE APOIO AO DOENTE ONCOLÓGICO DE CASCAIS
Público-Alvo – Doentes oncológicos do concelho de cascais e seus familiares.	
Descrição do projeto - Apoio ao doente oncológico e seus familiares, nas vertentes social, emocional, humana, psicológica , de informação e formação, divulgação de serviços necessários, educação e promoção para a saúde, apoio técnico, domiciliário, e equipamentos.	
Parceiros – Câmara Municipal De Cascais; Junta De Freguesia De S. Domingos De Rana; Comerciantes De Cascais; Crid-Centro De Reabilitação E Integração De Deficientes	

Comunidade em Geral

Título do projeto **Ser Pessoa - Gabinete de Psicologia AJU**	**Entidade de Referência de Contato** AJU – Associação Jerónimo Usera
Público-Alvo – População em geral (pessoas carenciadas e não carenciadas, que pagam de acordo com as suas possibilidades) e pessoas encaminhadas por serviços na comunidade (escolas, ACES, outras instituições) sendo dada prioridade a casos encaminhados pela CPCJ, ECJ e DIST's.	
Descrição do projeto - O Gabinete de Psicologia é aberto à comunidade e presta vários serviços na área da saúde mental, desenvolvimento pessoal e promoção de comportamentos de risco na família. Proporcionar um serviço de psicologia com qualidade, seguindo uma lógica de proximidade, estando inserido na comunidade; colaborar em projetos comunitários que fomentem a prevenção de comportamentos de risco, promovam a saúde mental dos cidadãos e o seu desenvolvimento pessoal, em particular para as famílias mais carenciadas, mas não só.	
Parceiros – Câmara Municipal de Cascais (Para casos identificados e encaminhados pela CPCJ, ECJ, e DIST's). Há também protocolos de cooperação e investigação com o ISPA – Instituto Universitário, e a Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial (SPPE).	

Formação

Título do projeto **Opções**	**Entidade de referencia de Contato** SER+, Associação para a Prevenção e Desafio à SIDA
Público-Alvo – 16 professores da Escola Secundária da Cidadela, de diferentes níveis de ensino e grupos disciplinares. Estes professores conceberam e aplicaram projetos em 12 turmas (do 7º ao 11º ano), abrangendo um total de 312 alunos.	

Descrição do projeto - Projeto de Promoção e Educação para a saúde, que pretende intervir nas áreas da saúde sexual e reprodutiva, prevenção do consumo de substâncias e bullying / violência escolar. Inclui 2 grandes vertentes: Formação de 16 professores da escola, no âmbito da educação para a saúde e promoção de competências pessoais e sociais, num total de 25h. Esta formação visa abordar os temas acima referidos, aumentando os conhecimentos dos professores sobre os mesmos e dotando-os de ferramentas a utilizar para a conceção e implementação de projetos com os seus alunos; Desenvolvimento de projetos de promoção e educação para a saúde por parte dos professores, adequando os objectivos e metodologias abordados na formação à realidade da turma em que cada um vai intervir. Para aumentar a eficácia deste processo, é proporcionado acompanhamento técnico semanal a todos os professores após a formação e até ao final do ano letivo.
Parceiros – E. Secundária da Cidadela; ACES Cascais

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
Agrupamento Cascais Saudável: Projeto Educação para a Saúde	Agrupamento de Escolas de Cascais
Público-Alvo – Alunos e Pais/Encarregados de Educação dos Jardins de Infância e Escolas Básicas do Agrupamento.	
Descrição do projeto - Pretende-se intervir, dentro e fora da escola, com atividades de relevância sociocultural e educativa, contribuindo para a consecução dos objetivos e metas constantes do Projeto Educativo da Escola e prevenir fenómenos de mal-estar social e familiar, na senda de uma verdadeira escola promotora de saúde pública. As grandes áreas definidas como prioritárias pelo Ministério da Educação – saúde mental, educação alimentar; educação sexual; prevenção do consumo de substâncias psicoativas; e prevenção da violência escolar e bullying – continuam a figurar nas nossas preocupações constantes, isto sem descurar a promoção das relações interpessoais sadias, as questões da solidariedade e o sucesso escolar e educativo.	
Parceiros – Centro de Saúde de Cascais; Geração C; Comunicação e Sustentabilidade – Grupo José de Mello Saúde (Clínica CUF Cascais); ACES de Cascais; Aprender a Empreender; Farmácia do Rosário; Universidade Atlântica; Escola de Hotelaria do Estoril.	

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
Conhecer para prevenir	Junta de Freguesia do Estoril
Público-Alvo – Crianças e jovens inseridas nas escolas da freguesia do Estoril e técnicos	

das instituições que fazem parte do grupo da Segurança e Toxicodependência.

Descrição do projeto - Prevenção de comportamentos de risco (ao nível da segurança, toxicodependência, inclusão e violência) a realizar em escolas do 1º ciclo de escolaridade, tendo os professores um papel ativo na planificação e realização do projeto. Para isso desenvolvemos ações de sensibilização e informação com a comunidade escolar, desenvolvendo uma prevenção integrada junto de crianças e jovens e prevenindo a violência nas escolas. Formação de técnicos das instituições que fazem parte deste grupo para lidar com as questões do Stress e da prevenção. Este projeto está inserido no eixo 4 do PDS.

