



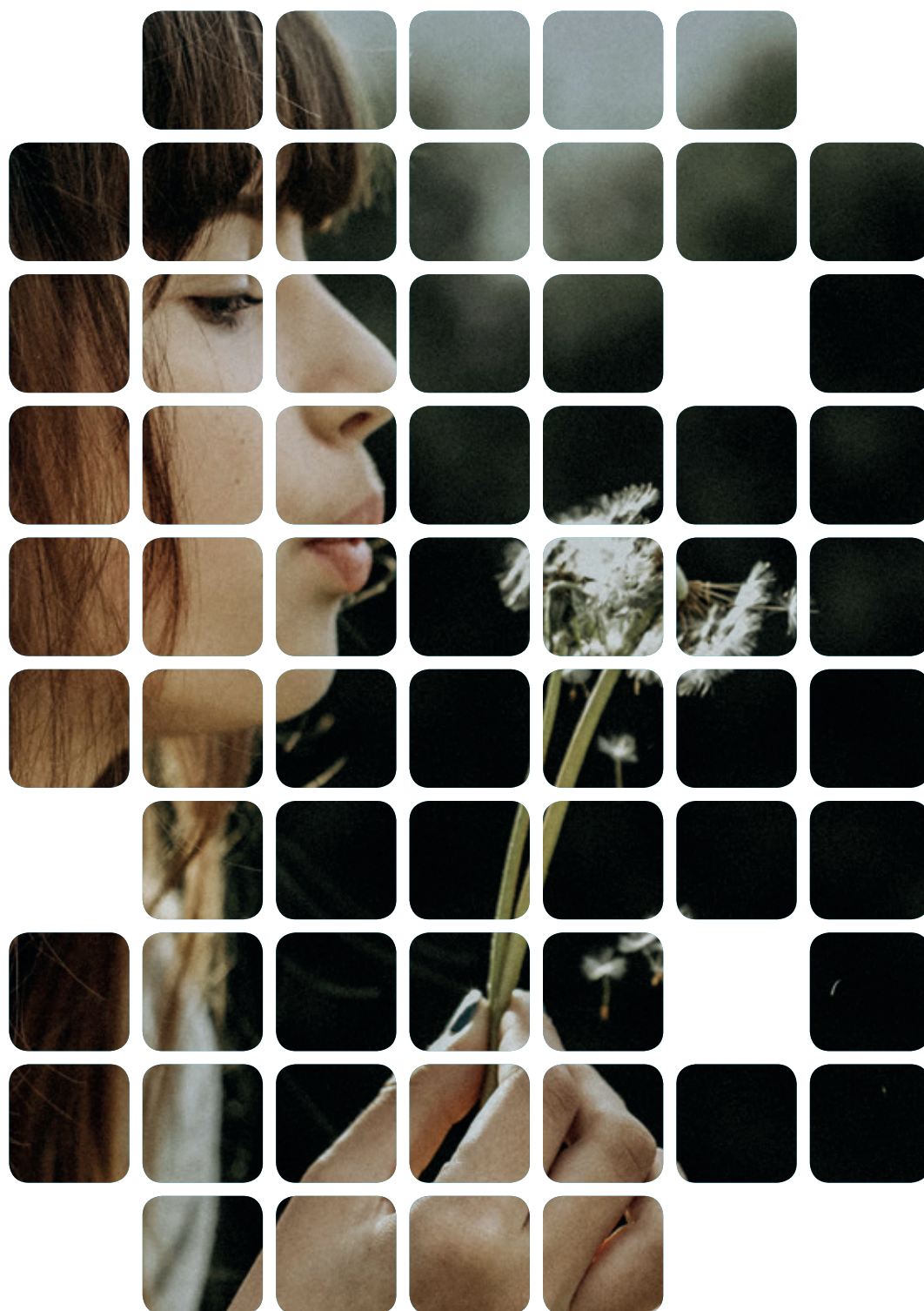
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE // 2019_21



EM COLABORAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E.
UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE MATOSINHOS

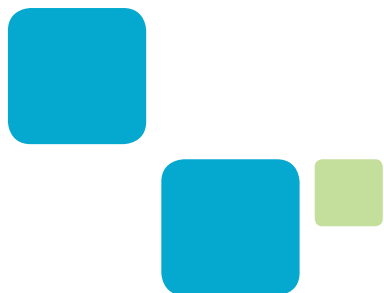
CÂMARA MUNICIPAL DE MATOSINHOS
MATOSINHOS © 2018

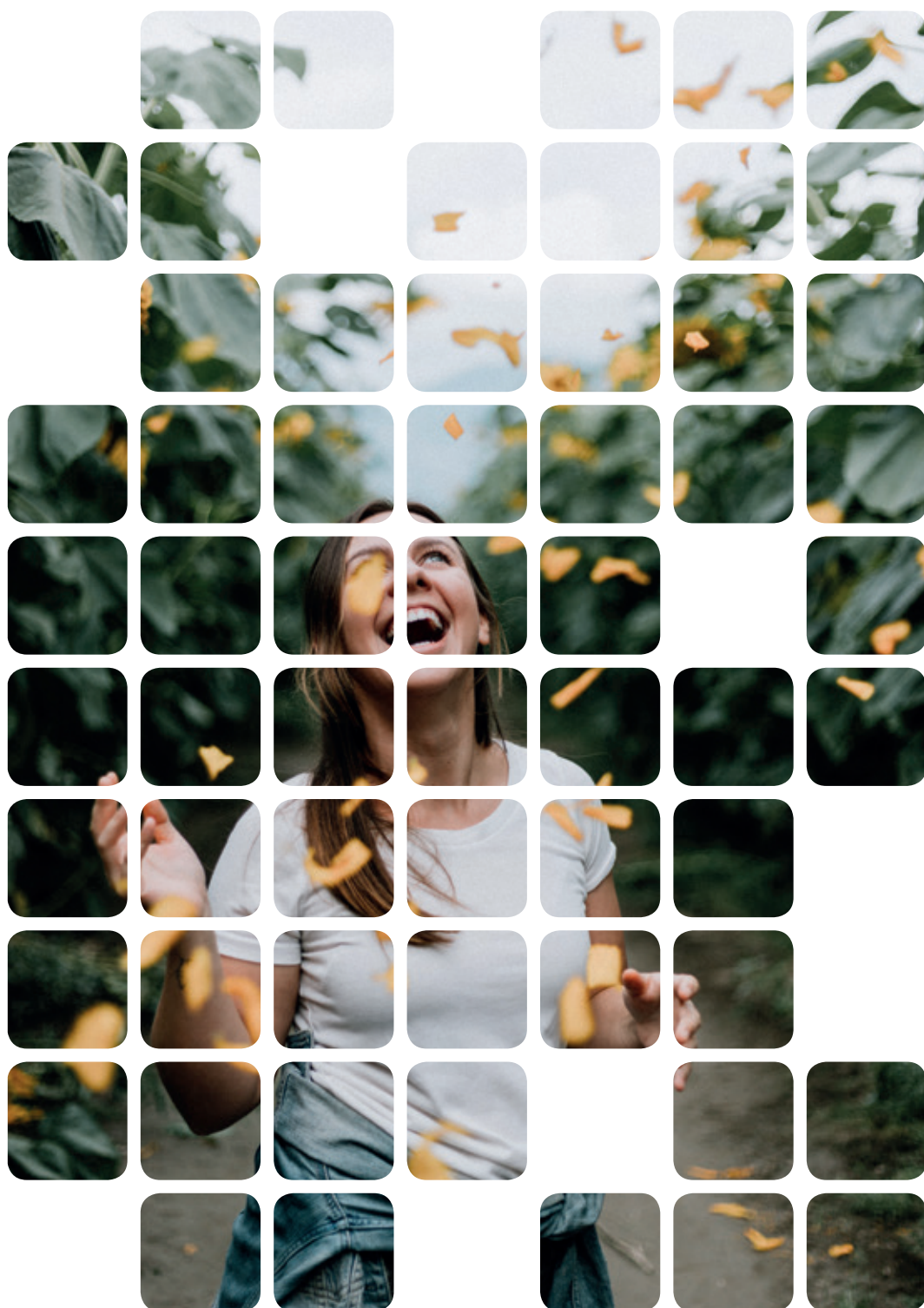


ÍNDICE




LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	7
MENSAGEM DA PRESIDENTE	9
ENQUADRAMENTO	11
INTERVENÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	17
A CIDADE SAUDÁVEL E A INTERVENÇÃO LOCAL	23
MODELO CONCEPTUAL DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	25
PERFIL DE SAÚDE DE MATOSINHOS	33
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS	49
MONITORIZAÇÃO DO PLANO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61





LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS



APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
ARS	Administração Regional de Saúde
CDSS	Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CMM	Câmara Municipal de Matosinhos
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DALY	Ano de Vida Perdido por Doença, Incapacidade e/ou Morte Prematura
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Região Norte
RPMS	Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis
ULS	Unidade Local de Saúde
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndr.de Imunodeficiência adquirida
YLD	Ano de Vida Saudável Perdido por Doença e/ou Incapacidade





MENSAGEM DA PRESIDENTE

A qualidade de vida e o bem-estar dos cidadãos estão no topo das prioridades da Câmara Municipal de Matosinhos.

Sendo um direito constitucional dos portugueses, e um dos direitos fundamentais consagrados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Saúde é também um elemento fundamental para a qualidade de vida de todos, e particularmente de todos os matosinhenses, relativamente aos quais temos responsabilidades acrescidas.

Reconhecendo a importância das políticas públicas de Saúde para o bem-estar dos nossos municípios, a CMM tomou a decisão de conhecer o Perfil de Saúde de Matosinhos de acordo com o Plano Nacional de Saúde, tendo em vista obter um retrato dos cuidados de saúde prestados e estabelecer um roteiro que permita maximizar os recursos existentes, tendo como vetores principais a cooperação entre os diversos atores e os princípios da equidade e da qualidade das respostas.

Em poucas palavras: queremos saúde de qualidade para todos.

Foi com este propósito que recentemente aprovamos a criação de uma bolsa de cuidadores que permita melhorar as condições daqueles que estão dependentes e daqueles que deles cuidam.

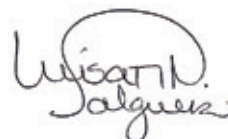
O plano que agora apresentamos procura adotar uma visão abrangente deste setor e visa reforçar o apoio a pessoas vulneráveis, aumentar a acessibilidade a tratamentos de saúde oral e diminuir o impacto da doença mental, mas também aumentar a literacia em saúde, garantir o acesso a serviços de apoio psicossocial e promover projetos no âmbito da saúde sexual e planeamento familiar.

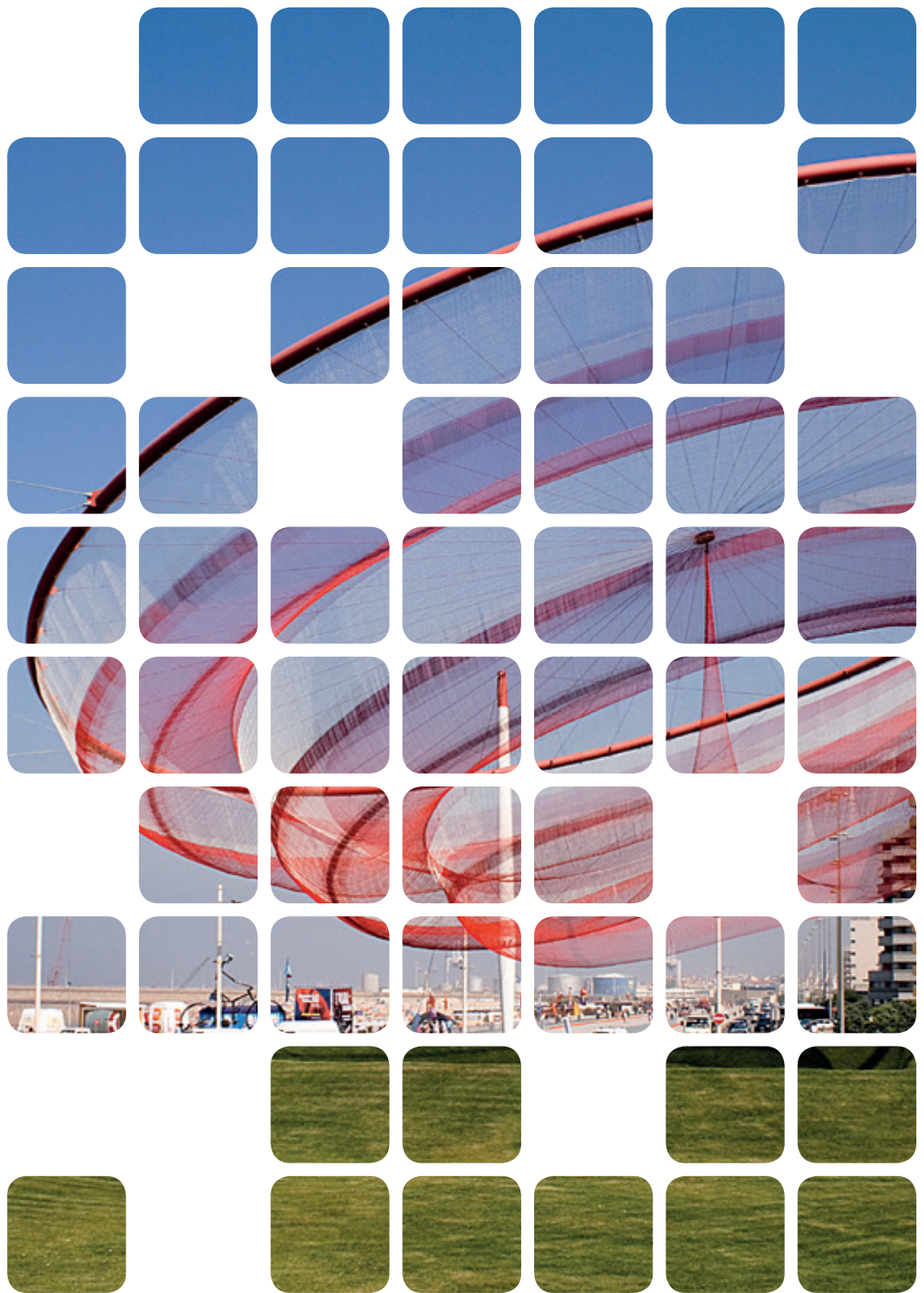
O plano não se limita, porém, à prestação de cuidados de saúde, mas estende-se a ações de promoção da atividade física e desportiva, da alimentação saudável ou que visem a atenuação das consequências dos comportamentos aditivos.

Pretendemos envolver neste processo o leque mais abrangente possível de entidades, nomeadamente as associações sociais, culturais, desportivas recreativas, instituições de ensino superior, estimulando as sinergias e a participação ativa da comunidade, de modo a que este possa ser, a todo o momento, um plano aberto à permanente monitorização e à sua constante melhoria.

Matosinhos, enquanto cidade saudável para todos, só é possível se for partilhada pela rede local de parceiros uma visão comum. Isto implica a sua discussão pública, a priorização dos problemas e necessidades, a definição de metas, de objetivos e ações de modo conjunto.

Desta forma, este plano responde a uma necessidade da comunidade, orientando ações e decisões naquela que é uma área que consideramos prioritária logo no início do atual mandato.





ENQUADRAMENTO

O contínuo processo de industrialização e a progressiva urbanização são dois dos grandes fatores responsáveis pela melhoria das condições de sobrevivência e esperança de vida da população mundial durante o último século.^(1,2) Em conjunto com estes ganhos houve rápidas mudanças nos estilos de vida, incluindo os padrões de atividade física e alimentação das populações. O trabalho e os meios de transporte tornaram-se menos dependentes do esforço humano e a dieta à base de plantas passou a incluir cada vez mais alimentos de origem animal, nomeadamente laticínios e carne processada.⁽³⁾

As mudanças sociais e económicas potenciadas por estes dois processos provocaram uma transição epidemiológica cujas consequências são hoje cabalmente sentidas por grande parte dos países industrializados da América do Norte e Europa. As doenças não transmissíveis tornaram-se na principal causa de doença e mortalidade prematura tanto a nível dos países mais desenvolvidos como a nível global. Hoje sabemos que foram fatores relacionados com os estilos de vida e o ambiente em que vivemos que precipitaram esta mesma transição.^(4,5)

Em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como um dos direitos fundamentais do ser humano a oportunidade de este usufruir do mais alto padrão possível de saúde independentemente da sua raça, religião, convicção política, condição económica ou social, incluindo o género. (6) É um direito inclusivo, que se estende aos determinantes da saúde e cujo cumprimento deve ser progressivamente alcançado a todos os níveis.

O conceito de «equidade em saúde» – inexistência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis entre grupos de pessoas, definidos de forma social, económica, demográfica, geográfica ou via outros níveis de estratificação – representa um aspeto central deste direito fundamental.⁽⁷⁾ Tem uma dimensão ética e moral que o distinguem do conceito de «desigualdades em saúde» que apenas faz referência a diferenças mensuráveis. «Iniquidades em saúde» são, portanto, não só as diferenças em saúde que são desnecessárias e evitáveis em determinada magnitude, mas também injustas e condenáveis do ponto de vista de equidade e justiça social. A redução das iniquidades em saúde é vista como uma estratégia central na construção de sistemas de saúde mais robustos, no cumprimento progressivo do direito à saúde e no desenvolvimento social sustentável.