Parceiros – Agrupamento dos Centros de Saúde de Cascais, Equipa de Tratamento da Parede-Eixo Oeiras Cascais, FPEPTT, CMC- DPST e DIST1-Eq. Cascais e Estoril, PSP do Estoril- Escola Segura, Cercica, Casa Grande – SCMC

Título do projeto **Castelos de Risco**	**Entidade de Referência de Contato** ARISCO - Instituição para a Promoção Social e da Saúde

Público-Alvo – População Alvo Estratégica: Técnicos de Educação, Saúde e Ação Social, Monitores e Animadores; População Alvo Final: Jovens entre os 13 e os 18 anos

Descrição do projeto - Programa inovador de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais, especificamente concebido para o trabalho com adolescentes (13 – 18 anos), baseado em princípios relacionados com a dinâmica de grupos e atividades com características de risco e aventura, que permitem aliar às vivências e emoções, um espaço de reflexão e integração pessoal. Utilizar um modelo facilitador das regras e vivências em grupo, centrado na experiência lúdica, como instrumento de abordagem a temas atuais, a partir de uma linguagem mais próxima do adolescente: a linguagem da ação. Sensibilizar para as práticas de promoção da saúde e estilos de vida saudáveis. Desenvolver competências pessoais e sociais, tais como a capacidade de comunicação afetiva, a confiança, a cooperação e a liderança, as noções de regra e limite. Promover em grupo a vivência do inovador onde o risco e o desafio sejam formas de experimentação de capacidades e de superação de dificuldades aliadas à vivência do prazer e da capacidade de projeção no futuro. Implicar a comunidade em geral numa intervenção preventiva, através do contacto com experiências de trabalho inovadoras, envolventes e que garantam a possibilidade de um papel ativo a todos os cidadãos. Permitir a aprendizagem, melhoria e adaptação de técnicas e modelos de intervenção, ao nível dos vários parceiros comunitários, através da observação, troca de experiências, trabalho conjunto, avaliação e produção final de uma reflexão conjunta.

Parceiros – Centro de Formação de Escolas do Concelho de Cascais

Título do projeto **TPC - Todos Podemos Crescer**	**Entidade Promotora** Arisco - Associação para a Promoção Social e da Saúde
Público-Alvo – Todos os alunos da escola (185); 8 professores; uma coordenadora de escola; todos os pais dos alunos	
Descrição do projeto - Projeto de educação intercultural concebido para tornar o espaço escola num local de adaptação e de integração das culturas de onde são provenientes os seus destinatários. Facilitar a adaptação à escola das crianças provenientes de outros contextos culturais. Promover competências que permitam uma integração e adaptação saudável da criança ao novo meio escolar – criança – família – comunidade escolar. Contribuir para a diminuição do insucesso e abandono escolar derivado de situações de inadaptação. Promover o desenvolvimento sócio-emocional e o ajustamento psicológico das crianças. Promover a criação de iniciativas conjuntas entre técnicos, professores e encarregados de educação. Providenciar ferramentas aos professores para educar na interculturalidade. Promover a sustentabilidade do projeto na comunidade escolar.	
Parceiros – EB1 Manique; Câmara Municipal de Cascais	

Título do projeto **Crescer a Brincar**	**Entidade de Referência de Contato** Associação Prevenir (ONG para a Prevenção e Promoção da Saúde)
Público-Alvo – Crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico (que são acompanhadas do 1º ao 4º ano de escolaridade).	
Descrição do projeto - Promoção do Ajustamento Psicológico através do reforço dos fatores de proteção (e.g. autoestima, gestão emocional, competências sociais) e da redução dos fatores de risco (e.g. indisciplina, agressividade), envolvendo os agentes educativos (pais e professores) neste processo. Os professores são os principais agentes de intervenção e serão convidados a trabalhar com a sua turma, na sua sala de aula, manuais adaptados a cada nível de escolaridade (em formato de banda desenhada, com autocolantes, atividades e jogos interativos). A aplicação do Programa supõe para além da formação teórico-prática dos docentes (acreditada pelo Conselho Científico-Pedagógico de Braga) o acompanhamento no terreno por uma equipa técnica, que orienta o processo de implementação e faz avaliação do mesmo. Permite aos professores ajudarem as crianças a saber mais acerca dos seus sentimentos, pensamentos e projetos de vida, pois quanto melhor conseguirem lidar com o seu mundo interno, mais serão capazes de se envolver em atividades produtivas e adaptadas às exigências da sociedade.	
Parceiros – Ministério da Educação (Núcleo de Educação para a Saúde e Ação Social Escolar - NESASE); Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de	

Lisboa; e o Centro de Formação de Escolas do Concelho de Cascais.

Título do projeto **Eu Passo...**	**Entidade de Referência de Contato** Associação Prevenir (ONG para a Prevenção e Promoção da Saúde)
Público-Alvo – Jovens do 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico	
Descrição do projeto - Promoção de hábitos de vida saudáveis e competências psicossociais (ex. autocontrolo, autoestima, gestão emocional, resistência à pressão dos pares), que permitem o desenvolvimento e crescimento saudável dos jovens, evitando a manifestação de comportamentos de risco. O Programa tem a duração de 2 anos e acompanha os alunos ao longo do 5º e 6º ano de escolaridade.	
Parceiros – Ministério da Educação (Núcleo de Educação para a Saúde e Ação Social Escolar - NESASE); Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa; e o Centro de Formação de Escolas do Concelho de Cascais.	

Título do projeto **Pré-Programa de Competências**	**Entidade de Referência de Contato** Associação Prevenir (ONG para a Prevenção e Promoção da Saúde)
Público-Alvo – Crianças em idade Pré-Escolar	
Descrição do projeto - Promoção precoce de competências (disciplina, autocontrolo, identificação e diferenciação emocional, autoestima e competências sociais). Promover, de uma forma lúdica e atraente, um conjunto de Competências Psicossociais essenciais para o desenvolvimento saudável. É um programa longitudinal, com a duração de dois anos. No 1º ano, os educadores trabalham com as crianças o Autocontrolo e a Disciplina, assim como a Identificação e Diferenciação Emocional e no 2º ano promovem a sua Autoestima e Competências Sociais, através de sessões estruturadas, que contém histórias e atividades/ jogos interativos. Surgiu como resposta às dificuldades manifestadas pelos educadores, na gestão da sua sala, no lidar com a ausência de uma disciplina adequada das crianças, assim como, na compreensão e intervenção nas diversas problemáticas (e.g., emocionais, relacionais) que estas demonstram no seu dia-a-dia.	
Parceiros – Ministério da Educação (Núcleo de Educação para a Saúde e Ação Social Escolar - NESASE); Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de	

Lisboa; e o Centro de Formação de Escolas do Concelho de Cascais.