As iniquidades influenciam a vida e a morte, a saúde e a doença, o bem-estar e a angústia tanto de indivíduos como de grupos populacionais. A transformação no sentido de uma sociedade mais justa é um pré-requisito fundamental para a melhoria da saúde da população como um todo, não deixando ninguém ficar para trás e assegurando uma distribuição mais equitativa da saúde.⁽⁸⁾

Os mecanismos através dos quais as iniquidades em saúde surgem são na sua essência bastante complexos e inevitavelmente multidimensionais.^(9,10) No entanto, é simples compreender que no cerne das iniquidades em saúde estão as iniquidades sociais, ou seja, as iniquidades existentes

ao nível das condições em que os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. A relação entre determinadas características sociais e económicas e a distribuição da saúde das populações é tão próxima que a magnitude das iniquidades em saúde é um dos melhores indicadores do progresso das populações em direção a uma sociedade mais justa.⁽⁶⁾ Desta relação também se conclui que qualquer política ou programa que ambicione reduzir as iniquidades em saúde terá sempre de adotar uma abordagem holística, com diferentes níveis de análise que permitam uma compreensão abrangente dos problemas; e participativa, apostando em inovar ao nível do processo de cooperação intersectorial e de criação de soluções sustentáveis de responsabilidade partilhada por toda a sociedade.^(11,12)

As diferenças em saúde entre os que estão melhor e os que estão pior socioeconomicamente constituem um padrão gradativo que se repete quando as populações são comparadas em termos de saúde com base em outros atributos sociais como o nível de educação, a profissão/ocupação ou as condições da habitação de residência, por exemplo. Esta diferença define-se como o gradiente social em saúde: quanto mais elevada for a posição social do indivíduo, maior é a probabilidade de ter uma melhor saúde que o resto da população. As iniquidades ao nível dos determinantes que influenciam o indivíduo determinam a sua posição no seio deste gradiente, posição inerentemente injusta se essas mesmas iniquidades forem evitáveis ou alteráveis, como é o caso de grande parte das situações.⁽⁸⁾ Agir sobre estes determinantes e diminuir o gradiente social em saúde é, por conseguinte, uma questão básica de justiça social e o primeiro passo em direção ao cumprimento do direito fundamental à melhor saúde e bem-estar possível.

Num contexto em que os recursos são limitados é muitas vezes tentador focar numa minoria ou grupo populacional mais desfavorecido. No entanto, todos os estratos que estão abaixo da melhor saúde possível também têm um conjunto de necessidades e um caminho a percorrer até atingir o seu máximo potencial de saúde. Se focarmos apenas nos que estão pior, os que estão menos pior e os que estão um pouco melhor que estes ficarão para trás, transformando-se nos novos estratos mais desfavorecidos. Por isso todos os indivíduos devem ser incluídos, todos devem ser objeto de ação e ser envolvidos na criação de uma sociedade mais justa. É improvável que seja possível eliminar completamente o gradiente social em saúde; mais exequível será porventura focar esforços em reduzir a sua magnitude ao nível de todo o espectro socioeconómico desenvolvendo ações com carácter universal, mas com uma escala e intensidade proporcional ao nível de desvantagem, seguindo uma estratégia de universalismo proporcional.⁽⁸⁾

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Na década de 70 os governos dos países mais desenvolvidos começaram a ficar cada vez mais alarmados com o crescente peso económico e social das doenças crónicas. Nesta altura os estilos de vida eram considerados como a principal causa (senão a única) das doenças crónicas observadas na população. O conceito de determinantes sociais da saúde surgiu da necessidade de complementar este modelo causal, criticado por ser demasiado focado no indivíduo, desvalorizando todo o contexto em que ele vive e as causas sociais que estão subjacentes aos estados de doença.^(13,14)

Estas causas sociais estariam mais ligadas às forças políticas e económicas do que às opções do indivíduo e como tal todo o sistema deveria ser reorientado para conseguir intervir simultaneamente a este nível. A importância desta alteração de paradigma foi destacada pela OMS no

seu roteiro «Saúde para Todos» da década de 80, documento no qual reconheceu que a saúde é “influenciada por uma complexa série de fatores ambientais, sociais e económicos, que em última instância estão interrelacionados”⁽¹⁵⁾

No início da década de 90, Dahlgren e Whitehead conceptualizaram uma representação gráfica da complexa relação entre os principais determinantes da saúde. De acordo com o seu modelo do “arco-íris” (Figura 1.) a saúde era o resultado de um conjunto de causas interligadas que iam desde fatores sociais de largo espectro (as condições socioeconómicas, culturais e ambientais) até determinantes do próprio indivíduo (condições de vida, condições de trabalho, estilos de vida, etc.). (11) Este modelo foi fundamental para sustentar todo o trabalho inicial da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS e as suas subseqüentes revisões, demonstrando claramente que tanto os fatores de risco relacionados com os estilos de vida bem como os seus determinantes mais vastos (as causas das causas) têm uma origem social pois são determinados pelas próprias sociedades em que os indivíduos vivem.^(10,16)

■ **Figura 1** | Principais determinantes da saúde.

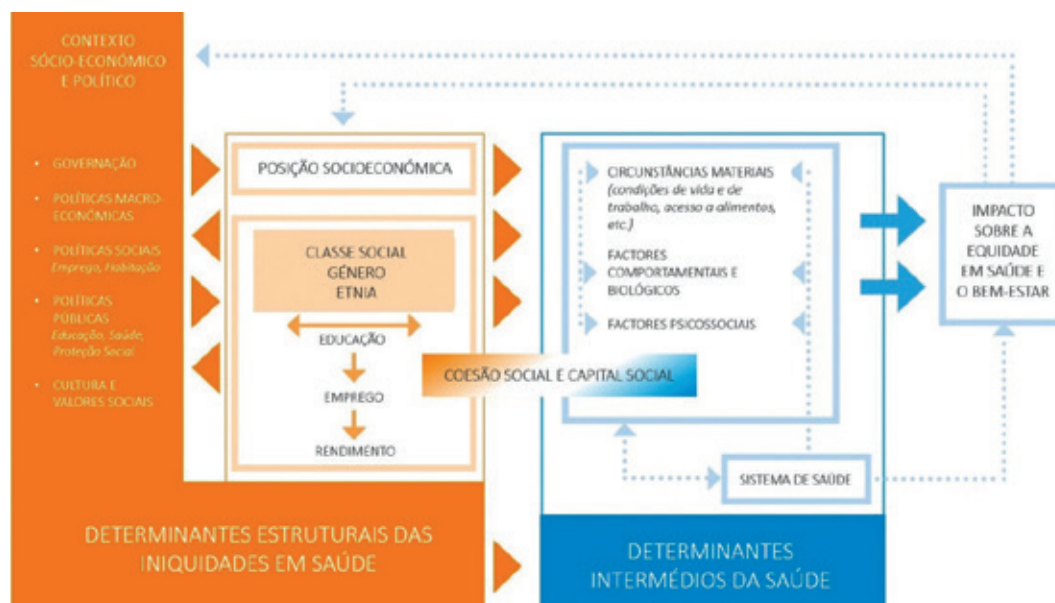


Fonte: adaptado de *Health 2020 – A European policy framework and strategy for the 21st century*. WHO, 2013. Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Lisboa 2015. Baseado em Dahlgren e Whitehead (1993).

A Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS define «determinantes sociais da saúde» como “as condições em que os indivíduos nascem, crescem, vivem e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Estas condições são definidas pela distribuição de riqueza, poder e recursos a nível global, nacional e local, que por sua vez são fatores influenciados pelas políticas sociais e económicas que são seguidas”. A Figura 2. apresenta o modelo conceptual adotado pela CDSS para explicar como mecanismos sociais, económicos e políticos dão origem a uma série de estratos socioeconómicos nos quais as populações estão confinadas em função da sua riqueza,

educação, ocupação, género, raça/etnia, entre outros fatores. Segundo o modelo, estes estratos socioeconómicos definem os determinantes sociais da saúde “intermédios” que refletem o estado de saúde dos indivíduos e por inerência a sua posição no seio das hierarquias sociais. É em função desta posição (estatuto social) que os diferentes indivíduos têm diferentes níveis de exposição e vulnerabilidade a condições capazes de comprometer a sua saúde. Por sua vez, a doença ou incapacidade pode retro influenciar a posição social dos indivíduos, comprometendo oportunidades de emprego ou reduzindo o rendimento disponível, por exemplo.⁽⁷⁾

■ **Figura 2** | Modelo conceptual dos determinantes sociais da saúde.



Fonte: Solar e Irwin, A conceptual framework for action on the social determinants of health (2010)

O «contexto» patente no modelo é definido de forma bastante ampla para que possa incluir todos os mecanismos sociais e políticos que dão origem, reconfiguram ou mantêm as hierarquias sociais, incluindo o mercado de trabalho, o sistema educativo, as instituições políticas e outros valores sociais e culturais. Dois dos fatores contextuais que mais influenciam a saúde são o estado social e suas políticas redistributivas (ou a ausência delas). Os mecanismos estruturais através dos quais os determinantes sociais da saúde geram iniquidades, ou seja, geram estratificação da sociedade em classes e definem a posição socioeconómica dos indivíduos nas hierarquias de poder, prestígio e acesso a recursos, estão enraizados nas principais instituições e processos do contexto político e socioeconómico. A riqueza, a educação, a ocupação, a classe social, o género e a etnia acabam por ser os principais indicadores utilizados para caracterizar esta estratificação. Em conjunto, o contexto, os mecanismos estruturais e a posição socioeconómica dos indivíduos que deles resulta são definidos como os «determinantes estruturais» ou «determinantes sociais das iniquidades da saúde». Estes atuam através dos «determinantes intermédios» na definição

dos resultados de saúde. No fundo a distinção entre determinantes estruturais e intermédios reside na prioridade causal dos mesmos.

Os determinantes intermédios da saúde podem ser agrupados em três categorias:

- **Circunstâncias Materiais**, incluindo fatores como a qualidade da habitação e das áreas circundantes, poder de compra (por exemplo, para comprar comida saudável, roupa adequada ao ambiente, etc.) e as condições no ambiente de trabalho;
- **Circunstâncias Psicossociais**, incluindo fatores sociais de stress, condições de vida ou relações sociais stressantes, apoio social e resiliência;
- **Fatores Biológicos e Comportamentais**, incluindo a alimentação, a atividade física, o consumo de tabaco e álcool, bem como fatores genéticos.

Uma das grandes diferenças deste modelo em relação aos seus predecessores reside no facto de considerar o próprio sistema de saúde como um determinante social da saúde. O papel do sistema de saúde como determinante é particularmente evidente nas questões de acesso aos cuidados de saúde (pois indivíduos de posições distintas têm diferentes níveis de exposição e vulnerabilidade a barreiras ao acesso), na mediação que faz da desigual distribuição da doença na população e como organismo instigador de uma ação intersectorial sobre os demais determinantes.⁽⁷⁾

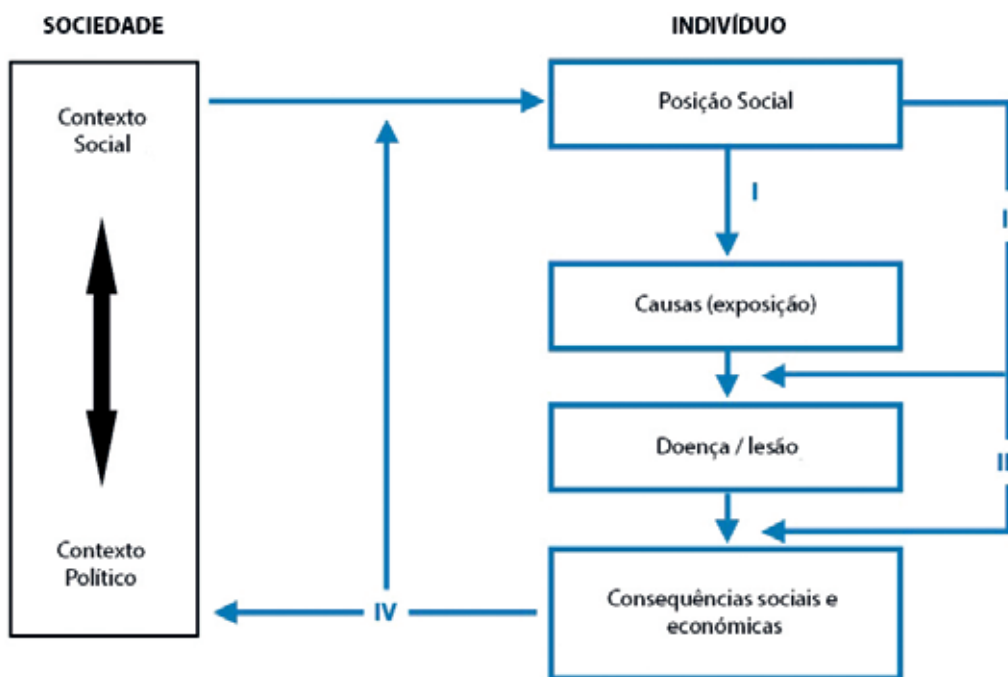
Os conceitos de capital social e coesão social dão um contributo notável (apesar de contestado) a toda a conceptualização dos determinantes sociais da saúde. O capital social atravessa as dimensões estruturais e intermédias dos determinantes de forma a destacar a influência que um ambiente capaz de estimular as relações de cooperação entre as instituições e a comunidade pode ter sobre os determinantes da saúde. Qualquer estratégia que vise influenciar positivamente os determinantes sociais da saúde tem de ter uma natureza política explícita para que possa atingir o seu propósito. No entanto, a criação de capital social e a promoção da equidade social devem ser vistas como ações adjuvantes que em última instância promoverão um crescente acesso e participação dos cidadãos e cidadãs em todo o processo de diminuição do gradiente social em saúde.⁽⁷⁾



INTERVENÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

De forma a identificar os pontos de entrada das possíveis intervenções sobre os determinantes sociais da saúde é necessário compreender o modelo de produção social de doença proposto por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001) apresentado na Figura 3. Mais uma vez o conceito de posição social é central na interpretação dos mecanismos de produção das iniquidades em saúde. (18) O modelo dá ênfase aos mecanismos que participam na estratificação dos resultados de saúde, incluindo “os motores centrais da sociedade que geram e distribuem poder, riqueza e riscos”, determinando assim o padrão de estratificação social.⁽¹⁹⁾

■ **Figura 3** | Modelo da produção social de doença.



Fonte: Diderichsen et al. (2001)

O modelo apresentado enfatiza a forma como o contexto social cria a estratificação social e coloca os indivíduos em diferentes posições sociais. A estratificação social gera uma exposição às condições prejudiciais à saúde e uma vulnerabilidade às condições de saúde e disponibilidade de recursos materiais diferenciais. Igualmente, a estratificação social determina diferentes consequências da doença em grupos mais ou menos desfavorecidos, incluindo consequências sociais e económicas para além dos resultados de saúde em si.

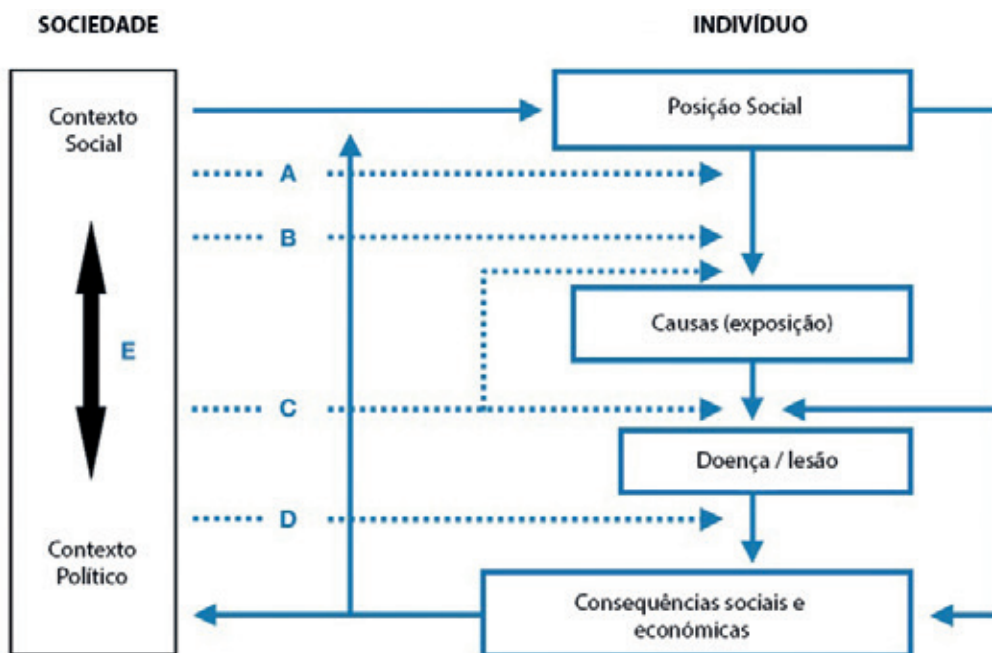
Ao nível do indivíduo, o caminho descrito desde a sua posição social, através da exposição a acumulados fatores causais específicos de doença e até aos resultados individuais de saúde, sofre a influência de múltiplas interações com outras causas que são específicas da sua posição social. Da mesma forma, o efeito de uma determinada causa de doença poderá variar em função da posição social em que ocorre já que interage com as outras causas inerentes a essa mesma posição.⁽¹⁹⁾

Como é evidenciado na Figura 3., tanto os diferentes níveis de exposição (I) como de vulnerabilidade (II) podem influenciar a relação entre a posição social e os resultados de saúde. O diferencial de vulnerabilidade representa o agrupamento e interação entre os determinantes que medeiam o efeito do gradiente socioeconómico da saúde. A doença acarreta consequências sociais e económicas relevantes devido à incapacidade para o trabalho e custos acrescidos com os cuidados de saúde. Estas diferentes consequências (III) dependem tanto do nível de incapacidade como da posição social do indivíduo e das políticas sociais e ambientais da sociedade. As consequências sociais e económicas da doença podem agir sobre os seus fatores etiológicos e contribuir para a sua evolução ou desenvolvimento de mais doença (IV). Quando visto sob a forma agregada, estas consequências podem inclusive alterar o contexto da sociedade, influenciando o desenvolvimento social e económico de uma comunidade.