Ambiente

Título do projeto **Outeiro Polima – Requalificação espaço público**	**Entidade de Referência de Contato** Cascais Próxima (ESUC) / CMC
Público-Alvo – População em geral e comunidades locais em particular, nomeadamente crianças	
Descrição do projeto - O Parque Urbano do Outeiro de Polima, localizado no Outeiro de Polima, Freguesia de São Domingos de Rana – Cascais, tem uma área de intervenção de 52.000m2 e contempla trabalhos de modelação de terreno, plantação de material vegetal, caminhos pedonais, equipamento de recreio infantil, equipamento desportivo e mobiliário urbano, etc. O projeto segue no âmbito do desenvolvimento do que se pretende ser uma rede de parques urbanos com áreas superiores a 3 hectares, que visam responder às necessidades da população em geral, à das comunidades locais em particular, promover a qualidade de vida associada ao espaço de recreio e lazer, favorecendo o contacto com os espaços naturais e a sua relação direta com os benefícios para a saúde, recuperação da paisagem e amenização dos factores climáticos.	
Parceiros – Cascais Natura / EMAC	

Título do projeto **Parque Urbano da Quinta de Rana**	**Entidade de Referência de Contato** Cascais Próxima (ESUC) / CMC
Público-Alvo – População em geral e comunidades locais em particular, nomeadamente crianças	
Descrição do projeto - O Parque Urbano da Quinta de Rana, localizado na Rebelva, Freguesia de São Domingos de Rana - Cascais, com uma área de intervenção com 21.600 m2, contempla trabalhos de modelação de terreno, plantação de material vegetal, arruamentos, estacionamento e caminhos pedonais, equipamento de recreio infantil, etc. Pretende-se tirar o máximo partido das circunstâncias encontradas no terreno, valorizando o património construído existente, em termos da perceção das estruturas e formas de condução da água bem como das circunstâncias de relações visuais ainda exploráveis, procurando, através de soluções construtivas de grande simplicidade, uma adequação funcional aos usos específicos esperados de uma quinta histórica e uma dotação de	

capacidade de carga suficiente para um equipamento lúdico deste tipo. Construção de um Parque Urbano, valorizando as seguintes situações: valor patrimonial; referências históricas; água como elemento dominante; espaço fechado/espaço aberto
Parceiros – Cascais Natura / EMAC

Equipamentos sociais

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
Pavilhão Desportivo Fernando Lopes Graça	Cascais Próxima (ESUC) / CMC
Público-Alvo – Alunos, professores, clubes e comunidades locais	
Descrição do projeto - Construção de um Pavilhão Desportivo Simplificado na Escola Secundária 2+3 Fernando Lopes Graça, também designado por Pavilhão 2, situado na Rua Comandante Gilberto Duarte e Duarte, Freguesia de São Domingos de Rana – Cascais. "O Pavilhão tem uma área aproximada de 1.325,70m2 (45,40X29,20m) onde além de campos centrais de andebol/futsal, basquetebol e voleibol, terá marcações de patinagem artística. Está particularmente vocacionado para funcionar em dois espaços autónomos, divididos por uma cortina opaca com características de isolamento acústico. Em um dos lados, serão marcados transversalmente campos de voleibol, basquetebol e badmington com dimensões regulamentares, assim como, campo de futsal/andebol de treino; do outro, destinado a atividades gímnicas, serão colocados crochets no pavimento para aparelhos de ginástica artística."	
Parceiros – Não.	

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
Circuito de Fitness na Guia e em Carcavelos	Cascais Próxima (ESUC) / CMC
Público-Alvo – População em geral e comunidades locais em particular.	
Descrição do projeto - Dignificar a área costeira através da alteração do uso para um circuito de manutenção (fitness park), promovendo simultaneamente o desporto nas mais variadas faixas etárias. Na Praia de Carcavelos, consta na instalação de um pequeno circuito de manutenção constituído por quatro máquinas numa faixa de terreno na forma retilínea com área aproximada de 85.00m2 contígua ao passeio de acesso à Praia do Moinho, a nascente da Praia de Carcavelos. Na Guia pretende-se ordenar uma faixa de	

terreno na forma poligonal com área aproximada de 576.00m2, contígua à Avenida Diana Spencer e situada a nascente da Rotunda Pedro Monjardino, cujo uso atual se destina ao parqueamento de viaturas.
Parceiros – Não.

Título do projeto **Piscinas Municipais da Abóboda**	**Entidade de Referência de Contato** Cascais Próxima (ESUC) / CMC
Público-Alvo – População em geral e comunidades locais em particular	
Descrição do projeto - Construção de Piscinas Municipais da Abóboda, Infra-estruturas e arranjo paisagístico da envolvente, numa parcela de terreno situada a poente do campo de futebol da Abóboda, confrontando com as Ruas António Machado e Francisco Lázaro. Pretende-se fomentar e desenvolver a modalidade de natação procedendo à construção de um edifício coberto, comportando dois tanques artificiais, confinados em ambiente constituído por estrutura fixa e permanente.	
Parceiros – Não.	

DETERMINANTES INDIVIDUAIS DA SAÚDE

Hábitos Alimentares

Título do projeto **2011/2012 - Promoção de estilos de vida saudável – Alimentação**	**Entidade de Referência de Contato** Agrupamento de Escolas de Alcabideche

Público-Alvo – Todos os alunos do Agrupamento de Escolas de Alcabideche
Descrição do projeto - Projeto transversal e multidisciplinar que permitiu a abordagem da temática. Salientamos a comemoração do dia Mundial da Alimentação e a implementação das hortas biológicas. Foram recolhidas receitas para a elaboração de um livro sobre alimentação saudável e a realização do " Almoço Saudável". Dar a conhecer atitude promotoras de saúde. Desenvolver a auto-estima . Valorizar hábitos de higiene com benefício para a saúde individual e comunitária. Fomentar hábitos de alimentação saudável.
Parceiros – Câmara Municipal de Cascais; Centro de Saúde de Cascais

Título do projeto **"Aprender a ser saudável"**	**Entidade de Referência de Contato** Mundo a Sorrir – Associação de Médicos Dentistas Solidários Portugueses
Público-Alvo – Crianças que frequentam escolas EB1 do Município de Cascais	
Descrição do projeto - Melhorar a higiene oral do grupo-alvo, contribuindo para a interiorização de conceitos básicos sobre cáries dentárias e patologias associadas; regras básicas sobre escovagem dentária e higienização da cavidade oral; e benefícios de uma alimentação saudável.	
Parceiros – Não na concretização, mas no financiamento (Câmara Municipal de Cascais).	

Título do projeto **Centro de Educação Alimentar**	**Entidade de Contato de Referência** Vitamimos
Público-Alvo – Crianças, jovens e respetivas famílias.	
Descrição do projeto – O projeto tem como objetivos promover hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis criando condições para que crianças e jovens adquiram novos hábitos que lhes permitam cuidar de si próprios e influenciar positivamente os outros. Nos últimos 4 anos desenvolveram inúmeras atividades de promoção da saúde, entre as quais: Aulas Vitamimos - principal atividade do projeto, visa informar as crianças dos benefícios de uma alimentação saudável. Nos anos letivos 2007/08, 2008/09 e 2009/10 estas aulas funcionaram no âmbito da Área de Projeto em muitas escolas e JI do Concelho. «A fruta nasce em casa» - campanha destinada a promover o consumo de fruta nos lanches dos alunos do 1º ciclo, lançada em 2007/08 na EB1/JI Sassoeiros e replicada no	

ano seguinte nas escolas EB1 Sassoeiros e EB1 Carcavelos nº2. «Viva a sopa» - programa levado às turmas do 2º ciclo de várias escolas do concelho, registou uma adesão de 71% (confecionaram sopa em casa); alguns alunos dinamizaram depois o programa «Heróis da Sopa» a turmas do 4º ano.
Parceiros – Associação Mundo a Sorrir; CMC; Ministério da Educação – DGIDC

Segurança Infantil

Título do projeto **Aulas de segurança rodoviária para crianças**	**Entidade de Referência de Contato** APSI - Associação Promoção Segurança Infantil
Público-Alvo – Crianças do 2º e 3º ano do 1º ciclo de escolas do concelho de Cascais.	
Descrição do projeto - Esclarecer as crianças relativamente ao que acontece num acidente rodoviário. Explicar a importância de utilizar equipamentos de proteção e promover a sua correta utilização. As aulas iniciam-se com a passagem de um pequeno filme com um crash test esclarecedor do que sucede dentro de um automóvel durante um embate, quando os passageiros viajam sem cinto de segurança e são projetados. Segue-se um debate com os alunos sobre a necessidade de utilizar o cinto de segurança, bem como cadeirinhas, para as crianças. De seguida, aborda-se o tema da criança peão e condutor, focando essencialmente a importância de usar colete e outro material refletor, que torne a criança mais visível pelos automobilistas. Explora-se, ainda, a importância de utilizar capacete (demonstrando a sua correta utilização), bem como outros equipamentos de segurança (cotoveleiras, joelheiras, etc.). A todos os alunos é oferecido um colete refletor.	
Parceiros – Câmara Municipal de Cascais	

Título do projeto **Clínicas de Segurança**	**Entidade de Referência de Contato** APSI - Associação Promoção Segurança Infantil
Público-Alvo – Crianças, jovens, pais, avós e outros familiares de crianças. Profissionais de educação.	

Descrição do projeto - As Clínicas de Segurança são ateliers que se realizam em praias e jardins do Concelho de Cascais, nos quais se recria um ambiente de consultório médico em que um especialista mede e pesa as crianças, "receitando" o Sistema de Retenção para Crianças (cadeirinha) adequado para transporte no automóvel. É entregue às famílias um folheto sobre a escolha da cadeirinha adequada, personalizado com o logótipo da Câmara Municipal de Cascais.
Parceiros – Câmara Municipal de Cascais

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
Centro de Verificação de Cadeirinhas	APSI - Associação Promoção Segurança Infantil
Público-Alvo – Famílias do Concelho de Cascais	
Descrição do projeto - O Centro de Verificação de Cadeirinhas é uma ação para famílias, dinamizada num parque de estacionamento, em zona de grande afluência. As famílias dirigem-se ao Centro com os seus automóveis e os técnicos da APSI verificam se as cadeirinhas são adequadas às crianças e se estão corretamente instaladas. Sempre que necessário, reinstalam-nas. São dadas indicações relativas à escolha da cadeirinha seguinte e é entregue às famílias o folheto a "Escolha da Cadeirinha Adequada", personalizado com o logótipo da Câmara Municipal de Cascais. Os Centros de Verificação de Cadeirinhas da APSI em parceria com a Câmara Municipal de Cascais realizam-se habitualmente nas comemorações.	
Parceiros – Câmara Municipal de Cascais	

Sexualidade e Afetos

Título do projeto	Entidade de Referência de Contato
2010/2011 - Saúde sexual e reprodutiva	Agrupamento de Escolas de Alcabideche

Público-Alvo – Alunos do Agrupamento de Escolas de Alcabideche dos 1º, 2º e 3º ciclos

Descrição do projeto - Projeto transversal e multidisciplinar que promoveu a criação de um gabinete de atendimento ao aluno. Na área curricular de Área de Projeto foram realizados trabalhos que focaram o tema e que foram expostos à turma seguido de debate. Uma enfermeira deu o apoio necessário participando nos debates e organizando palestras sobre as temáticas. Tinha como objetivos: Dar a conhecer atitude promotoras de saúde; Promover ações que previnam comportamentos de risco; Desenvolver a autoestima; Prevenir gravidez na adolescência; Valorizar hábitos de higiene com benefício para a saúde individual e comunitária.