A análise do modelo de produção social de doença apresentado sob o prisma das teorias de causalidade de doença conhecidas (Figura 4.) permite identificar 5 pontos de entrada (A-E) das possíveis intervenções sobre os determinantes sociais da saúde:

- A.** Alterando a própria estratificação social reduzindo as iniquidades de poder, prestígio, rendimento ou riqueza associadas às diferentes posições socioeconómicas;
- B.** Diminuindo a exposição a fatores prejudiciais da saúde que afeta especificamente os indivíduos das posições mais desfavorecidas;
- C.** Diminuindo a vulnerabilidade dos indivíduos mais desfavorecidos face às condições prejudiciais para a saúde que enfrentam;
- D.** Intervindo através do sistema de saúde para reduzir a desigualdade ao nível das consequências da doença e prevenir a progressiva degradação socioeconómica dos indivíduos desfavorecidos que ficam doentes;
- E.** Criando políticas que influenciem o contexto, a coesão social, a integração e o capital social das comunidades.

■ **Figura 4** | Pontos de entrada das possíveis intervenções sobre os determinantes sociais da saúde.



Fonte: Diderichsen et al. (2001)

Estes pontos de entrada, quando integrados com o modelo conceptual adotado pela CDSS sobre os determinantes sociais da saúde, permitem a identificação de três componentes fundamentais do sucesso de qualquer intervenção ao nível dos determinantes sociais da saúde e iniquidades em saúde.

ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO DOS DETERMINANTES ESTRUTURAIS E INTERMÉDIOS

As ações e políticas desenvolvidas para influenciar os determinantes sociais da saúde devem ser elaboradas dando especial atenção às especificidades do contexto em que estão e para o qual estão a ser formuladas. Dado que os mecanismos produtores da estratificação social variam de acordo com o contexto, determinadas ações ou políticas poderão ser efetivas num contexto sociopolítico específico, mas pouco ou nada efetivas em outros contextos. Além disso, é fundamental alinhar os tempos das intervenções com os processos locais, com as oportunidades de parcerias e com a disponibilidade de recursos, dando o tempo necessário para que todos/as os/as participantes ou partes interessadas tenham a oportunidade de participar na conceptualização e/ou compreender as ações ou políticas em discussão.⁽²⁰⁾

Alguns dos processos que decorrem em determinadas dimensões políticas e socioeconómicas (por exemplo, mercado de trabalho, sistema educativo) serão demasiado vastos e intangíveis para serem considerados como alvos realistas de uma ação concertada que possa trazer mudanças. No entanto, mais atingível será alterar o panorama político e institucional em que a sociedade vive e as filosofias de governação que adota, fazendo uso da capacidade de controlo que a população tem

como grupo sobre os fatores contextuais que moldam fortemente a estratificação social e, por inércia, as oportunidades de saúde. (21,22) Ações ou políticas que visem reduzir as iniquidades em saúde não podem esgotar-se nos determinantes intermédios; devem incluir ações especificamente moldadas para influenciar os determinantes estruturais subjacentes às iniquidades em saúde.

AÇÃO INTERSECTORIAL E COOPERAÇÃO

O processo de alteração dos determinantes estruturais e intermédios requer uma ação intersectorial porque estes determinantes apenas podem ser influenciados por políticas que extravasem o sector da saúde e ataquem as raízes mais profundas das iniquidades em saúde. Ação intersectorial deverá entender-se como “uma relação reconhecida entre parte ou partes do sector da saúde e parte ou partes de outro sector que foi estabelecida para agir sobre um determinado problema ou atingir um determinado resultado de saúde de uma forma mais efetiva, eficiente ou sustentável do que seria atingível pelo sector da saúde trabalhando sozinho”.⁽²³⁾ Segundo a OMS, os sectores mais relevantes incluem agricultura, alimentos e nutrição; educação; diferenças de género e direitos das mulheres; mercado laboral e política de emprego; proteção social e justiça; política de mercado, financeira e industrial; cultura e media; ambiente, água e saneamento; habitats, habitação, ordenamento do território e urbanização; transportes e mobilidade de pessoas.⁽²⁴⁾

A colaboração entre sectores levanta muitos desafios, mas também cria oportunidades relevantes. Existem muitas abordagens possíveis ao planeamento e implementação de ações intersectoriais. O conhecimento sobre os facilitadores e inibidores deste tipo de ação tem aumentado consideravelmente. Alguns categorizam os potenciais fatores facilitadores e obstrutores em duas categorias: comportamentais (as atitudes e comportamentos individuais daqueles a quem é pedido para colaborar para além das fronteiras setoriais) e estruturais (fatores ou problemas políticos e fatores técnicos inerentes à área ou áreas da política em questão). Outros propõem um “modelo conceptual de governação emergente” que defina conexões flexíveis, mas coerentes entre os diferentes níveis de decisão e abordagens participativas, aproximando a construção e implementação da política intersectorial (e seus atores) das pessoas e da comunidade que é afetada por essas mesmas escolhas políticas. Segundo esta conceção a ação intersectorial e a participação das pessoas é capaz de criar modelos de governação mais responsáveis e cooperativos. A partilha de recursos (incluindo pessoal e orçamento), os processos de tomada de decisão conjuntos, a participação da oposição na criação de soluções para problemas partilhados e a construção de novas relações/parcerias à medida das necessidades ou do aparecimento de problemas são assim vistos como alguns dos aspetos mais paradigmáticos de modelos de governação cooperativos. Seja qual for a perspetiva adotada, as abordagens à ação intersectorial envolvem frequentemente políticas e intervenções em função de assuntos específicos, grupos alvo da população ou determinadas áreas geográficas, implementadas isoladamente ou combinadas de várias formas.⁽²⁵⁾

CAPACITAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação da sociedade civil na definição das políticas e a capacitação das comunidades de forma a tornarem-se protagonistas ativos na definição da sua própria saúde são elementos fundamentais das estratégias de promoção da equidade em saúde. Estes princípios implicam o desenvolvimento de esforços que promovam a inclusão de grupos ou comunidades que tenham

tendência para ser frequentemente marginalizadas ou descapacitadas. Por outro lado, a adoção da agenda dos determinantes sociais da saúde por parte da sociedade civil é vital para a sustentabilidade a longo prazo dos seus eixos estratégicos.⁽⁷⁾ A participação de grupos e movimentos da sociedade civil nos processos de tomada de decisão é fundamental para garantir o poder e controlo da população sobre a definição e desenvolvimento das políticas seguidas.⁽²⁶⁾ A incitação à participação social pode ter vários significados⁽²⁷⁾:

Informar - facultar informação objetiva e equilibrada que assista a população na compreensão dos problemas, alternativas, oportunidades e/ou soluções;

Consultar - obter opiniões e comentários de comunidades afetadas durante os processos de análise, equação de alternativas e/ou decisões.

Envolver - trabalhar diretamente com as comunidades ao longo dos processos de forma a garantir que as aspirações e preocupações da população são consistentemente compreendidas e consideradas.

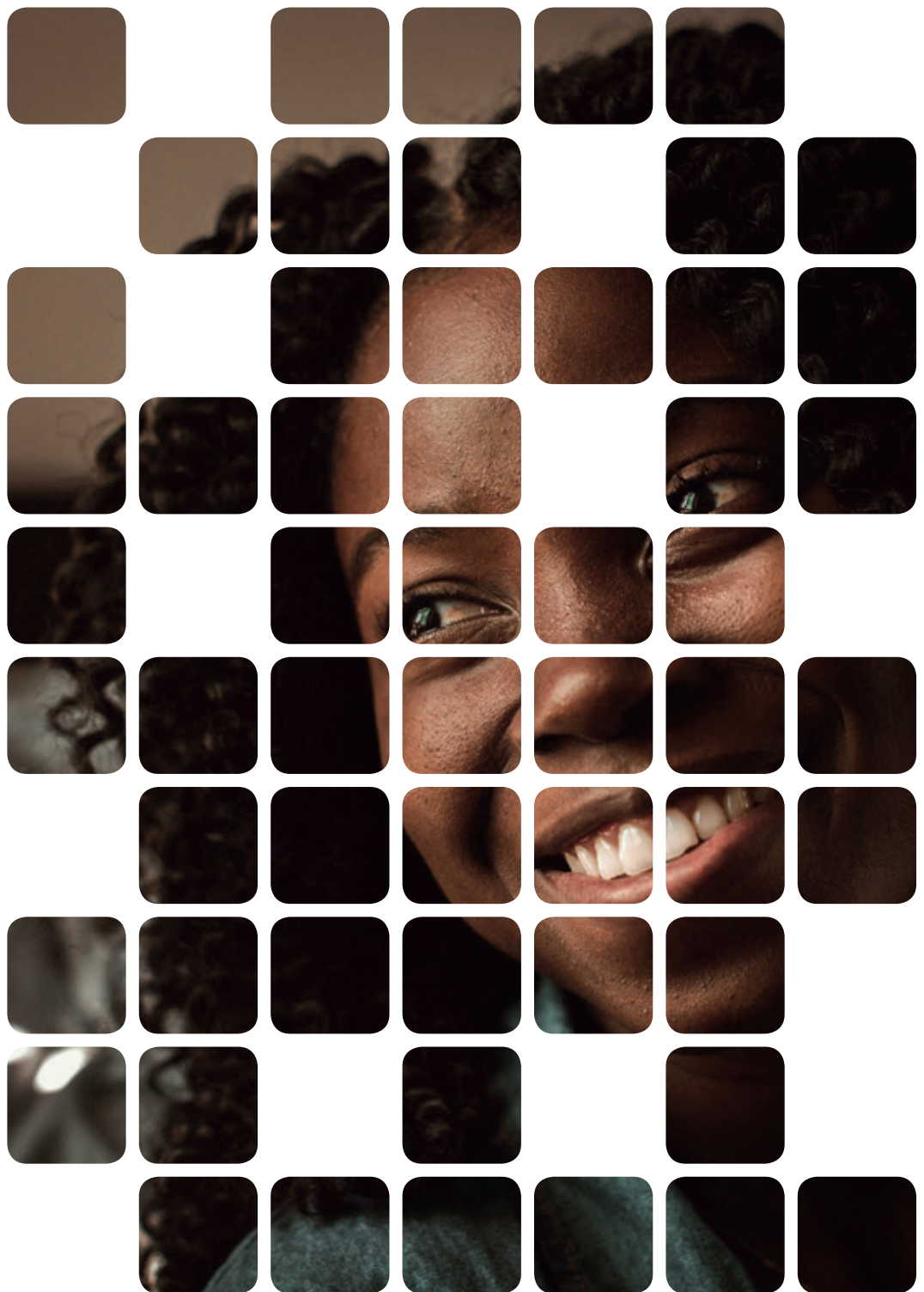
Colaborar - formar parcerias com as comunidades afetadas em todos os aspetos do processo de decisão, incluindo o desenvolvimento de alternativas e a identificação de soluções preferenciais.

Capacitar - garantir que as comunidades têm a última palavra, ou seja, controlo final sobre as principais decisões que afetam a sua saúde.

No seu esforço de verdadeira capacitação da sociedade civil e comunidades afetadas, a definição de políticas ao nível dos determinantes sociais da saúde deverá sempre almejar a máxima forma de participação social. A capacidade destas comunidades exercerem controlo sobre os processos que afetam as suas vidas deverá ser considerado um critério relevante da apreciação de ações e políticas que visem intervir sobre os determinantes sociais da saúde. Convém esclarecer que a aquisição progressiva deste controlo por via da capacitação decorre por passos, de acordo com os seguintes níveis:

1. **Justiça** – nível onde as necessidades básicas são satisfeitas, assumindo-se que os envolvidos têm uma participação passiva nos processos.
2. **Acesso** – nível onde é assegurada equidade no acesso à educação, à exploração dos solos e ao crédito.
3. **Consciencialização** – nível onde as discriminações estruturais e institucionais são visadas.
4. **Participação** – nível onde é permitida uma participação equitativa nos processos de decisão.
5. **Controlo** – nível onde os indivíduos podem tomar decisões e cuja participação não só é reconhecida como também recompensada.

Cada passo desta escala de capacitação originalmente desenvolvida por Longwe (1991) é um pré-requisito para que se possam atingir os seguintes.⁽²⁸⁾ Obter o controlo sobre as decisões e recursos que definem a qualidade de vida de um indivíduo é visto como a última etapa do processo de capacitação.



A CIDADE SAUDÁVEL E A INTERVENÇÃO LOCAL

Em 2012 os estados membros europeus da OMS adotaram a agenda «Saúde 2020» - um conjunto de políticas europeias de apoio à ação intersectorial a nível governamental e social em prol da saúde e do bem-estar das populações. Esta agenda fomentou a procura de uma saúde melhor e mais justa, adaptada às diferentes realidades que compõem o panorama Europeu, segundo os valores e princípios da «Saúde para Todos».⁽²⁹⁾ O manifesto político «Saúde 2020» reconhece a importância central das ações desenvolvidas a nível local, considerando que as cidades ocupam uma posição privilegiada para exercerem a liderança na procura de mais e melhor saúde e bem-estar.

No enquadramento complexo em que as populações vivem, com diferentes níveis de governo e numerosos sectores e partes interessadas, tanto de carácter público como privado, as instituições de governo local têm a especial capacidade de influenciar os determinantes e colmatar as iniquidades em saúde, utilizando para tal os seguintes instrumentos⁽³⁰⁾:

Regulação - ordenamento do território, padrões de construção e sistemas de saneamento, qualidade da água, consumo de tabaco, saúde e segurança ocupacionais, por exemplo.

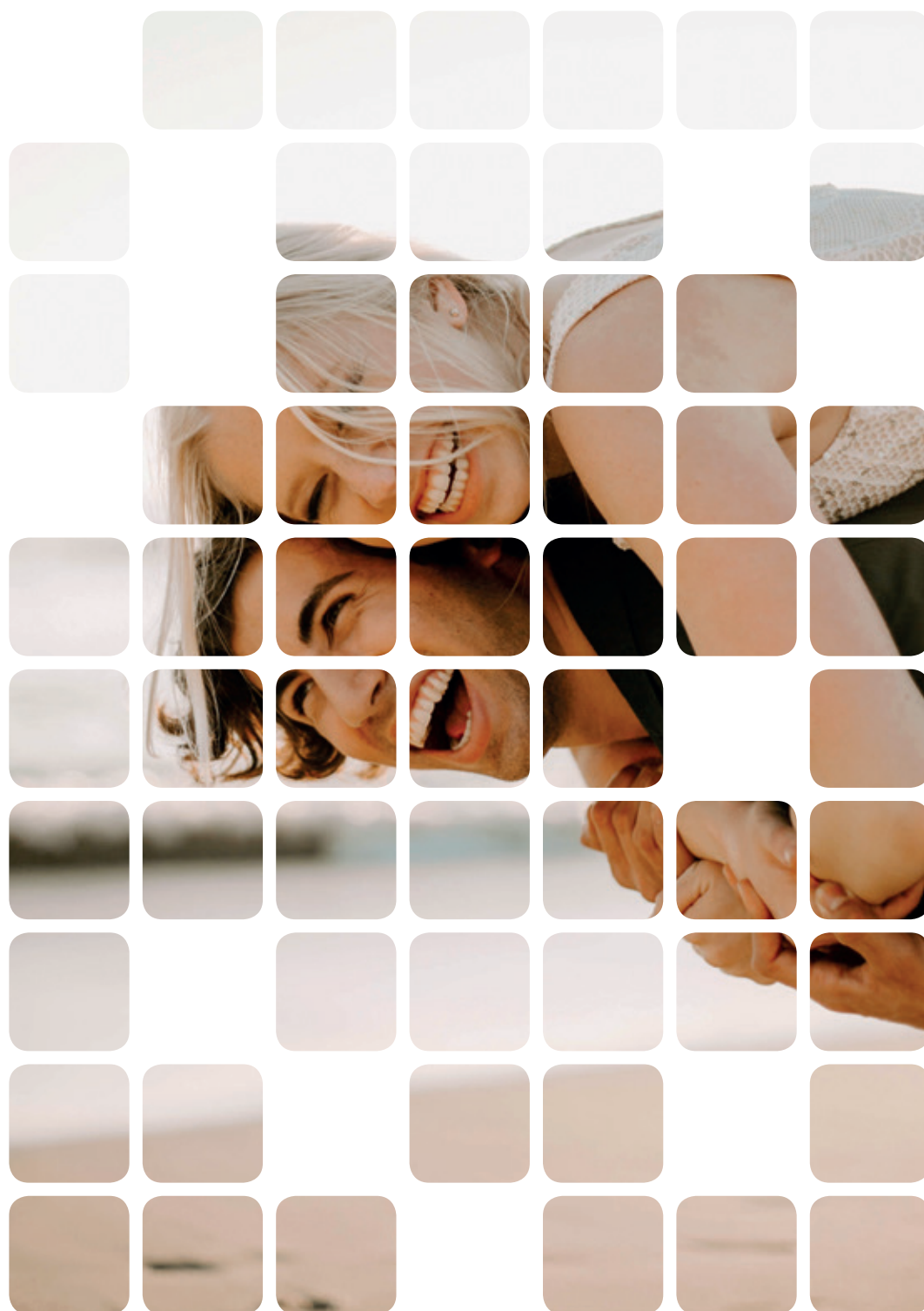
Integração - desenvolvimento e implementação de estratégias integradas de promoção de saúde.

Parcerias intersectoriais - mandato democrático de poder e autoridade para estabelecer parcerias e encorajar a contribuição e envolvimento de todos os sectores paralelos à saúde.

Envolvimento dos/as Cidadãos/as - frequente contacto direto com os indivíduos, proximidade em relação às suas preocupações e prioridades; o nível local apresenta oportunidades únicas para cooperar com os setores privado e não lucrativo, com a sociedade civil e grupos de cidadãos e cidadãs.

Equidade - capacidade de mobilização dos recursos locais de forma a criar oportunidades para os grupos populacionais mais desfavorecidos e vulneráveis, protegendo e promovendo os direitos de todos e todas os cidadãos e cidadãs.