Parceiros – Câmara Municipal de Cascais; Centro de Saúde de Cascais

Título do projeto	Entidade de Referência de Contato
SMS - Sexualidade Mais Saudável	SER+, Associação para a Prevenção e Desafio à SIDA

Público-Alvo – O projeto foi concebido e aplicado: na EB 2,3 António Pereira Coutinho a uma turma do 7ºano de escolaridade, tendo sido alvo de intervenção 28 alunos; na E.Sec. Cidadela; depois de ser restruturado, foi aplicado numa turma de CEF Jardinagem e espaços verdes (A1), com 16 alunos entre os 15 e os 18 anos, e noutra turma 7ºC, com 16 alunos entre os 13 e os 17 anos; e a encarregados de educação

Descrição do projeto - Promover nos jovens uma vivência mais informada, gratificante, autónoma e responsável da sexualidade. Teve 2 edições, consistiu em 7 sessões, com periodicidade quinzenal, onde através de dinâmicas de grupo e debates se foram trabalhando aspetos como a autoimagem e os ideais de beleza; as alterações corporais na puberdade; sentimentos, emoções e afectos; identidade e orientação sexual; respeito por diferentes manifestações da sexualidade, etc. Foram ainda desenvolvidas 2 sessões para os encarregados de Educação, no sentido de os envolver neste projeto e de promover a partilha e discussão deste tema por vezes tão controverso que é a educação sexual dos jovens. No total, estiveram diretamente envolvidos na conceção e implementação do projeto 8 técnicos (das 5 entidades parceiras).

Parceiros – EB 2,3 António Pereira Coutinho; E. Secundária da Cidadela; ACES Cascais; GTOX - Câmara Municipal de Cascais

Título do projeto **Famílias em Jogo**	**Entidade de Referência de Contato** SER+, Associação para a Prevenção e Desafio à SIDA
Público-Alvo – Este projeto abrangeu 30 famílias, num total de 60 crianças e jovens, e 30 pais, todos do Bairro Novo do Pinhal. Este é um bairro de realojamento que abriga atualmente grande parte da população que residia no Bairro do Fim do Mundo (Estoril). A maioria dos residentes são de origem africana, tendo um nível socioeconómico-cultural bastante baixo.	
Descrição do projeto - Consistiu num concurso dirigido à população do Bairro do Fim do Mundo/Bairro Novo do Pinhal, em que através de sessões de jogo, discussão e debate se foram trabalhando os vários aspetos da sexualidade. Cada Família participou no concurso com 3 elementos (um adulto e 2 crianças/jovens) que foram divididos por escalões etários, existindo sessões para os adultos, sessões para os jovens (dos 11 aos 16 anos), e sessões para as crianças (dos 6 aos 10 anos). Esta metodologia permitiu-nos adequar atividades e conteúdos específicos às necessidades e características das várias fases de desenvolvimento. Tinha como objetivos: Diminuir os comportamentos sexuais de risco nos jovens do Bairro; aumentar o nível de conhecimentos corretos sobre sexualidade (corpo, IST, métodos contracetivos) e melhorar a atitude face à mesma em crianças, jovens e pais do Bairro; aumentar o nível de autoestima e de competências pessoais e sociais nas crianças e jovens do Bairro; contribuir para que os jovens do Bairro iniciem a sua vida sexual de forma responsável e consciente; melhorar o acesso a métodos contracetivos por parte dos jovens do Bairro; aumentar, nos jovens do Bairro, o grau de motivação para ter filhos de forma planeada e desejada.	
Parceiros – Centro Social Nossa Srª de Fátima; Câmara Municipal de Cascais	

Título do projeto **Saúde Positiva**	**Entidade de Referência de Contato** SER+, Associação para a Prevenção e Desafio à SIDA
Público-Alvo – Beneficiários da Ser+, seropositivos, que são acompanhados a nível médico no Hospital de Cascais e que apresentam irregularidade nas idas às análises e às consultas médicas e/ou na toma da medicação.	
Descrição do projeto - O projeto "Saúde Positiva" visava a Educação para o Tratamento e Adoção de boas práticas para o tratamento integrado da infeção VIH/Sida. Melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH; Diminuir o risco da transmissão da infeção pelo VIH; Promover a adesão ao tratamento e a adoção de outros comportamentos promotores da saúde em pessoas infetadas pelo VIH; Promover a adoção de comportamentos preventivos, de modo a reduzir o risco de transmissão do VIH, em	

pessoas que vivem com esta infeção
Parceiros – Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA; HPP, Hospital Dr. José de Almeida; Liga Portuguesa Contra a SIDA; Associação Positivo; Centro Hospitalar de Lisboa Central; Hospital de São José, Unidade de Psicologia Clínica; Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de santa Maria, Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia; Centro Anti-Discriminação VIH/SIDA

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
Quebrar Tabús: Sida e Prevenção	SER+, Associação para a Prevenção e Desafio à SIDA
Público-Alvo – Utentes de 10 Centros de Convívio das freguesias de Cascais, Estoril, Parede e Carcavelos, bem como na Academia Sénior da Cruz Vermelha da Parede. Ao todo frequentaram as ações de forma consistente 106 seniores, tendo a maioria o 1º ciclo (apesar de haver bastantes sem qualquer alfabetização). A média de idades foi de 72 anos, tendo a pessoa mais nova 54 anos e a mais velha 91.	
Descrição do projeto - Trabalhar junto da população sénior questões relacionadas com o VIH/Sida e temáticas associadas. Este projeto consiste em 10 sessões de discussão/partilha iniciais, seguidas de outras 10 em que os formandos delineiam um projeto/campanha de prevenção para os seus pares, que é apresentado no final da ação, num encontro entre todos. Aumentar os conhecimentos sobre VIH/Sida. Desenvolver a formação de uma perceção de risco realista, diminuindo a sensação de invulnerabilidade; Promover a adoção de condutas de prevenção, nomeadamente a utilização do preservativo; Desenvolver uma atitude positiva e de aceitação face aos indivíduos infetados pelo VIH/Sida; Desenvolver a consciencialização do seu papel enquanto agente de prevenção do VIH/Sida na comunidade.	
Parceiros – Junta de Freguesia de Cascais; Centro Social Nossa Srª de Fátima; Associação Desportiva da Costa do Sol; Centro de Comunitário da Paróquia da Parede; ARIM – Associação de Reformados e Idosos do Murtal; Centro de Comunitário da Paróquia de Carcavelos; ABSAD – Associação de Beneficência e Socorros Amadeu Duarte; Academia Sénior da Cruz Vermelha da Parede.	