As cidades são efetivamente vistas como os veículos mais eficientes para a propagação e implementação das políticas do quadro Europeu «Saúde 2020». Para atingir tal propósito devem multiplicar esforços para envolver todas as partes interessadas na análise e resolução dos problemas de saúde, catalisando o seu potencial de inovação e mudança para enfrentar os principais desafios de saúde pública locais. A prosperidade futura das populações urbanas dependerá sempre da capacidade e vontade que os organismos de governação local tiverem para abraçar novas oportunidades e melhorar a saúde e bem-estar das gerações presentes e futuras.⁽³⁰⁾



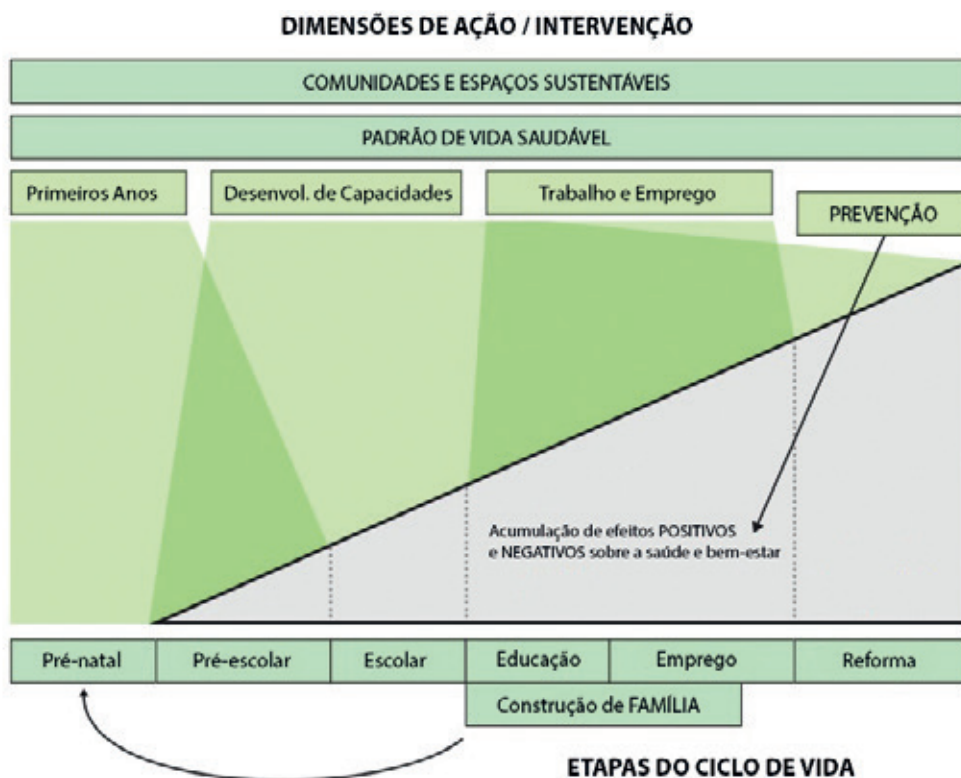
MODELO CONCEPTUAL DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

INVESTIR NA SAÚDE AO LONGO DE TODO O PERCURSO DE VIDA

O investimento na saúde e nos seus determinantes ao longo de todo o percurso de vida das pessoas aumenta a esperança de vida saudável, melhora o bem-estar e usufruto da vida, aspetos que podem trazer grandes benefícios económicos, sociais e individuais.

A mudança demográfica da população que tem vindo a alterar a dinâmica dos meios urbanos nas últimas décadas exige uma abordagem estratégica holística ao percurso de vida das pessoas, dando prioridade a novas abordagens. Intervenções que visem influenciar as iniquidades em saúde e os seus determinantes sociais devem ser desenvolvidas em etapas chave do percurso de vida, nomeadamente: primeiros anos de vida, infância e adolescência, idade adulta e terceira idade (em indivíduos saudáveis e inseridos na sociedade).

■ **Figura 5** | Modelo conceptual de intervenção ao longo de todo o percurso de vida.



Fonte: Adaptado de Marmot et al, *Fair Society, Healthy Lives* (2012).

Dentro destas diferentes fases, o início e final de vida do indivíduo assumem particular importância. **Um bom início de vida é o ponto de partida para uma vida saudável.** Cidades que investem em redes e programas de acompanhamento de crianças (creches, infantários, centros de dia) de elevada qualidade, bem como em serviços de suporte à parentalidade, conseguem compensar muitos dos efeitos negativos que as desvantagens sociais nos primeiros anos de vida provocam nas crianças. A promoção do desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional é fundamental desde os primeiros anos. Crianças que nascem no seio de famílias ou circunstâncias desfavorecidas têm um maior risco de apresentarem fraco crescimento e desenvolvimento, a todos os níveis. Para que seja possível otimizar a saúde e bem-estar dos indivíduos já na sua fase adulta é fundamental haver um investimento no planeamento integrado das intervenções com impacto positivo no começo de vida.

Estes primeiros anos são fundamentais para capacitar os indivíduos e **influenciar a maneira como envelhecem**, ou seja, as opções que naturalmente fazem em relação à manutenção da sua saúde nas diferentes fases de mudança das suas vidas. A evidência demonstra que dificuldades económicas persistentes ao longo da vida estão associadas a muito piores resultados de saúde na terceira idade. É nesta fase que a **idade começa a ser um critério de discriminação e uma fonte de iniquidade** no acesso aos mais variados serviços públicos (e privados), contribuindo para o adensar do gradiente social em saúde. A evidência demonstra que é nesta fase da vida que as iniquidades se expressam com mais intensidade, sendo aqui as diferenças entre os que estão melhor e os que estão pior muito mais acentuadas do que nos indivíduos mais jovens. Uma cidade que queira promover de forma efetiva a saúde na terceira idade deve apostar na proteção social dos mais idosos e idosas. O **combate à solidão e isolamento** é uma das melhores estratégias para o conseguir fazer. De resto, uma população que viveu toda a sua vida exposta ao ambiente que a rodeia, acumulando experiências e fatores de risco ou protetores, é um espelho das políticas seguidas no contexto em que viveu. Como tal, tudo o que contribua de forma efetiva para fazer da cidade um ambiente mais saudável (transportes, ordenamento, planeamento urbano, habitação, política fiscal, atividades de promoção da saúde), minimizando os fatores de risco e potenciando os fatores protetores que os indivíduos da terceira idade vão acumulando, tem importantes repercussões nos resultados de saúde da população que cresceu e envelheceu no concelho.

CAPACITAR OS INDIVÍDUOS PARA A MELHORIA E MANUTENÇÃO DA SAÚDE

As **adversidades sociais e a doença contribuem para uma maior vulnerabilidade** dos indivíduos aos problemas de saúde, principalmente devido aos processos de exclusão social que acabam por acontecer a diferentes níveis. Medidas que combatam estes processos são mais efetivas e têm uma influência mais preponderante sobre a saúde de indivíduos e comunidades. Os grupos mais excluídos ou distantes do padrão social têm uma muito maior carga de doença. Melhorar a informação que decorre do sistema de saúde e desenhar políticas ou ações integradas que visem reduzir as múltiplas causas de exclusão social são as estratégias mais efetivas na diminuição do gradiente social em saúde. Uma aposta na formação dos profissionais de saúde para saberem identificar e intervir nestas situações; no envolvimento das populações mais vulneráveis no desenho, oferta e avaliação de serviços públicos e de saúde; e na prevenção das iniquidades ou discriminação de género será capaz de apoiar e promover mais oportunidades de vida e uma maior independência nas idades mais avançadas.

A **capacitação** é um processo social multidimensional através do qual indivíduos e populações adquirem um **melhor entendimento e mais controlo sobre as suas vidas**. Tem uma importância central no combate às iniquidades em saúde na medida em que as pessoas são cada vez mais vistas como coprodutoras da sua própria saúde. Um aumento da **literacia em saúde** e do **acesso a boa informação de saúde** são pré-requisitos do processo de capacitação. Níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde resultam em menos escolhas saudáveis, mais comportamentos de risco, pior saúde, menor autonomia e mais episódios de hospitalização, com as respetivas consequências sociais e económicas, tanto para o indivíduo como para a sociedade. O aumento da literacia em saúde da população exige uma **abordagem ao longo da vida, adaptada aos fatores culturais/contextuais** e focada tanto no indivíduo como na forma como o contexto influencia a aquisição e uso desta informação. Uma cidade saudável tem de necessariamente inovar e estabelecer parcerias com a sociedade civil (incluindo determinadas comunidades) para defender e apoiar programas e serviços que promovam a literacia em saúde da população.

CRIAR COMUNIDADES LOCAIS E AMBIENTES PROMOTORES DA SAÚDE MAIS RESILIENTES

Comunidades resilientes respondem mais proactivamente perante situações novas ou adversas, preparam-se melhor para momentos de mudança social, económica e ambiental, e lidam melhor com as crises e dificuldades. Comunidades que se mantêm desfavorecidas e que estão parcialmente capacitadas têm resultados de saúde desproporcionalmente mais fracos. Como tal é fundamental tornar os indivíduos e as comunidades mais resilientes, mais capazes de desempenhar o seu papel no âmbito da promoção da saúde e das demais atividades de prevenção de doença, garantindo a inclusão social das pessoas com doença crónica ou incapacidade. As inter-relações entre os ambientes natural, construído e social influenciam de forma determinante este papel. Uma **liderança forte, com investimento público nas comunidades locais** com base nas suas mais-valias, estruturas sociais, recursos estratégicos e aspetos característicos, é capaz de aumentar os níveis de aspiração social, libertar o potencial das comunidades e permitir que assumam responsabilidade sobre a sua saúde, os seus problemas e a sua vida.

A criação de ambientes saudáveis exige um esforço contínuo por melhorar as condições de vida e de trabalho das populações. Ao nível da cidade, ações desenvolvidas em determinados contextos – agregados familiares, escolas, locais de trabalho, espaços de lazer, serviços de saúde e lares/centros para a terceira idade – podem ser tão benéficas quanto alguns programas de promoção da saúde em contexto laboral ou escolar. Os serviços sociais e os serviços de saúde, especialmente aqueles que exercem as suas atividades ao nível dos cuidados de saúde primários, contactando diretamente com as famílias nos seus contextos, com os trabalhadores nos seus locais de trabalho e com os grupos de indivíduos nas comunidades em que se formam, são excelentes portas de entrada para apoiar de forma sistemática os indivíduos e as populações, tanto ao longo do seu percurso de vida como durante períodos mais críticos.

O planeamento e desenho urbano são extremamente importantes na construção de uma melhor saúde. A **qualidade das habitações, o desenho dos bairros, a densidade urbanística e ordenamento do território, o acesso a espaços verdes, a existência de áreas comuns de lazer, a rede de ciclovias, a qualidade do ar, o ruído ou a exposição a substâncias tóxicas** para o ser humano são

tudo aspetos que influenciam a saúde e bem-estar das populações de diferentes formas. Todos os esforços que tornem o planeamento urbano mais amigo das pessoas, que promovam a atividade física através do espaço construído ou que melhorem a acessibilidade e mobilidade urbana a populações mais envelhecidas ou com incapacidade contribuem para mais saúde e bem-estar. As parcerias intersectoriais (ambiente, energia, transporte, setor social, saúde) e o envolvimento atempado de todas as partes interessadas na construção de soluções e no apoio às iniciativas desenvolvidas são dois fatores de sucesso do processo de planeamento sustentável com ganhos em saúde.

O **uso preferencial dos meios de transporte públicos**, em combinação com as deslocações a pé ou de bicicleta, permite reduzir os níveis de poluição atmosférica, ruído, emissão de gases de estufa, consumo de energia, congestão das estradas e acidentes rodoviários, protegendo a paisagem local e a coesão urbana, enquanto cria mais oportunidades para os indivíduos serem fisicamente ativos e socialmente mais próximos de melhores oportunidades educativas, laborais ou recreativas. Por outro lado, a criação de espaços verdes tem uma relação direta com o aumento do seu uso e da prática de diferentes tipos de atividade física por parte dos indivíduos que compõem a comunidade, integrando estes comportamentos no seu dia-a-dia e reduzindo assim os seus níveis de stress, risco de acidentes ou isolamento social.

Uma **regeneração urbana** que promova estratégias mais eficazes e sustentáveis de construção e habitabilidade terá um impacto necessariamente positivo sobre a saúde dos que dela usufruem. Medidas que visem melhorar a ventilação natural ativa e passiva das habitações, que reduzam o mofo e a humidade, que tornem o aquecimento das habitações e o consumo de energia eletrodoméstica mais eficientes, a disponibilidade de espaços públicos e edifícios mais resilientes são um bom exemplo disso. Do mesmo modo, programas de regeneração que aumentem e melhorem as oportunidades sociais, económicas e ambientais podem colmatar algumas das iniquidades em saúde relacionadas com o desenho e planeamento urbano.

DIMINUIR O IMPACTO QUE OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE TÊM SOBRE A POPULAÇÃO

Estratégias e intervenções integradas que adotem uma abordagem abrangente e com base na evidência científica são essenciais para colmatar os principais desafios associados às doenças transmissíveis e não transmissíveis. A efetividade das intervenções sobre estas doenças ao longo do percurso de vida e da história natural da própria doença é francamente reforçada quando as intervenções são acompanhadas de ações sobre a equidade, os determinantes sociais da saúde, a capacitação dos indivíduos e a resiliência dos ambientes promotores de saúde. São estas ações que permitem reduzir a desigual distribuição da doença na população e por inerência na cidade.

As doenças não transmissíveis são as que mais contribuem para a carga de doença dos países desenvolvidos. As suas causas são multifatoriais e multidimensionais, exigindo uma ação política abrangente e concertada intersectorialmente com metas e objetivos comuns, sistemas de informação partilhados, focada na cooperação e implementação conjunta de projetos, no planeamento integrado e na definição de prioridades com base na opinião de todas as partes interessadas. Além disso, é fundamental que a mensagem que chega à população através das diversas instituições e organizações que interagem com a sociedade civil seja una e específica, fazendo um uso estratégico e racional das ferramentas de comunicação, dos *mass media* e das oportunidades de contacto

com a população. Adotar uma abordagem sobre os fatores de risco que são comuns aos diversos estratos sociais e transversais aos diversos setores de governo municipal, numa escala apropriada e optando por estratégias comprovadamente efetivas, deve ser uma prioridade da cidade saudável.

A **promoção de uma atividade física regular** está associada a significativos benefícios de saúde, reduzindo o risco de desenvolver a grande maioria das doenças não transmissíveis e contribuindo para a saúde mental e bem-estar geral. Ao desenvolver uma atividade física os indivíduos aumentam o número de oportunidades para interagir socialmente e desenvolvem um sentimento de pertença e inclusão em relação aos programas e espaços utilizados para a prática dessa atividade. Grupos fisicamente inativos que sejam estimulados a participar em alguma atividade vão ser responsáveis pelos maiores ganhos em saúde. As parcerias locais com as comunidades, com associações ou cooperativas, com instituições privadas ou outras organizações não-governamentais que trabalhem junto da comunidade são um fator chave para que seja possível maximizar a participação dos indivíduos em ações que promovam a atividade física. Tanto o contexto físico como o contexto social devem ser construídos para que seja possível integrar a atividade física de forma segura e simples no dia-a-dia das pessoas. O planejamento urbano e os sistemas integrados de transporte que promovem a deslocação de pessoas a pé ou de velocípede são elementos essenciais de uma estratégia integrada de promoção da atividade física.

A **alimentação** é outro dos fatores que contribui de forma determinante para a saúde da população. Para que seja possível **combater a prevalência da obesidade** é fundamental analisar todo o circuito e os diversos processos que influenciam o padrão de alimentação da população. Ações no âmbito do sistema educativo; da comunicação e consciencialização pública; da literacia em saúde; da promoção, marketing, publicidade a patrocínio de produtos; da informação ao consumidor do produto e das mensagens de saúde associadas a determinados alimentos são fundamentais para que a população possa usufruir de uma dieta saudável e de uma constituição física capaz de prevenir o aparecimento de um conjunto muito alargado de doenças não transmissíveis. Sob a perspetiva do percurso de vida, as crianças e jovens beneficiam especialmente de políticas e ações coordenadas que promovam uma melhor alimentação e reduzam a obesidade na medida em que vão conseguir prevenir e/ou protelar durante um período muito mais longo das suas vidas os fatores de risco alimentares que favorecem o aparecimento destas doenças e construir a sua saúde e bem-estar físico desde os primeiros anos de vida, enraizando hábitos e comportamentos que os irão acompanhar ao longo dos anos.

A redução do **consumo prejudicial de álcool** na população é um objetivo que exige especial compromisso político, financiamento sustentado e o envolvimento apropriado da sociedade civil e dos operadores económicos. A estratégia global advogada pela OMS para a redução do consumo prejudicial de álcool dá destaque à liderança, à capacidade de resposta dos serviços de saúde, à iniciativa comunitária, às políticas de condução sem consumo de álcool, à disponibilidade e acessibilidade ao álcool, ao marketing de bebidas alcoólicas, à taxação, aos comportamentos intoxicantes (*"binge drinking"*), à produção ilegal de bebidas alcoólicas e aos sistemas de monitorização e vigilância dos consumos.

Outro dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis é o **consumo de tabaco**. A criação de uma cidade saudável deve ser sinónimo de cidade "sem fumo". Para este efeito é fundamental haver uma monitorização dos consumos e da efetividade

que as medidas de prevenção no terreno estão a ter; proteger a população da exposição ao fumo do tabaco; investir na oferta de serviços de cessação e consciencializar a população para os seus riscos efetivos. As intervenções sobre o consumo do tabaco são vistas como as mais custo-efetivas para melhorar a saúde da população logo a seguir à vacinação.

Por último, uma cidade saudável deve promover o **bem-estar mental** da sua população. A saúde mental é um dos maiores determinantes da iniquidade em saúde na Europa. Os problemas de saúde mental têm sérias consequências não só sobre o indivíduo e respetivo agregado familiar, mas também sobre a competitividade e dinamismo da economia local e o bem-estar da sociedade em geral. Baixos níveis de saúde mental são tanto uma causa como uma consequência das iniquidades, da pobreza e exclusão social. Dentro dos grandes desafios de saúde mental inclui-se a sustentabilidade do bem-estar da população em tempos de crise económica ou quando os mecanismos de proteção social e o investimento público são progressivamente diminuídos. A criação de emprego no sector público ou a criação de incentivos à expansão do setor privado é a medida mais custo-efetiva de promoção do bem-estar mental a nível populacional. O incentivo ao diagnóstico precoce, às intervenções comunitárias, à constituição de serviços de apoio e aconselhamento (mental e financeiro) e às oportunidades de emprego são estratégias que podem desempenhar um papel crucial na promoção de uma boa saúde mental da população. A nível local, a coordenação integrada destas estratégias é fundamental para aumentar a efetividade e eficiência intra e intersectoriais (serviços sociais, serviços de apoio financeiro, serviços de saúde mental na comunidade, etc.).

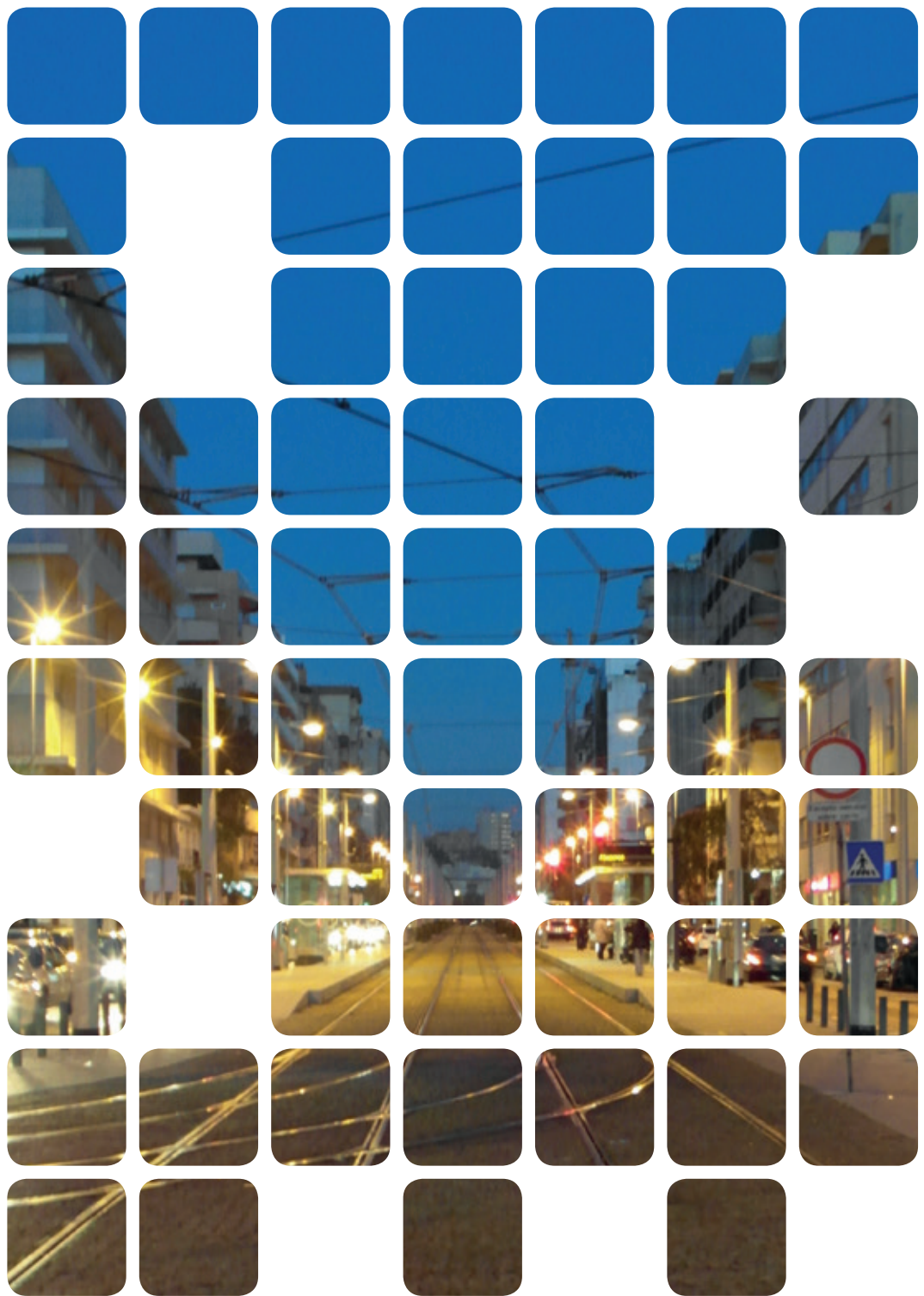
CENTRAR O SISTEMA DE SAÚDE NAS PESSOAS E NA SUA QUALIDADE DE VIDA

Para que seja possível providenciar cuidados de saúde de elevada qualidade e melhorar os resultados de saúde é necessário reforçar os sistemas de saúde com intervenções de efetividade comprovada, financeiramente viáveis, adequadas ao propósito e centradas nas pessoas. **Centrar todo o sistema nas pessoas e não nos serviços** (dando destaque e primazia às suas necessidades e expectativas) é um dos maiores desafios que os serviços sociais e de saúde enfrentam para se tornarem socialmente mais relevantes e produzir melhores resultados, acelerando a aquisição de ganhos em saúde. Novos modelos de oferta e organização de serviços de saúde e programas que consigam chegar até às comunidades mais excluídas, vulneráveis e desfavorecidas.

A forma como a cidade organiza e disponibiliza os seus serviços à população deve ser progressivamente transformada através do estabelecimento de novas **parcerias que criem culturas e formas de trabalho entre profissionais da saúde** e que fortifiquem a capacidade instalada das instituições e departamentos municipais, apoiando o desenho e manutenção de serviços urbanos centrados nas pessoas. Além disso, o sistema de saúde deve ser reorientado para dar prioridade à prevenção da doença e os diversos serviços municipais que trabalham ou influenciam os determinantes sociais da saúde devem centrar-se nas pessoas, ser universais na abrangência, ter qualidade reconhecida pela população e ser acessíveis até para as/os mais desfavorecidas/os.

A **Saúde Pública**, como área do conhecimento, monitorização e intervenção junto das populações, **deve ser revitalizada e progressivamente capacitada** para que possam ser atingidos melhores resultados de saúde. O investimento em serviços que desempenhem funções na área da Saúde Pública, dotando-os de recursos que aumentem a sua capacidade e alcance para me-

lhor conhecer, decidir e intervir junto da população é fundamental. A criação de parcerias institucionais entre os diversos serviços e departamentos que trabalham em prol da saúde pública permitirá criar sinergias, otimizar recursos e congregar esforços sobre os principais problemas e prioridades de saúde. Além disso, a partilha de conhecimento e experiência entre organizações e profissionais concorre para a prossecução das melhores soluções possíveis, muitas vezes perante problemas complexos e multidisciplinares que não são possíveis de colmatar utilizando estratégias individuais, sectoriais ou desconcertadas. A proteção social, a promoção da saúde e a prevenção da doença são prioridades de saúde com grande impacto populacional. No entanto, tal como a sociedade se moderniza e se transforma, também as ações que são empreendidas no âmbito da Saúde Pública devem sofrer o seu processo de atualização e adaptação e a sua postura perante os problemas deverá ser cada vez mais preditiva e menos reativa.



PERFIL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

SÓCIO-DEMOGRAFIA E AMBIENTE

O município de Matosinhos é um dos 17 concelhos que constituem a Área Metropolitana do Porto e o terceiro mais populoso, a seguir a Vila Nova de Gaia e Porto. Em 2011 residiam no município de Matosinhos 175.478 pessoas, das quais 83.444 (48,0%) eram homens e 92.034 (52,0%) mulheres. O Instituto Nacional de estatística estima que em 2016 a população do município fosse de aproximadamente 173.339 habitantes. Apesar da evolução positiva da taxa populacional, entre 2001 e 2011, o crescimento da população não foi uniforme nas diferentes freguesias, constando-se assimetrias territoriais (Figura 6.). Enquanto Leça do Balio e Leça da Palmeira apresentam uma evolução positiva, as freguesias de Guifões, Sta. Cruz do Bispo e S. Mamede de Infesta sofreram uma diminuição do número pessoas residentes. As freguesias do concelho com mais habitantes e mais densamente povoadas são Matosinhos (30.984), Senhora da Hora (27.747) e S. Mamede de Infesta (23.122).

Figura 6 | População residente no município de Matosinhos e densidade populacional (por Km2 em 2011) por freguesia, ambos os géneros, 1991, 2001 e 2011.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística.

No município de Matosinhos o crescimento da população fez-se muito à custa de movimentos internos à própria região. As dinâmicas geradas pela constituição da Área Metropolitana do Porto tiveram aqui uma forte importância na medida em que levaram a “cidade centro” perder poder no que diz respeito à sua função residencial, expulsando a população mais jovem para as suas periferias e conduzindo, assim, a um crescimento demográfico dos concelhos que se integram, tal como Matosinhos, no seu raio de influência.

À semelhança do que acontece no país, o município de Matosinhos tem revelado uma tendência para o envelhecimento demográfico. O processo de duplo envelhecimento torna-se visível na década de 90 com a diminuição do número de residentes nas faixas etárias menores de 25 anos e um aumento dos residentes nas faixas etárias com mais de 65 anos.

Comparando o município com o contexto em que se insere verifica-se que o município de Matosinhos apresenta um índice de envelhecimento um pouco superior ao da Área Metropolitana do Porto, mas inferior ao de Portugal. O envelhecimento demográfico encontra várias causas explicativas: diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade, emigração, aumento da esperança de vida e diminuição das taxas de mortalidade.

Tendo em conta a reorganização administrativa do território das freguesias e, embora a junção das freguesias em uniões tenha esbatido algumas das assimetrias entre territórios do ponto de vista da população residente, a união de freguesias de Matosinhos e Leça da Palmeira revela-se como a que tem uma maior percentagem de população com idades iguais ou superiores a 65 anos (16,8%, face aos 15,0% do concelho). De notar que, nesta união de freguesias, é ainda maior o peso da população feminina com mais de 64 anos (18,6%), sendo também ligeiramente mais elevada a percentagem de pessoas com mais de 74 anos, entre a população idosa (45,0% face aos 44,0% para o concelho).

O envelhecimento da população está a provocar alterações no domínio das estruturas familiares e aumento das situações de dependência, na medida em que está a crescer o número de famílias unipessoais compostas por pessoas com mais de 65 anos, havendo uma tendência para a predominância dos elementos do sexo feminino. Esta dinâmica demográfica cria desde logo alguns problemas, nomeadamente:

- Isolamento social da população, o que alimentará um sentimento de solidão decorrente, em grande parte, da viuvez e da perda de outros familiares e amigos, o que leva a uma fragilidade das relações sociais, afetivas e de suporte;
- Ausência ou insuficiência de retaguarda familiar devido, em alguns casos, às dificuldades que as famílias atuais têm em conciliarem as exigências de uma atividade profissional a tempo inteiro com os cuidados a familiares e, noutros casos, sobretudo no caso dos muito idosos, devido à ausência de parentes;
- Aumento de encargos sociais que terão impacto no desenho das políticas sociais e das respostas locais a promover, tendo em conta o risco da insustentabilidade dos sistemas financeiros;
- Necessidade de promover respostas de incentivo à natalidade no sentido de contrariar a situação atual no que diz respeito ao índice de renovação da população em idade ativa.

No que se refere ao aumento da esperança média de vida, os dados mais recentes para o município de Matosinhos, no triénio 2014-2016, apontam para uma esperança média de vida de 81,1 anos à nascença, existindo uma diferença relativa entre géneros, nomeadamente 78,1 anos para o género masculino e 83,6 para o género feminino. Estes valores aproximam-se aos da população de Portugal continental e da Região Norte, no mesmo período.

Em 2015, a população estrangeira representava 1,5% da população total de Matosinhos. Deste total, 2.613 pessoas, de acordo com números do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras de 2015, são nascidos/as em países estrangeiros, das quais 2.029 são nacionais de países terceiros (NPT), com maioria a provir do Brasil (1.111), China (243), Ucrânia (198).

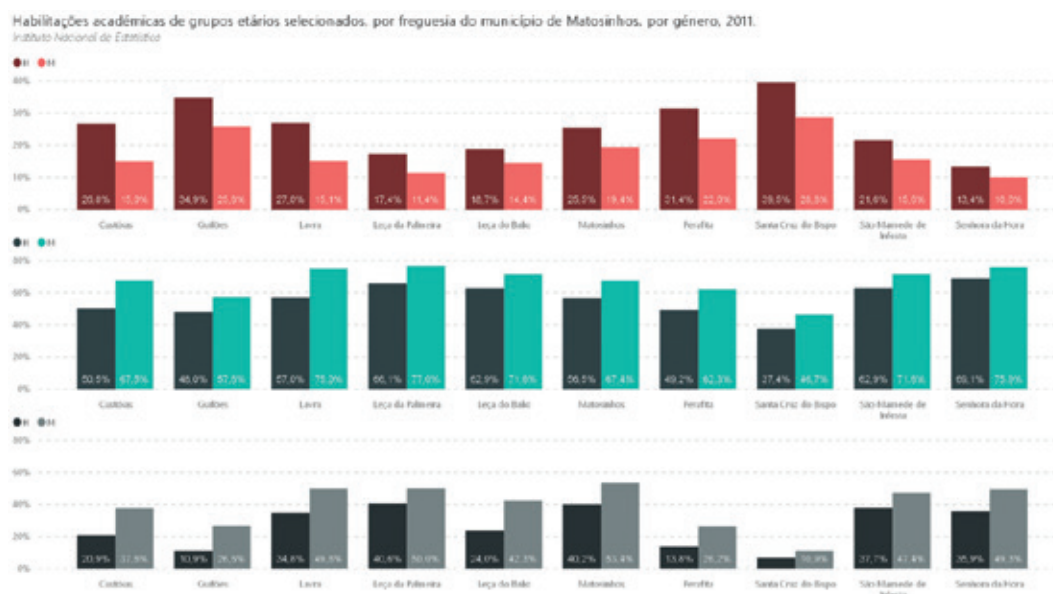
Na última década, o concelho registou progressos significativos no nível da educação e literacia, tendência também verificada na Região Norte e Portugal continental. A população residente de Matosinhos com formação superior passou de 8% em 2001 para 15,4% no espaço de 10 anos, sendo que 59% destes indivíduos são do género feminino. A população sem qualquer escolaridade diminuiu de 21,4% para 16,1%, à semelhança do verificado na Região Norte e no território continental.

A taxa de analfabetismo (relação entre a população com 10 e mais anos de idade que não sabe ler e escrever e a população total com 10 ou mais anos) no concelho reduziu, passando de 5,2% em 2001 para 4,4% em 2011, mantendo-se inferior à Região Norte (6,6%) e Portugal continental (6,8%). A população entre os 18 e os 24 anos que concluiu o 3º ciclo e que se encontra fora do ensino no município de Matosinhos pertence maioritariamente ao género masculino (23% masculina vs. 16% feminina), achado comum ao Grande Porto, à Região Norte e ao demais território nacional.

A partir de 2000, a tendência para serem os homens a alcançarem níveis de escolaridade mais elevados foi invertida. Em 2011 (Figura 7) a escolaridade média de mulheres com idades entre os 25 e os 64 anos era de 9,1 anos de ensino; nos homens do mesmo grupo etário a escolaridade média era de 8,6 anos. Esta tendência é comum ao Grande Porto, à Região Norte e a Portugal.

Para quem tem menos de 45 anos, outro aspeto evidente é o facto de serem as mulheres as que atingem níveis de instrução mais elevados. Enquanto no grupo das pessoas com 65 e mais anos apenas 5,1% das mulheres completou um curso universitário, face a 8,1% dos homens, na faixa dos 20-24 anos a percentagem de mulheres com o ensino superior chega aos 46,6%; esta percentagem entre os jovens rapazes é de 35,3%. Em 2011, a população com idade entre os 20 e os 24 anos e que tem o ensino secundário é maioritariamente feminina (69,5% vs. 58,4%), assim como aquela que tem entre os 30 e os 34 anos que possui ensino superior (44,4% vs. 31%).

■ **Figura 7** | Habilitações académicas de grupos etários selecionados, por freguesia do município de Matosinhos, por género, 2011.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística.

Os ganhos médios mensais da população do município de Matosinhos, apresentam-se acima dos valores da Área Metropolitana do Porto e de Portugal Continental: 1.123,90€, 1.076,00€ e 1.093,20€ respetivamente (em 2014). No município de Matosinhos, o ganho médio mensal varia em função do nível de escolaridade e da profissão, o que não se verifica de forma tão acentuada na Área Metropolitana do Porto e em Portugal continental.

Conjugando o ganho médio mensal, o índice do poder de compra e o valor do IRS per capita, no Referencial da Coesão Social, Matosinhos surge como um dos dez concelhos do país com maior nível de rendimento. No entanto não se pode ignorar que, em 2013, pelo menos 5,2% da população residente no concelho tinha rendimentos suficientemente baixos para aceder ao Rendimento Social de Inserção, e muito menos o impacto que a crise económica teve na generalidade das famílias. Cortes nos salários e nas pensões, mas, sobretudo, uma descida brusca de rendimentos como consequência do desemprego foram, certamente, os principais fatores que levaram a uma diminuição do poder de compra.

O município de Matosinhos tem registado uma evolução da ocupação urbana heterogénea. Enquanto certas áreas do concelho mantiveram o padrão de evolução, outras evidenciam variações fortemente influenciadas pela criação de novos eixos viários ou pelo surgimento de novos conjuntos habitacionais ou pólos de emprego. De um modo similar à ocupação populacional, os resultados da densidade de emprego também manifestam um padrão de distribuição territorial desequilibrada. Porém, mais de metade da população residente de Matosinhos trabalha ou estuda dentro do município. Esta ocupação do território tem influência na forma como a população residente e não residente se desloca dentro do seu perímetro.