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
Formação contínua – Saúde	Centro de Cooperação Familiar - Creche e Jardim de Infância "O

	Botãozinho"
Público-Alvo – Ações 1,2 e 3: Colaboradores da instituição; Ação 4: Famílias	
Descrição do projeto - Projeto composto por diferentes ações de formação: 1) Nutrição e Higiene Alimentar: Melhorar as práticas de qualidade alimentar; 2) Princípios básicos da alimentação infantil: Compreender princípios e regras base de nutrição com vista a uma melhoria da qualidade alimentar da instituição; 3) Saúde e Socorrismo: Aquisição e atualização de conceitos e procedimentos chave na área da Saúde e Primeiros Socorros para os colaboradores; 4) Formação Parental na área do acompanhamento de crianças: regras básicas de nutrição, higiene, segurança e repouso; sensibilização dos pais para as boas práticas nas áreas da nutrição, higiene, segurança na família e no infantário/escola	
Parceiros – Fundação Monsenhor Alves Brás; Centro Reabilitação Profissional de Alcoitão	

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
Educação pelos Pares	CAOJ
Público-Alvo – Alunos do 2º e 3º ciclos.	
Descrição do projeto - Formação em sala de aula sobre a sexualidade e prevenção da SIDA. Objetivos: Tornar os jovens mais conscientes. Contribuir para o desenvolvimento de uma atitude não discriminatória face às diferentes expressões e orientações sexuais; Contribuir para o desenvolvimento de atitude preventiva face à doença e promotora do bem-estar e da saúde.	
Parceiros – CAOJ	

Título do projeto	**Entidade de Referência de Contato**
GPS - Gabinete de Promoção para a Saúde e	Agrupamento de Escolas Matilde Rosa

Bullying (2010/2011)	Araújo
Público-Alvo – População escolar: alunos 1º, 2º, 3º ciclos; professores; assistentes operacionais; pais/encarregados de educação	
Descrição do projeto - Promover nos alunos hábitos de vida saudável. Sensibilizar os alunos para os cuidados preventivos de uma boa saúde oral e consequente saúde geral. Desenvolver competências nos jovens que lhes permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade. Reconhecer a importância da comunicação na prevenção e gestão dos conflitos.	
Parceiros – CMC, ACES, DTOX, Escola Segura, Associação Prevenir, APAV	

ANEXO 8

Questionário dirigido à população de Cascais

QUESTIONÁRIO À POPULAÇÃO

Saúde @ Cascais

Caro Múnicipe

Este questionário insere-se num Projeto em curso na Câmara Municipal de Cascais, subordinado ao título Saúde@Cascais, e tem como objetivos prinicipais: analisar a perceção de saúde dos munícipes de Cascais e obter a participação ativa da comunidade na construção do futuro Plano Concelhio de Promoção da Saúde.

A sua colaboração é essencial para atingirmos os objetivos a que nos propomos, pelo que desde já **agradecemos a sua disponibilidade**.

Não existem respostas certas ou erradas e a sua participação é inteiramente voluntária.

Todos os dados obtidos serão sujeitos a rigoroso sigilo e anonimato.

A equipa do Projecto Saúde@Cascais

I - CARACTERIZAÇÃO

1. Género: Masculino ☐ Feminino ☐ | **2. Ano de Nascimento:** _____

3. Há quanto tempo reside no Concelho?_____

4. Freguesia de Residência:

- ☐ Alcabideche
- ☐ Carcavelos
- ☐ Cascais
- ☐ Estoril
- ☐ Parede
- ☐ São Domingos de Rana

5. Quantos menores (com menos de 18 anos**) existem no seu agregado familiar?**
_____

6. Quantos idosos (com idade igual ou superior a 65 anos**) existem no seu agregado familiar?** _____

7. Número de adultos (entre os 18 e os 64 anos**) do seu agregado familiar, a viver na habitação?**_____

8. Alguém do seu agregado familiar é imigrante? Sim ☐ Não ☐
8.1. Em caso afirmativo qual o País de origem?_____

9. Qual o seu Grau de Instrução:

- ☐ Sem grau de instrução
- ☐ Ensino Primário/ 1.º Ciclo do Ensino Básico
- ☐ 5º, 6º ano/ 2.º Ciclo do Ensino Básico
- ☐ 7º, 8º, 9º ano / 3º Ciclo do Ensino Básico
- ☐ 10º, 11º, 12º ano/ Ensino Secundário
- ☐ Ensino Superior

10. Qual a sua situação face ao mercado de trabalho:

- ☐ Empregado
- ☐ À procura do 1º emprego
- ☐ Desempregado
- ☐ Aposentado

11. Proveniência do seu rendimento familiar:

- ☐ Salário mensal
- ☐ Reforma/pensão
- ☐ Subsídio de doença

- ☐ Rendimento Social de Inserção
- ☐ Sem rendimentos

12. Rendimento mensal do seu agregado familiar (em média):

- ☐ Menos de 450 euros
- ☐ De 450 a 599euros
- ☐ De 600 a 999 euros
- ☐ De 1000 a 1399 euros
- ☐ De 1400 a 1799 euros
- ☐ Mais de 1800 euros

II - QUESTÕES DE SAÚDE/DOENÇA

13. Onde recorre habitualmente numa situação de doença?

- ☐ Centro de Saúde/USF
- ☐ Serviço de Urgência Hospitalar
- ☐ Médico Particular
- ☐ Clínica Médica
- ☐ Farmácia
- ☐ Outro | Qual?_____

14. Está inscrito num Centro de Saúde/ USF no concelho de Cascais?

Sim ☐ Não ☐

14.1. Em caso afirmativo, indique o seu Centro de Saúde/USF:_____

14.2. Em caso afirmativo, tem médico de família? Sim ☐ Não ☐

15. O qual o tempo médio para a obtenção de consulta no Centro de Saúde/USF:

- ☐ Próprio dia
- ☐ Dia seguinte

- ☐ Semana seguinte
- ☐ Duas semanas
- ☐ Um mês
- ☐ Mais de um mês

16. Indique as doenças crónicas que existem no seu agregado familiar?

Doenças	**Sim** **(Indique o número de pessoas com a doença)**	**Não**
Hipertensão		
Diabetes		
Doenças Cardíaca		
Doença Mental		
Doença Oncológica		
Doenças Degenerativas		
Doenças Osteoarticulares		
AVC		
Alergias		
Doença Renal		
Demências		
Outras | Quais?		