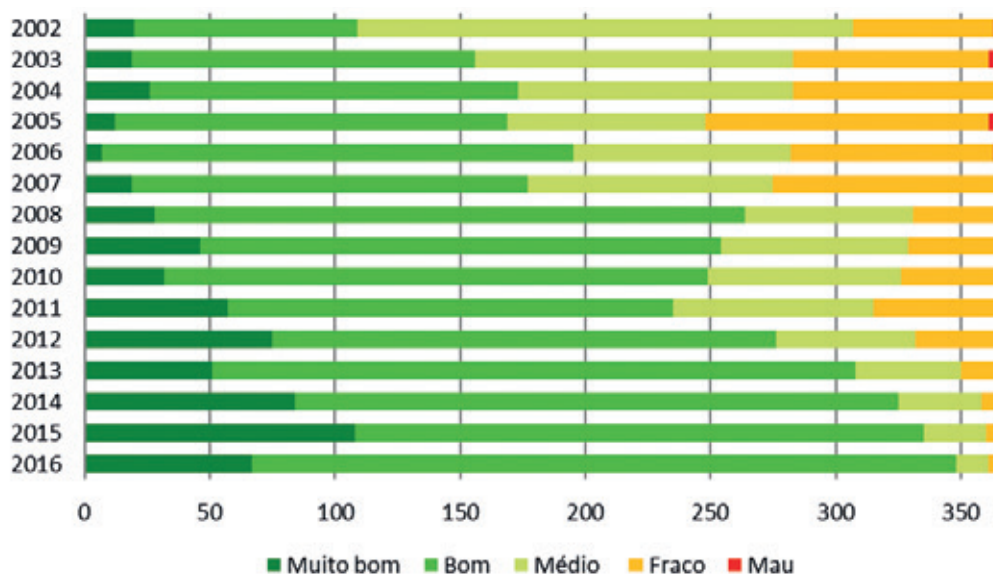
A escolha da bicicleta, como meio de transporte, é muito semelhante em todas as uniões de freguesia, rondando a média 0,36%, valor bastante reduzido em comparação aos outros meios de deslocação e muito próximo das percentagens do Grande Porto e Portugal Continental. Relativamente à escolha da deslocação a pé, partindo da média de concelho de 16%, a União de Freguesias Matosinhos e Leça da Palmeira destaca-se com uma média de 21%.

O município de Matosinhos acompanhou a tendência nacional em que a impossibilidade de alargamento do espaço entre edificação levou ao aumento do espaço dedicado à circulação automóvel, em prol de uma maior velocidade de circulação e escoamento de tráfego, relegando o peão para último plano. No entanto, as intervenções da última década em Matosinhos têm mostrado uma inversão desta tendência, com a redução do espaço dedicado à circulação ou estacionamento automóvel e o aumento do espaço dedicado ao peão, com o aumento da largura dos passeios e a adaptação do espaço para maior segurança e comodidade do peão. Contudo, em cerca de 30% dos cerca de 580 quilómetros de extensão da rede viária de acesso pedonal do concelho, não existem condições adequadas à circulação pedonal, quer pela inexistência de passeios, quer pela sua insuficiente largura. Esta situação verifica-se com maior incidência nas freguesias de Guifões e Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo.

A utilização de transportes públicos, isto é, o recurso da rede de metro e autocarro apresenta uma percentagem mais significativa em Guifões com 26%, acima da média do Município de 20%, a seguir Senhora da Hora com 25% e Santa Cruz do Bispo com 22%. Senhora da Hora tem uma boa rede de metro e Santa Cruz do Bispo recorre mais ao autocarro (21%). A percentagem mais baixa é em Lavra com 13%, resultado da falta de transportes públicos disponíveis e da qualidade dos mesmos. O transporte público, sofreu uma evolução negativa muito acentuada, acompanhando a tendência de toda a AMP. Segundo dados recolhidos pela Divisão de Mobilidade da CMM, existe tendência da evolução geral no município de Matosinhos para o uso do automóvel como forma de deslocação preferencial, chegando a utilização deste meio a aumentar 11% entre 2001 e 2011. Os modos a pé e de bicicleta têm vindo a sofrer uma diminuição progressiva ao longo do tempo.

A classe predominante do Índice de Qualidade do Ar nos últimos anos em Matosinhos (designado por Porto Litoral, que inclui as cidades Porto e Matosinhos) tem sido "Bom", tendência que se manteve em 2016 (Figura 8.). De uma forma geral, verificou-se uma evolução positiva entre 2013 e 2016, com uma redução dos dias com classificação "Fraco". De igual modo, também os dias com classificação de "Muito Bom" e "Bom" sofreram um aumento. Em 2016, não se registou qualquer dia com classificação "Mau" nas estações monitorizadas. Desde 2009 não se registou qualquer dia com classificação "Mau" nas estações monitorizadas no Porto Litoral.

■ **Figura 8** | Índice Qualidade do Ar (IQAR) Porto Litoral, 2002-2016.



Fonte: QUALAR, APA, 2018

Analisando as excedências ao valor limite diário das PM10 de 2002 até 2016 nas três estações do concelho de Matosinhos (Perafita; Leça do Balio e Custóias; Matosinhos) verifica-se uma tendência na diminuição dos dias de excedência em relação ao valor limite diário. Em 2013 a estação Perafita – Meco apresentou pela primeira vez desde 2003 um total de dias inferior ao limite diário permitido e a estação de Leça do Balio esta situação verificou-se a partir de 2010.

NATALIDADE E MORTALIDADE INFANTIL

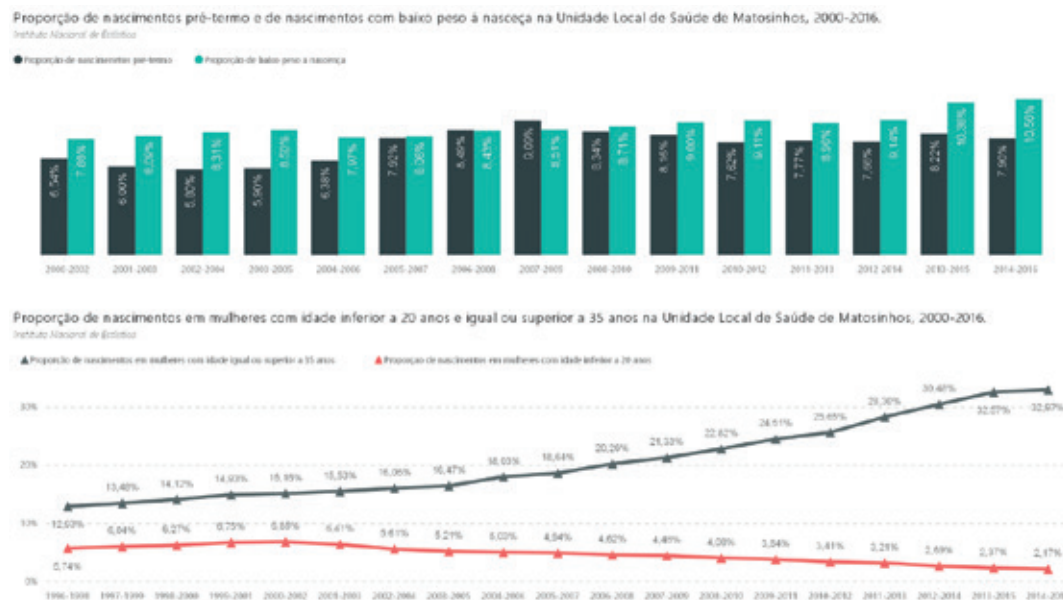
Entre 2005 e 2013 verificou-se uma diminuição progressiva do número de nascimentos tanto na Área Metropolitana do Porto como no município de Matosinhos. Na Área Metropolitana do Porto, 2014 ficou marcado pelo menor número de nascimentos entre 2011 e 2016 (n=13.362); no município de Matosinhos, e pela primeira vez em quase uma década, por um aumento anual do número de recém-nascidos/as. Este aumento, apesar de não se ter replicado em 2015, repetiu-se em 2016, apontando para uma possível inversão da tendência decrescente do número de nascimentos no município, também acompanhada pelo conjunto dos municípios da Área Metropolitana do Porto. Entre 2005 e 2015 a diminuição percentual do número de nascimentos no município de Matosinhos (17,08%) foi inferior ao decréscimo registado em Portugal e na Região Norte (21,85% e 26,96% respetivamente).

A taxa de natalidade do município de Matosinhos entre 2005 e 2015 mimetiza a tendência de decréscimo já descrita, em consonância com o que se verificou em Portugal e na Região Norte. Estima-se que no ano de 2015 a taxa de natalidade do município tenha sido de 8,3 nascimentos por cada mil habitantes. A evolução do índice sintético de fecundidade (ISF), em consonância com

aquilo que se verificou em Portugal e na Região Norte, foi decrescente até 2013, invertendo-se em 2014 e 2015, ano em que o ISF de Matosinhos foi de 1,25 nascimentos por mulher em idade fértil.

A proporção de nascimentos em mulheres com idades inferiores a 20 anos (Figura 9.) diminuiu aproximadamente 68% entre os triénios de 2000-02 (6,85%) e 2014-16 (2,17%) no município de Matosinhos, evolução também acompanhada pela Região Norte e Portugal. De forma inversa, a proporção de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos aumentou progressivamente ao longo do período considerado, apresentando o triénio 2014-2016 o valor mais elevado da série (32,97%) tanto no município de Matosinhos como na Região Norte e em Portugal.

Figura 9 | Proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos e igual ou superior a 35 anos na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2000-2016.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística.

A proporção de nascimentos com baixo peso à nascença (< 2.500g) no município de Matosinhos tem aumentado, particularmente nos últimos anos, tendo atingido o seu máximo no triénio de 2014-2016, durante o qual 10,56% de todos os/as recém-nascidos/as apresentavam um peso inferior a 2.500g no momento do nascimento.

As interrupções voluntárias da gravidez no município de Matosinhos seguem o padrão nacional e da região Norte: valores baixos até 2007, ano em que, após modificação da legislação sofreram um aumento abrupto. Desde então houve uma diminuição progressiva, interrompida em 2011 por um aumento pontual do número de interrupções que, entretanto, estabilizou aproximadamente nas 215-220 interrupções voluntárias de gravidez por ano no município de Matosinhos.

Estratificando o número de nascimentos em determinado ano pelo grupo etário da mãe no município de Matosinhos verificamos que o número de nascimentos no grupo etário dos 30-34 anos continua a ser superior ao dos demais grupos, sendo que há cada vez mais nascimentos com mães dentro da faixa etária dos 35-39 anos e cada vez menos nos grupos etários dos 15-19, 20-24 e 25-29 anos. A evolução do número de nascimentos em mulheres tanto na faixa etária dos 25-29 anos (de 379 nascimentos em 2011 para 322 em 2016) bem como na faixa etária dos 30-34 anos (de 614 em 2011 para 542 em 2016) foi decrescente. Esta diminuição foi acompanhada de forma inversa pelo aumento do número de nascimentos em mulheres com idade compreendida entre os 35 e os 39 anos (de 372 em 2011 para 418 em 2016).

Depois de um decréscimo até ao triénio 2008-2010, a taxa de mortalidade infantil sofreu um pequeno aumento, situando-se no triénio 2014-2016 em 2,9 mortes infantis por 1000 nascimentos, valor muito semelhante ao verificado em Portugal e na Região Norte (2,9 e 2,7 no triénio 2013-2015, respetivamente).

De forma análoga, as taxas de mortalidade neonatal e neonatal precoce atingiram o seu mínimo no triénio 2008-2010, aumentando e diminuindo nos anos subsequentes, dentro de um perfil de variação normal e expectável para estes indicadores. Apesar de tudo, quando comparadas com os valores observados em Portugal e na Região Norte, verificamos que no município de Matosinhos estas taxas são ligeiramente superiores.

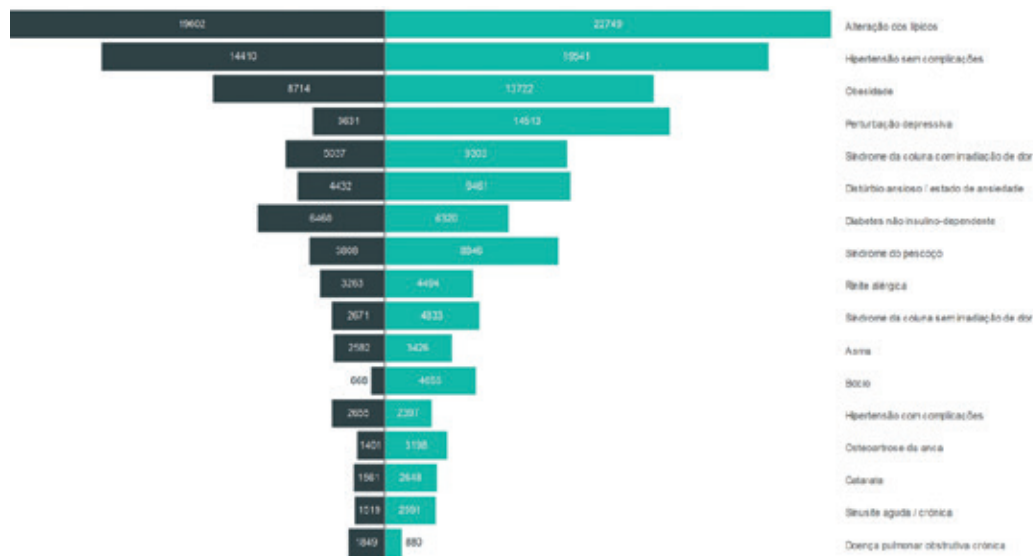
A taxa de mortalidade perinatal tem apresentado uma relativa estabilidade ao longo do tempo no município de Matosinhos, descrevendo uma trajetória descendente, apesar de sempre superior à taxa de mortalidade perinatal de Portugal e da Região Norte. A mortalidade fetal tardia também apresenta uma evolução negativa e com poucas oscilações, apesar dos valores serem persistentemente superiores no município de Matosinhos, quando comparados com Portugal e com a Região Norte.

A taxa de mortalidade pós-neonatal é a mais baixa de entre as taxas que caracterizam a mortalidade infantil, evidenciando o reduzido número de mortes de crianças entre os 28 dias e 1 ano de idade, período em que se encontram mais dependentes do suporte parental e menos sujeitos a riscos inerentes à sua própria vontade de experimentação e descoberta da realidade que os rodeia.

MORBILIDADE E MORTALIDADE

Os diagnósticos de alteração dos lípidos (42.351 inscritos/as), hipertensão sem complicações (33.951 inscritas/os), obesidade (22.436 inscritos/as), perturbação depressiva (18.144 inscritas/os), síndrome da coluna com irradiação de dor (14.340 inscritos/as), distúrbio ansioso/estado de ansiedade (13.893 inscritas/os) e diabetes não insulino dependente (12.780 inscritos/as) foram os 7 principais problemas de saúde encontrados na população de utentes inscritos da ULS de Matosinhos em 2017 (Figura 10.). Em ambos os géneros, os diagnósticos mais prevalentes são alteração dos lípidos, hipertensão sem complicações e obesidade. De realçar as diferenças de género relativas à prevalência de perturbação depressiva (verificando-se uma proporção de 4 inscritas do género feminino para cada 1 inscrito do género masculino) e de bócio (verificando-se uma proporção de 7 inscritas do género feminino para 1 inscrito do género masculino).

■ **Figura 10** | Principais problemas de saúde ao nível dos Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, ambos os sexos, dezembro de 2017.



Fonte: Observatório Local de Saúde de Matosinhos.

O abuso do tabaco (30.540 inscritos/as), o excesso de peso (20.495 inscritos/os), a pressão arterial elevada (34.83 inscritos/as) e o abuso crónico do álcool (2.705 inscritos/os) foram os principais fatores de risco identificados na população de utentes inscritos da ULS de Matosinhos em 2017 (Figura 11.). De realçar as diferenças de género relativas ao abuso crónico do álcool (verificando-se uma proporção de, aproximadamente, 9 inscritos do género masculino para 1 inscrita do género feminino).

■ **Figura 11** | Principais fatores de risco identificados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, ambos os sexos, dezembro de 2017.

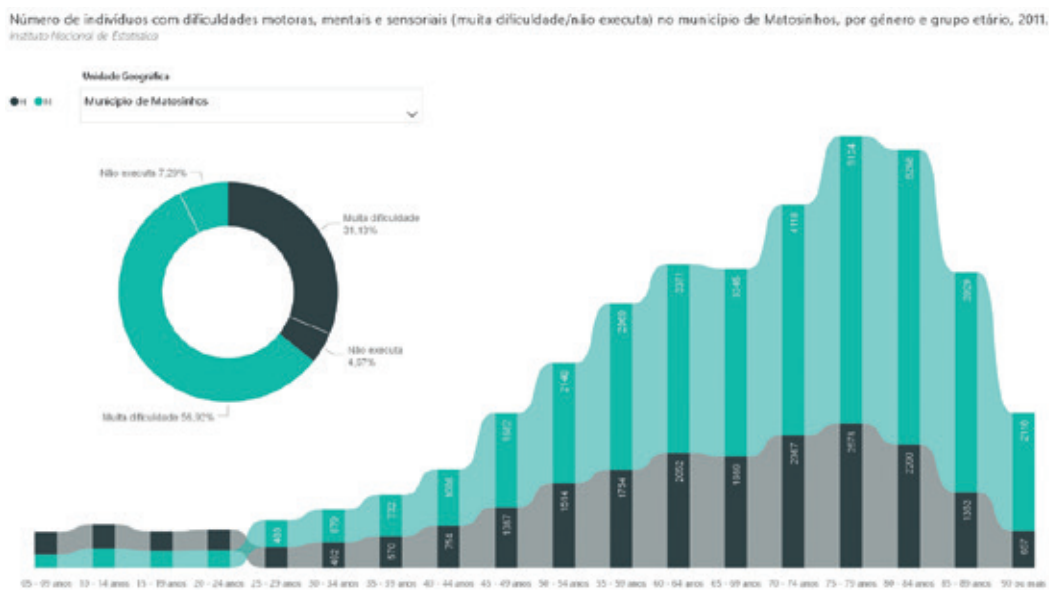


Fonte: Observatório Local de Saúde de Matosinhos.