17. Qual a sua altura (aproximada**)?**_____ **metros**

18. Qual o seu peso (aproximado**)?**_____ **kgs**

19. Por favor diga quais os alimentos que integraram as suas refeições nas últimas 24 horas (caso não tenha tomado alguma das refeições seguintes, por favor mencione esse fato**):**

Pequeno Almoço_____

Almoço_____

Lanche_____

Jantar_____

Ceia_____

20. Existe alguma refeição que habitualmente não tome, ao longo do dia:

Sim ☐ Não ☐

20.1. Se respondeu sim, **qual a refeição** que habitualmente não toma ao longo do dia? _____

20.2. Se respondeu sim, quais os **motivos para não o fazer?**

_____

21. Identifique, por favor, os locais onde mais frequentemente toma as suas refeições:

- ☐ Em Casa
- ☐ Cantina/Refeitório (local de trabalho)
- ☐ Restaurante
- ☐ Outro | Qual?_____

22. Diariamente ingere vinho às refeições?

Sim ☐ Não ☐

22.1. Se respondeu sim, indique a **quantidade** (1 copo corresponde a cerca de 100ml) _____ copos

23. Diariamente ingere cerveja às refeições?

Sim ☐ Não ☐

23.1. Se respondeu sim, indique a **quantidade** (1 copo corresponde a cerca de 200ml) _____ copos

24. Diariamente ingere vinho fora das refeições?

Sim ☐ Não ☐

24.1. Se respondeu sim, indique a **quantidade** (1 copo corresponde a cerca de 100ml) _____ copos

25. Diariamente ingere cerveja fora das refeições?

Sim ☐ Não ☐

25.1. Se respondeu sim, indique a **quantidade** (1 copo corresponde a cerca de 200ml) _____ copos

26. Diariamente ingere bebidas brancas fora das refeições?

Sim ☐ Não ☐

26.1. Se respondeu sim, **indique o(s) tipo(s) de bebida(s) que ingere:**
_____

27. Diga, por favor, se fuma: Sim ☐ Não ☐

27.1. Em caso afirmativo, diga por favor, a quantidade média de cigarros que fuma <u>diariamente</u>?_____ cigarros

28. Diga, por favor, se consome habitualmente alguma das seguintes substâncias - cocaína, heroína, haxixe, ecstasy: Sim ☐ Não ☐

28.1. Em caso afirmativo, diga qual ou quais as substâncias que consome:_____

28.2. Em caso afirmativo, por favor diga qual a frequência desses consumos:

- ☐ Diária
- ☐ Semanal
- ☐ Mensal
- ☐ Outra | Qual?_____

29. Indique um acontecimento que, no último mês, tenha sido <u>benéfico</u> para a sua saúde:_____

30. Indique um acontecimento que, no último mês, tenha sido <u>prejudicial</u> para a sua saúde:_____

31. De um modo geral, como considera o seu estado de saúde?

_____

32. De um modo geral a saúde é um assunto que o preocupa? Sim ☐ Não ☐

32.1. Em caso afirmativo, diga porquê:_____

_____

33. Considera que faz tudo ao seu alcance para cuidar da sua saúde?

(Por favor desenvolva um pouco a sua resposta)

_____

34. Qual considera ser a maior dificuldade para cuidar da sua saúde (acesso a recursos de saúde, falta de tempo, interesse próprio, etc.)**?**

_____

35. Considera importante a prática de atividade física regular para a manutenção da saúde? Sim ☐ Não ☐

36. Costuma fazer exercício físico ou praticar desporto? Sim ☐ Não ☐

37. Na sua opinião que medidas/iniciativas deverão ser implementadas no concelho de Cascais para promover a saúde?

_____

_____

_____

38. O que é para si um Concelho Saudável?
_____
_____
_____

39. Considera que Cascais é um concelho saudável? Sim ☐ Não ☐

39.1. Porquê?_____

40. O que significa para si ter saúde?
_____
_____

41. Se pudesse escolher, qual seria o local do concelho onde gostaria de residir?

Local_____, situado na Freguesia_____, pelo seguinte motivo: _____.

☐ Não mudaria o meu local de residência.

Obrigada pelas suas respostas!

ANEXO 9

Guião da entrevista realizada aos *stakeholders*

Guião da Entrevista aos Stakeholders

Área Temática	Objetivos	Questões
A Promoção da Saúde no concelho de Cascais	Obter informação sobre futuras parcerias em Promoção da Saúde no concelho de Cascais	• O que significa para si a Promoção da Saúde? • Qual a sua visão estratégica para a Promoção da Saúde no concelho de Cascais? • Quais as estruturas que deveriam existir ou ser criadas para implementar a Promoção da Saúde no concelho? • Quais as estratégias a acionar para implementar a Promoção da Saúde no concelho? • Quais deveriam ser os objetivos centrais inerentes a um projeto desta natureza? • Qual o formato que deveria assumir a implementação da Promoção da Saúde no concelho de Cascais? • Que articulações seriam necessárias para implementar a Promoção da Saúde no concelho de Cascais? • Quais os parceiros estratégicos para implementar a Promoção da Saúde no Concelho? • Quem deveria liderar uma futura estratégia de Promoção da Saúde no concelho de Cascais?
<u>Estilos de Vida dos Indivíduos</u>: **21.** Tabaco	Obter dados/informação sobre o posicionamento dos stakeholders face aos determinantes	**27.** No âmbito da sua organização, existem ações direcionadas para a exposição ao fumo do tabaco ambiental e à promoção de espaços sem fumo de tabaco?