Em idades mais novas, até aos quinze anos, as pessoas com dificuldades motora, cognitiva ou sensorial, apresentam um número superior no sexo masculino (Figura 12.). Contudo, a partir dos 25 anos, verifica-se uma subida gradual em ambos os géneros, embora superior nas mulheres até aos 45 anos. À medida que aumenta a idade, as dificuldades aumentam assim como a diferença entre géneros, sendo bastante superior na população feminina. A partir dos 80 anos de idade, inicia-se um decréscimo nos casos, devido ao falecimento das pessoas idosas. Associado ao processo de envelhecimento, há uma gradual perda de autonomia pelas dificuldades cognitivas e motoras que vão aparecendo, acumulando e agravando-se. Assim, verifica-se que entre os 60 e os 65 anos, as dificuldades começam a ganhar maior expressão, quer na sua gravidade quer no número de pessoas que abrangem.

Figura 12 | Número de indivíduos com dificuldades motoras, mentais e sensoriais (muita dificuldade/não executada) no município de Matosinhos, por género e grupo etário, 2011.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística.

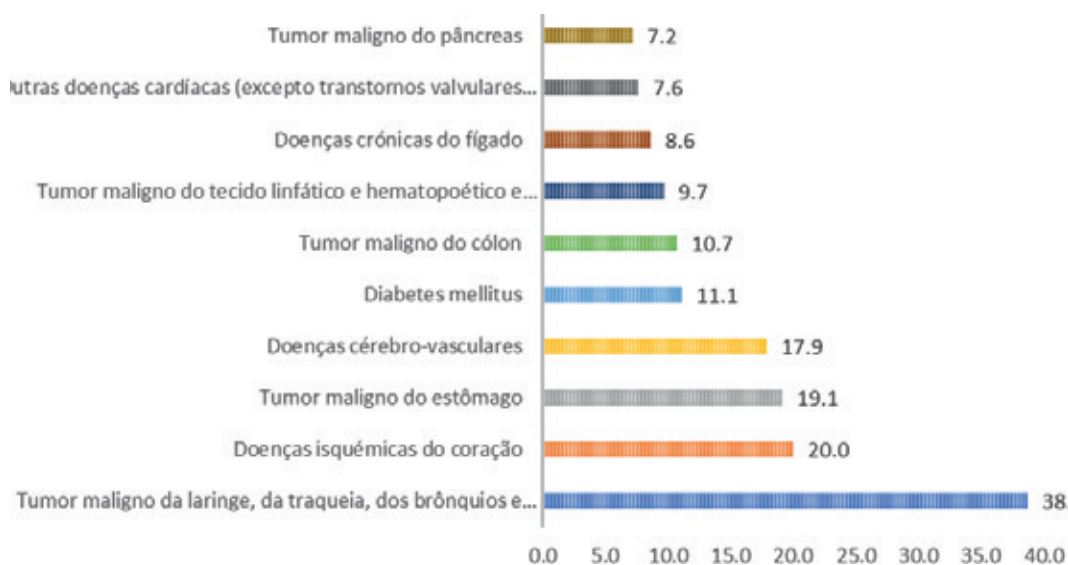
Comparando o número de internamentos por grandes grupos de doenças e causas específicas (por cada 100.000 habitantes) no município de Matosinhos e na Região Norte, verificamos que em Matosinhos o número de internamentos por habitante é bastante superior ao da Região Norte para todas as causas, colocando a Unidade Local de Saúde de Matosinhos dentro do conjunto de 25% de ACeS da RN que apresentam as taxas de internamento por todas as causas mais elevadas. Isto resulta em grande parte das taxas de internamento por doenças do aparelho genito-urinário, doenças do aparelho circulatório (nomeadamente por enfarte agudo do miocárdio), doenças infecciosas (com especial preponderância do VIH), neoplasias malignas (principalmente ao nível da traqueia, brônquios e pulmão) e doenças do aparelho digestivo, todas bastante superiores às da maioria dos ACeS da Região Norte.

Destacam-se ainda como causas específicas de internamento com valores abaixo da referência para toda a Região Norte tanto a DPOC e bronquiectasias, como as lesões auto provocadas. De realçar é também a baixa taxa de internamentos por transtornos mentais e comportamentais e por acidentes com veículos a motor, ambas abaixo dos valores de referência da Região Norte, com significância estatística. Apesar da utilidade da comparação, estes valores e relações devem ser interpretadas com precaução e tendo em conta as especificidades do município de Matosinhos e das valências clínicas com internamento existentes ao nível da ULS de Matosinhos.

A taxa de mortalidade padronizada para todas as causas tem vindo a diminuir nas populações de Matosinhos e Região Norte, acompanhando a tendência do Continente, apresentando valores muito próximos nos anos em estudo. Esta tendência verifica-se tanto quando consideramos todas as idades ou a população até aos 75 anos.

No triénio 2012-2014 destacam-se os tumores malignos, que representaram 29,9% do total de óbitos seguindo-se as doenças do aparelho circulatório com 27,2% e as doenças do aparelho respiratório com 10,9% do total de óbitos, por todas as causas, para todas as idades e ambos os sexos, no município de Matosinhos. As causas de mortalidade classificadas como 'síntomas, sinais e achados não classificados', ou seja, de causa indeterminada, em todas as idades, totalizam 9%. Em idades superiores a 75 anos, os tumores malignos representam 46,4% de todas as causas de morte, seguindo-se as doenças do aparelho circulatório (16,9%). Estas duas causas explicam assim aproximadamente 2/3 das mortes em idades superiores a 75 anos.

■ **Figura 13** | Taxas brutas de mortalidade prematura (< 75 anos) Matosinhos pelas 10 principais causas de morte específicas no triénio, ambos os géneros, até aos 75 anos, 2012-2014."



Fonte: Diagnóstico de Saúde de Matosinhos, Unidade de Saúde Pública de Matosinhos, 2017.

Da análise da taxa bruta de mortalidade prematura (< 75 anos) pelas 10 principais causas de morte no triénio de 2012-2014 destacam-se mais uma vez os tumores malignos da laringe, traqueia, dos brônquios e dos pulmões com 38,7 mortes por cada 100.000 habitantes, as doenças isquémicas do coração com 20,0 mortes por cada 100.000 habitantes, os tumores malignos do estômago com 19,1 mortes por cada 100.000 habitantes e as doenças cerebrovasculares com 17,9 óbitos por cada 100.000 habitantes.

Analisando as causas de morte específicas no município de Matosinhos durante o período 2012-14, verifica-se que os tumores malignos representam a principal causa de morte tanto no sexo masculino como no sexo feminino (45,4% e 47,6%, respetivamente). Dentro dos tumores malignos, a proporção de causas de morte em função do tipo de tumor é díspar entre géneros: o tumor da mama foi o responsável pela morte de mais mulheres (10,6%) e o tumor da laringe, traqueia, brônquios e pulmões foi o que matou mais homens (16,3%), no decorrer do período analisado. Neste contexto, a maior taxa de mortalidade prematura (em idade inferior a 75 anos) é atribuível aos tumores malignos em ambos os sexos, sendo bastante superior no caso dos homens (215,9 por 100.000 habitantes) do que no caso das mulheres (96,5 por 100.000 habitantes).

As doenças do aparelho circulatório assumem-se como a segunda causa de morte em Matosinhos, sendo responsáveis por 17,8% das mortes de homens e de 16,0% das mortes no caso das mulheres. Dentro das doenças associadas ao aparelho circulatório, as doenças isquémicas do coração foram o principal responsável pela morte de homens (7,8%) e as doenças cerebrovasculares foram responsáveis pela morte de mais mulheres (7,2%). A taxa de mortalidade prematura associada às doenças do foro circulatório é a segunda mais alta no caso das mulheres (33,2 por 100.000 habitantes) e a terceira mais alta no caso dos homens (34,9 por 100.000 habitantes).

A terceira principal causa específica de morte no município de Matosinhos é, no caso das mulheres, representada pelas doenças do foro endócrino, nutricional e diabético que totalizam uma proporção de 8,1% das causas de morte verificadas. Dentro destas, 5,5% são atribuídas à Diabetes Mellitus. 16,7 mulheres por 100.000 habitantes morreram antes dos 75 anos durante o período 2012-14 devido a doenças do foro endócrino e nutricional, assumindo-se como a terceira taxa de mortalidade prematura mais alta no caso feminino.

No caso dos homens, os sinais, sintomas e achados anormais não classificados assumem-se como a terceira causa de morte entre os anos de 2012 e 2014. A taxa de mortalidade prematura associada a estas causas de morte é a terceira mais alta no caso dos homens, com 46,2 homens por 100.000 habitantes a morrer antes dos 75 anos no período analisado.

No triénio 2012-2014 o número de óbitos em pessoas com idade inferior a 75 anos na população do concelho de Matosinhos foi 1.603, sendo que os tumores malignos surgem como a principal causa de morte (46.5%), destacando-se ainda os tumores das vias aéreas (11.7%) e os do cólon (5.8%). As doenças do aparelho circulatório surgem como a segunda causa de morte (17.0%), seguidas das doenças metabólicas e dos aparelhos respiratório e digestivo (em conjunto, 15.0%).

O género masculino representa 66.6% dos óbitos em idade prematura, verificando-se que os tumores das vias aéreas representam 36.0% das mortes por tumores malignos no género masculino, sendo esta a principal causa de morte prematura. Seguem-se as doenças do aparelho circulatório, com destaque para as doenças isquémicas do coração (45%) e as doenças cerebrovasculares (26.2%).

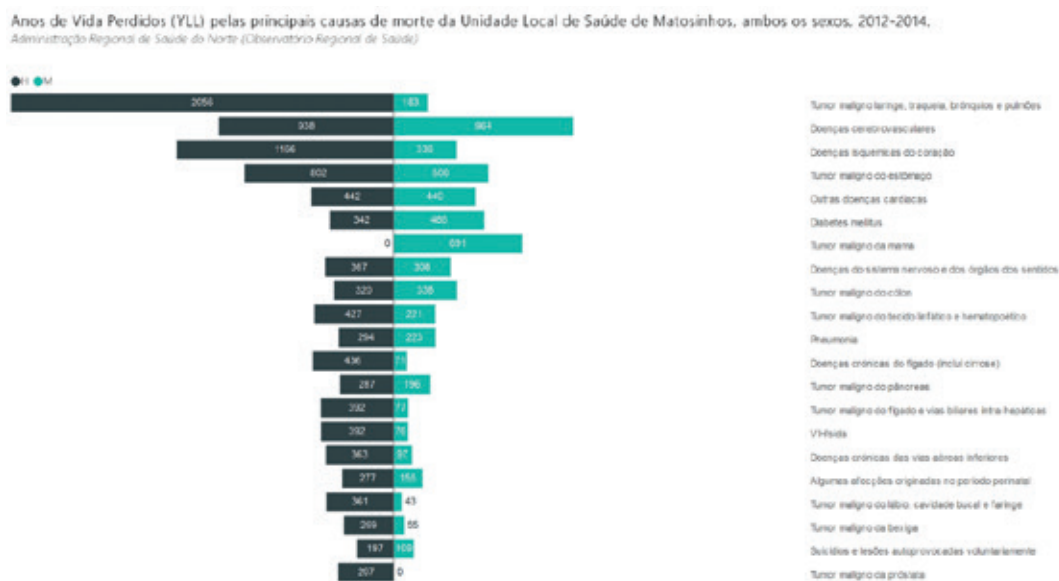
No género feminino (33.4% dos óbitos em idade prematura) destacam-se o tumor da mama com (22.8%), sendo esta a principal causa de morte prematura, o tumor de estômago (14.7%) e o tumor do cólon (10.0%). Seguem-se as doenças do aparelho circulatório (15.9%), dentro das quais se destacam as doenças cerebrovasculares (44.7%), e as doenças metabólicas, responsáveis por 7.9% dos óbitos.

Em comparação com a região norte do país, o género masculino do concelho de Matosinhos revela melhores taxas de mortalidade prematura no tumor do esófago (5.0/100000 habitantes, região norte 9.1/100000) e nas doenças cerebrovasculares (22.9/100000, região norte 32.5/100000). Por outro lado apresenta piores taxas de mortalidade prematura do que a região Norte no conjunto dos tumores malignos (216.9/100000, região norte 191.9/100000), na infeção por VIH/SIDA (9.7/100000, região norte 5.3/100000), no tumor da bexiga (10.0/100000, região norte 4.9/100000) e no tumor das vias aéreas (77.7/100000, região norte 54.3/100000). Em comparação com o panorama nacional, destaque positivo para as taxas de mortalidade prematura no género masculino devido a doenças cerebrovasculares (22.9/100000, país 32.9/100000) e pneumonias (6.3/100000, país 11.4/100000). De realçar a elevada taxa de mortalidade prematura por tumores malignos no geral (216.9/100000, país 189.5/100000), à custa dos tumores do estômago (23.6/100000, país 17.6/100000), tumores das vias aéreas (77.7/100000, país 50.6/100000) e tumores da bexiga (10.0/100000, país 5.9/100000), no género masculino do concelho de Matosinhos.

O género feminino, em comparação com a região norte do país, apresenta melhor taxa de mortalidade prematura por tumor das vias aéreas (5.1/100000, região norte 9.2/100000). No entanto, apresenta piores resultados que a região norte ao nível da mortalidade prematura por tuberculose (1.2/100000, região norte 0.2/100000), tumores do estômago (14.4/100000, região norte 10.0/100000), tumores da mama (21.8/100000, região norte 15.2/100000) e por doenças metabólicas (16.7/100000, região norte 11.0/100000). Em comparação com o resto do país, o género feminino do concelho de Matosinhos revela melhores taxas de mortalidade prematura por tumores das vias aéreas (5.1/100000, país 9.4/100000) e doenças do aparelho circulatório (33.2/100000, país 41.6/100000), nomeadamente doenças isquémicas do coração (4.7/100000, país 10.0/100000). Ainda assim, em comparação com o resto do país, o género feminino apresenta piores resultados ao nível da mortalidade prematura por tuberculose (país 0.3/100000), tumores do estômago (país 7.5/100000) e doenças metabólicas (país 11.5/100000).

Os anos de vida perdidos (YLL) refletem não só o número de óbitos, mas também o momento de ocorrência das mesmas em termos de idade, dando maior destaque (maior número de YLL) às mortes ocorridas em idades mais jovens. O cálculo dos YLL é feito com base na soma dos óbitos ocorridos em cada idade multiplicados pelo número de anos de vida restante até aos 75 anos.

■ **Figura 14** | Anos de Vida Perdidos (YLL) pelas principais causas de morte da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, ambos os sexos, 2012-2014.



Fonte: Observatório Regional de Saúde, Departamento de Saúde Pública, ARS Norte.

Os tumores malignos constituem a grande causa de morte com maior número de anos de vida perdidos em ambos os sexos, sendo de destacar no sexo feminino o peso do tumor maligno da mama (691 YLL), o tumor maligno do estômago (506 YLL) e o tumor maligno do cólon (338 YLL). No sexo masculino destaca-se a importância do tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão como a primeira causa específica de anos de vida perdidos (2056 YLL), o tumor maligno do estômago (802 YLL) e o tumor maligno do cólon (320 YLL).

De uma forma geral, o número de anos de vida perdidos por mortalidade prematura (<75 anos) é superior no sexo masculino do que no sexo feminino, o que em boa medida se traduz num intervalo cada vez maior entre a esperança média de vida de cada um dos sexos, à medida que os indivíduos envelhecem. Também de destacar são as causas de anos de vida perdidos em que existe uma maior diferença entre sexos (com mais anos de vida perdidos expressos no sexo masculino), nomeadamente, para além das já referidas, as doenças crónicas do fígado (incluindo cirrose), o tumor maligno do fígado e vias biliares extra-hepáticas, o VIH/SIDA e as doenças das vias respiratórias inferiores.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

VISÃO

Melhorar a saúde de toda a população do concelho de Matosinhos, reduzindo as iniquidades em saúde e promovendo a liderança, a capacitação e a governação participativa em saúde.

FINALIDADE

1. Promover o investimento na saúde ao longo de todo o percurso de vida da população do concelho de Matosinhos;
2. Promover a capacitação para a saúde da população do concelho de Matosinhos;
3. Promover a formação de comunidades locais e ambientes promotores da saúde mais resilientes;
4. Diminuir o impacto que os principais problemas de saúde têm sobre a população do concelho de Matosinhos;
5. Fortalecer o sistema de saúde local do concelho de Matosinhos, recentrando-o nas pessoas e na sua qualidade de vida.

METAS

As metas deverão ser definidas como expectativas de percurso e de valores a alcançar em termos de ganhos em saúde, ao nível dos problemas e necessidades de saúde consideradas prioritárias. A definição de metas ao nível do Plano Municipal de Saúde de Matosinhos deverá ser o resultado de uma construção conjunta com todas as parcerias e instituições intervenientes na sua implementação, dado o Perfil de Saúde da População e o valor de base do conjunto de indicadores utilizados na monitorização do plano (e respetivas projeções/tendências).

As metas deverão instituir o melhor desempenho conhecido como referência orientadora, reforçando a equidade e a diminuição das desigualdades por princípio. Deverão ainda refletir o consenso generalizado do que será atingível face aos recursos previstos e aos obstáculos ou dificuldades antecipáveis.