22. Álcool **23.** Alimentação e Atividade Física	individuais da saúde, no concelho de Cascais	**28.** Considera que são adequados e suficientes os normativos legais que visam a proibição de fumar nos locais que acolhem público? Justifique por favor a sua resposta. **29.** Quais os indicadores que seria possível criar para monitorizar o tabagismo no concelho de Cascais? Estaria a sua instituição disponível para colaborar nesse projeto? De que forma? **30.** No âmbito da sua organização existem ações direcionadas à redução dos efeitos nocivos do consumo de álcool? Para a realização dessas ações, que tipo de recomendações seguiram? **31.** Tem conhecimento (da existência) da estratégia comunitária (EU) para reduzir os efeitos nocivos do álcool? De que forma a sua organização adotou a nível local essas (ou outras) recomendações? **32.** De que modo se sente envolvido na prevenção do consumo de álcool por crianças e adolescentes? **33.** Quais os indicadores que seria possível criar para monitorizar o consumo de álcool no concelho de Cascais? Estaria a sua instituição disponível para colaborar nesse projeto? De que forma? **34.** De que forma a sua organização colabora na promoção de regimes alimentares saudáveis e da atividade física? **35.** Quais as estratégias que a sua instituição tem definidas em matéria de saúde ligados à

24. Saúde Mental		nutrição, excesso de peso, obesidade e atividade física a nível do concelho de Cascais? **36.** Quais os indicadores que seria possível criar para monitorizar os regimes alimentares e atividade física no concelho de Cascais? Estaria a sua instituição disponível para colaborar nesse projeto? De que forma? **37.** Qual a importância que a sua instituição atribui à saúde mental enquanto determinante de saúde? Que estratégias/recomendações são mobilizadas para promover saúde mental? **38.** Quais os indicadores que seria possível criar para monitorizar as questões relacionadas com a saúde mental no concelho de Cascais? Estaria a sua instituição disponível para colaborar nesse projeto? De que forma?
<u>Fatores Socioeconómicos</u>: ● Rendimento ● Emprego e condições de trabalho ● Redes de apoio social – ao longo de todo o ciclo de vida ● Educação e alfabetização	Obter dados/informação sobre o posicionamento dos stakeholders face aos determinantes socioeconómicos da saúde, no concelho de Cascais	● De que forma considera que o emprego, as condições de trabalho no concelho interferem com a saúde dos munícipes? Justifique por favor a sua resposta. ● Como vê as iniciativas da Rede Social de Cascais, ao longo do ciclo de vida do indivíduo, no concelho de Cascais? Considera que são adequadas e suficientes à realidade do Concelho que conhece? ● Quais os indicadores que seria possível criar para monitorizar as questões relacionadas com as iniciativas da Rede Social de Cascais, ao longo do ciclo de vida?

● Desenvolvimento infantil ● Acesso a serviços de saúde ● Ambiente e habitação		● O Desenvolvimento na Primeira Infância, incluindo o domínio físico, social, emocional, linguístico e cognitivo, tem uma influência determinante nas possibilidades subsequentes de vida e saúde da criança. Quais as estruturas que considera importantes desenvolver para a promoção da educação e da saúde infantil no concelho de Cascais? ● Quais os indicadores que seria possível criar para monitorizar as estruturas relacionadas com a promoção da educação e da saúde infantil no concelho de Cascais? ● Considera que em Cascais existe um acesso e usufruto de cuidados de saúde equitativo e de qualidade? Isto é, todos os munícipes têm acesso à mesma oferta de serviços de acordo com necessidades e preferências, independentemente de nível de rendimento e estatuto social? Justifique por favor a sua resposta. ● Considera que existem infraestruturas de saúde suficientes, no Concelho de Cascais, que promovam um acesso equitativo e de qualidade a todos os munícipes? ● Considera que o concelho de Cascais dispõe de um ambiente e de um parque habitacional que contribuam para promover a saúde de todos os seus munícipes? Por favor justifique a sua resposta.
<u>Fatores Ambientais</u>: ● Saneamento Básico	Obter dados/informação sobre o posicionamento dos stakeholders face aos determinantes	● Considera que o concelho de Cascais dispõe de uma rede de saneamento que contribui para promover a saúde de todos os seus munícipes? Por favor justifique a sua resposta.

● Contacto humano (direto ou indireto) com desenvolvimento industrial ● Globalização (intensa urbanização e degradação dos ecossistemas)	ambientais da saúde, no concelho de Cascais	● Como vê as iniciativas da Câmara Municipal de Cascais na área do desenvolvimento industrial e do contacto humano com os produtos e subprodutos tóxicos e poluentes resultantes? ● Quais os indicadores que seria possível criar para monitorizar os produtos e subprodutos tóxicos e poluentes resultantes do desenvolvimento industrial no concelho de Cascais? ● Considera que a globalização e a crise ambiental provocadas pela intensa urbanização e degradação dos ecossistemas pode ser um determinante na população do concelho de Cascais? Justifique por favor a sua resposta.
<u>Fatores Culturais</u>: ● Multiculturalidade ● Religião ● Crenças	Obter dados/informação sobre o posicionamento dos stakeholders face aos determinantes culturais da saúde, no concelho de Cascais	● No âmbito da promoção de saúde do Concelho, qual a importância que atribui aos fatores culturais, como a multiculturalidade, a religião e diferentes tipos de crenças, no desenho de projetos de intervenção comunitária? Justifique por favor a sua resposta. ● Quais os indicadores que seria possível criar para monitorizar as questões/problemas decorrentes da multiculturalidade, religião e crenças no concelho de Cascais?