EIXOS ESTRATÉGICOS DE AÇÃO DO PLANO

CAPACITAR OS INDIVÍDUOS PARA A MELHORIA E MANUTENÇÃO DA SAÚDE

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	ETAPAS DO CICLO DE VIDA						INICIATIVAS	CONTEXTO
	PE	EB	ES	AJ	A	S		
Promover a PARTICIPAÇÃO da COMUNIDADE na definição das POLÍTICAS LOCAIS DE SAÚDE							Criar o CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE	COMUNIDADE
							Promover uma CONSTRUÇÃO PARTILHADA DA SAÚDE com as instituições e associações locais	COMUNIDADE
Aumentar a LITERACIA EM SAÚDE da população							Dinamizar INTERVENÇÕES ESTRUTURADAS de literacia em saúde e promoção de uma vida saudável	PROGRAMA "MATOSINHOS + SAUDÁVEL"
							Dinamizar campanhas oportunistas de SENSIBILIZAÇÃO PARA A SAÚDE na comunidade	PROGRAMA "MATOSINHOS + SAUDÁVEL"
Promover as BOAS PRÁTICAS em SAÚDE ORAL							Organizar sessões de formação em ESCOVAGEM DOS DENTES e HIGIENE ORAL	SAÚDE ESCOLAR
							Formar recursos humanos em ESCOVAGEM DOS DENTES e HIGIENE ORAL	SAÚDE ESCOLAR
							Monitorizar os comportamentos de ESCOVAGEM DOS DENTES e HIGIENE ORAL	SAÚDE ESCOLAR
							Atribuir um prémio de BOAS PRÁTICAS em SAÚDE ORAL	SAÚDE ESCOLAR
Diminuir as INEQUIDADES resultantes de DEFICIÊNCIAS VISUAIS							Aumentar o acesso de CRIANÇAS com NECESSIDADES VISUAIS a PRÓTESES VISUAIS	DESAFVORECIMENTO SOCIOECONOMICO
							Dinamizar o projeto "INCLUI E FAZ A DIFERENÇA"	ESCOLAS
Garantir a acessibilidade a serviços de APOIO PSICOSSOCIAL							Criar o GIAP - Gabinete de INFORMAÇÃO, INTERVENÇÃO e APOIO PSICOSSOCIAL	COMUNIDADE
							Dinamizar o Gabinete de APOIO SOCIAL	SAÚDE OCUPACIONAL
							Criar o PLANO APOIO AO TRABALHADOR	SAÚDE OCUPACIONAL TOXICODEPENDÊNCIA
							Dinamizar o Centro de ACOMPANHAMENTO e ORIENTAÇÃO JUVENIL (CAOJ)	JUVENTUDE
Reforçar a garantia da qualidade dos serviços de APOIO INFORMAL							Criar a BOLSA DE CUIDADORES de apoio ao CUIDADOR INFORMAL	CUIDADORES INFORMAIS
Promover projetos no âmbito da SAÚDE SEXUAL							Dinamizar ações de promoção da literacia em SAÚDE SEXUAL	COMUNIDADE
							Dinamizar intervenções em contexto da comunidade focadas na REDUÇÃO DE RISCOS	JUVENTUDE
Promover projetos no âmbito do PLANEAMENTO FAMILIAR							Dinamizar ações de promoção da literacia em PLANEAMENTO FAMILIAR	COMUNIDADE
Reforçar o apoio a GRUPOS POPULACIONAIS mais VULNERÁVEIS							Dinamizar o Núcleo de Planeamento e Intervenção SEM ABRIGO (NPISA)	SEM ABRIGO
							Dinamizar a Rede de Intervenção na VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E EM CONTEXTO FAMILIAR	VIOLÊNCIA
							Dinamizar o projeto "NOVAS METAS"	TOXICODEPENDÊNCIA
							Dinamizar o projeto "ABEM – REDE SOLIDÁRIA DO MEDICAMENTO"	DESAFVORECIMENTO SOCIOECONOMICO
							Dinamizar a rede local de AJUDAS TÉCNICAS	DESAFVORECIMENTO SOCIOECONOMICO

CRIAR COMUNIDADES LOCAIS E AMBIENTES PROMOTORES DA SAÚDE MAIS RESILIENTES

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	ETAPAS DO CICLO DE VIDA						INICIATIVAS	CONTEXTO
	PE	EB	ES	AJ	A	S		
Promover a criação de ESPAÇOS VERDES							Expandir a rede de PARQUES COMUNITÁRIOS e CORREDORES VERDES	COMUNIDADE
							Dinamizar a reconversão de espaços públicos/privados devolutos para USO COMUNITÁRIO, criação de ESPAÇO VERDE e/ou de prática de ATIVIDADE FÍSICA	COMUNIDADE
Promover a QUALIDADE DO AR e diminuição do RUÍDO							Estudar o impacto da QUALIDADE DO AR e da EXPOSIÇÃO AO RUÍDO na população	COMUNIDADE
							Criar incentivos à utilização de MEIOS DE TRANSPORTES LEVES nas deslocações diárias	PROGRAMA "MATOSINHOS + SAUDÁVEL"
							Criar incentivos à utilização de MEIOS DE TRANSPORTE COLETIVOS nas deslocações diárias	PROGRAMA "MATOSINHOS + SAUDÁVEL"
Promover a REGENERAÇÃO URBANA e HABITABILIDADE							Criar incentivos e intervenções facilitadoras da CIRCULAÇÃO PEDONAL	COMUNIDADE
							Dinamizar um programa de adaptação de HABITAÇÕES para pessoas socioeconomicamente mais desfavorecidas com NECESSIDADES ESPECIAIS	DESAFAVORECIMENTO SOCIOECONOMICO
							Promover a qualidade e regeneração em termos de habitabilidade do PARQUE HABITACIONAL SOCIAL DE MATOSINHOS	DESAFAVORECIMENTO SOCIOECONOMICO
							Implementar uma REDE PÚBLICA DE BICYCLE-SHARING	PROGRAMA "MATOSINHOS + SAUDÁVEL"
							Melhorar a segurança da rede de CICLOVIAS e das ACESSIBILIDADES a instituições de ensino, grandes centros empregadores, parques de recreio e equipamentos desportivos municipais	COMUNIDADE

DIMINUIR O IMPACTO QUE OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE TÊM SOBRE A POPULAÇÃO

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	ETAPAS DO CICLO DE VIDA						INICIATIVAS	CONTEXTO
	PE	EB	ES	AJ	A	S		
Diminuir a prevalência de EXCESSO DE PESO E OBESIDADE							Promover uma intervenção precoce multidisciplinar nos indivíduos com EXCESSO DE PESO e OBESIDADE	PROGRAMA "MATOSINHOS + SAUDÁVEL"
Diminuir o impacto da DOENÇA MENTAL							Promover uma intervenção precoce multidisciplinar no âmbito da DOENÇA MENTAL e ISOLAMENTO SOCIAL	PROGRAMA "MATOSINHOS + SAUDÁVEL"
Promover a ALIMENTAÇÃO e confeção de REFEIÇÕES SAUDÁVEIS							Garantir o acesso a produtos FRUTÍCULAS e REFEIÇÕES SAUDÁVEIS	ESCOLAR
							Organizar feiras de venda de produtos FRUTÍCULAS e HORTÍCULAS	COMUNIDADE
							Aumentar o espaço camarário destinado a HORTAS URBANAS	COMUNIDADE
							Dinamizar ações de formação sobre CONFEÇÃO DE REFEIÇÕES SAUDÁVEIS de acordo com categoria e variedade do CABAZ ALIMENTAR	DESAFVORECIMENTO SOCIOECONOMICO
							Criar um programa CERTIFICADOS DE EXCELÊNCIA para os estabelecimentos públicos de refeições que têm uma EMENTA EQUILIBRADA E RICA EM ALIMENTOS E PRATOS SAUDÁVEIS	COMUNIDADE
							Sensibilizar as entidades locais distribuidoras de CABAZES ALIMENTARES para a SELEÇÃO DE PRODUTOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS	DESAFVORECIMENTO SOCIOECONOMICO
							Promover a adoção de uma política local de DISPONIBILIZAÇÃO DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS em reuniões e eventos formais de instituições públicas/privadas	COMUNIDADE
Aumentar a oferta de ATIVIDADE FÍSICA e DESPORTIVA							Criar uma rede de PROMOÇÃO DE DESPORTO INFORMAL de proximidade	COMUNIDADE
							Reforçar as horas/atividades dedicadas a ATIVIDADE FÍSICA E DESPORTIVA	ESCOLAR
							Descentralizar a iniciativas municipais de PROMOÇÃO DO DESPORTO E ATIVIDADE FÍSICA através do projeto "PÔE-TE A MEXER"	COMUNIDADE
							Melhorar a distribuição geográfica das ATIVIDADES FÍSICAS e DESPORTIVAS organizadas nos equipamentos municipais	COMUNIDADE
Aumentar a acessibilidade à ATIVIDADE FÍSICA e DESPORTIVA							Dotar os corredores verdes, parques de recreio comunitário de equipamentos para a prática de ATIVIDADES FÍSICAS e DESPORTIVA	COMUNIDADE
							Criar um serviço de APOIO À PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO ao nível dos principais equipamentos desportivos municipais	PROGRAMA "MATOSINHOS + SAUDÁVEL"
							Melhorar a acessibilidade aos EQUIPAMENTOS DESPORTIVOS MUNICIPAIS e de prática DESPORTIVA ORGANIZADA	DESAFVORECIMENTO SOCIOECONOMICO E GRUPOS DE RISCO
							Criar uma política de RECOMPENSA SAUDÁVEL na sequência da participação em EVENTOS E ATIVIDADES DESPORTIVAS promovidas pelas instituições públicas.	PROGRAMA "MATOSINHOS + SAUDÁVEL"
							Criar a modalidade de ATIVIDADES DESPORTIVAS CONJUNTAS e/ou paralelas entre PAIS, FILHOS/AS OU OUTROS FAMILIARES em horário pós-laboral	COMUNIDADE

DIMINUIR O IMPACTO QUE OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE TÊM SOBRE A POPULAÇÃO

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	ETAPAS DO CICLO DE VIDA						INICIATIVAS	CONTEXTO
	PE	EB	ES	AJ	A	S		
Atenuar as consequências dos COMPORTAMENTOS ADITIVOS							Estudar os principais determinantes e padrões de CONSUMO ABUSIVO DE ALCÓOL	COMUNIDADE
							Desenvolver intervenções precoces no âmbito do CONSUMO ABUSIVO DE ALCÓOL	COMUNIDADE
							Intervir precocemente de forma a evitar início de CONSUMO DE PRODUTOS TABÁGICOS	COMUNIDADE
							Desenvolver intervenções precoces no âmbito da PROMOÇÃO da CESSAÇÃO TABÁGICA	PROGRAMA "MATOSINHOS + SAUDÁVEL"
							Desenvolver intervenções precoces no âmbito do CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS	TOXICODEPENDÊNCIA
							Estudar os principais determinantes e padrões de ABUSO DO JOGO E INTERNET	COMUNIDADE
							Desenvolver intervenções precoces no âmbito do ABUSO DO JOGO E INTERNET	COMUNIDADE
Promover rastreios de SAÚDE ORAL							Organizar rastreios informais de SAÚDE ORAL	SAÚDE ESCOLAR DESAFVORECIMENTO SOCIOECONÓMICO
Aumentar a acessibilidade a TRATAMENTOS de SAÚDE ORAL							Promover a utilização do CHEQUE-DENTISTA	SAÚDE ESCOLAR E COMUNIDADE
							Reforçar os serviços de TRATAMENTO e SAÚDE ORAL ao nível dos Cuidados de Saúde Primários	COMUNIDADE
							Providenciar serviços de TRATAMENTO e SAÚDE ORAL	DESAFVORECIMENTO SOCIOECONÓMICO



CENTRAR O SISTEMA DE SAÚDE NAS PESSOAS E NA SUA QUALIDADE DE VIDA

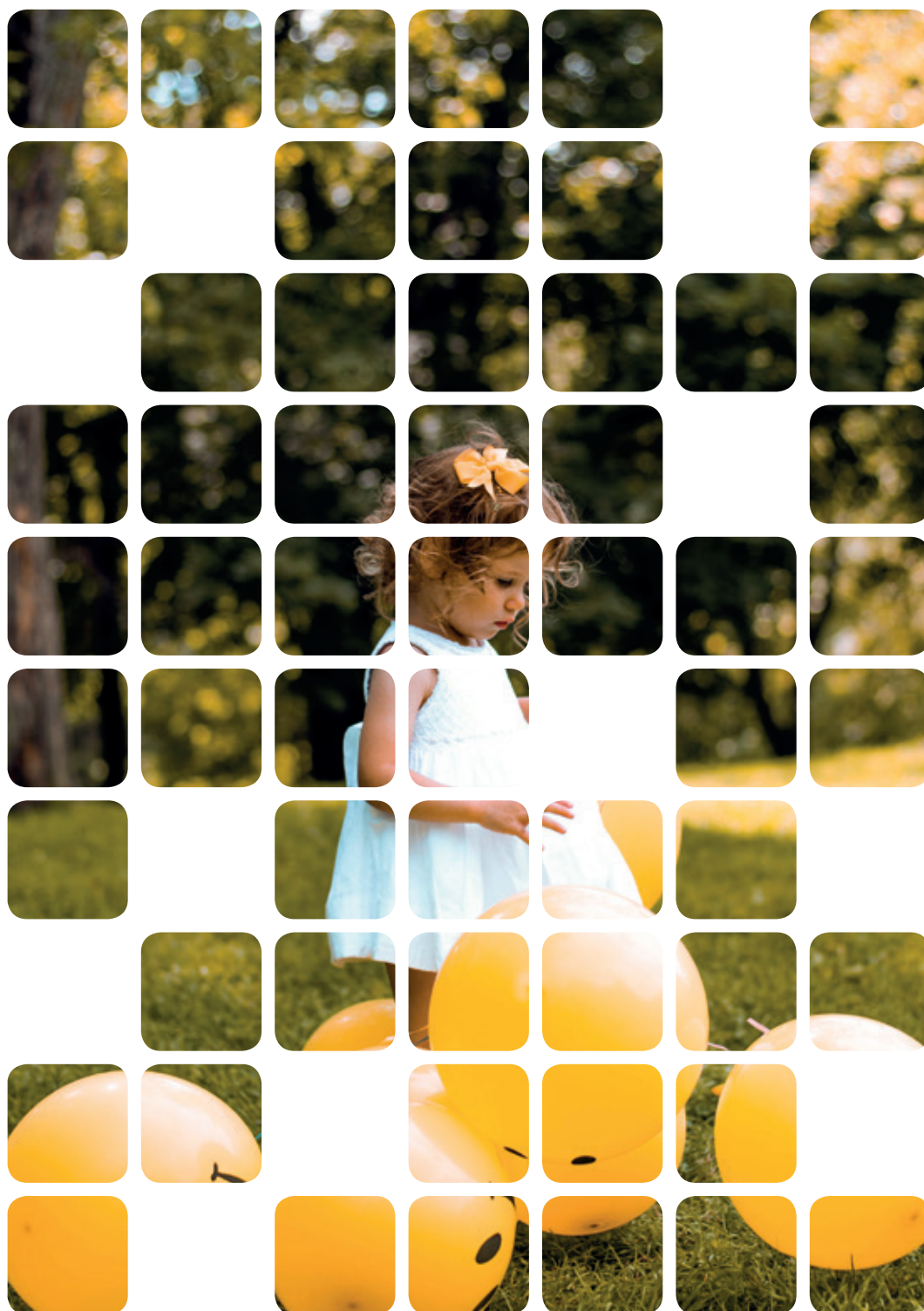
ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	ETAPAS DO CICLO DE VIDA						INICIATIVAS	CONTEXTO
	PE	EB	ES	AJ	A	S		
Avaliar o IMPACTO dos principais PROBLEMAS E NECESSIDADES DE SAÚDE							Cooperar com o OBSERVATÓRIO LOCAL DE SAÚDE em termos de monitorização da saúde e avaliação das intervenções de saúde sobre a população	COMUNIDADE
							Estudar as NECESSIDADES DE SAÚDE SENTIDAS e QUALIDADE DE VIDA da população	COMUNIDADE
Promover a COMUNICAÇÃO em saúde e MOBILIZAÇÃO social							Criar um plano de COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO para a saúde e os autocuidados	COMUNIDADE
Aumentar a acessibilidade aos SERVIÇOS E CUIDADOS DE SAÚDE							Apoiar o TRANSPORTE DE DOENTES NÃO URGENTES com dificuldades motoras na deslocação a consultas e/ou tratamentos	DESAFVORECIMENTO SOCIOECONOMICO
							Dinamizar o serviço de TELEASSISTÊNCIA a indivíduos que se encontrem em situação de ISOLAMENTO SOCIAL	ISOLAMENTO SOCIAL
Criar serviços de SAÚDE DE PROXIMIDADE e de apoio à SENESCÊNCIA							Apoiar à criação de uma UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE CONTINUADOS	ENVELHECIMENTO

INVESTIR NA SAÚDE AO LONGO DE TODO O PERCURSO DE VIDA

Pré-escolar	Ensino Básico	Ensino Secundário	Adulto Jovem	Adulto	Sénior
3-5 anos	6-13 anos	14-18 anos	19-35 anos	35-65 anos	+ 65 anos

LEGENDA

PE	(pré-escolar)	3 – 5 anos
EB	(ensino básico)	6 – 13 anos
ES	(ensino secundário)	14 – 18 anos
AJ	(adulto jovem)	19 – 35 anos
A	(adulto)	35 – 65 anos
S	(sénior)	+ 65 anos



MONITORIZAÇÃO DO PLANO

INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO DO IMPACTO EM SAÚDE

Os indicadores de impacto em saúde propostos permitem monitorizar o estado de saúde da população de Matosinhos em dimensões para as quais concorrem as diversas estratégias preconizadas anteriormente.

Estes indicadores procuram captar com bastante detalhe a evolução da saúde da população, principalmente ao nível dos fatores diretamente relacionados com os principais determinantes sociais e iniquidades em saúde. Apesar de a sua monitorização dever ser contínua, a sua análise e uso para redefinir estratégias e eixos de ação deve ser feita a meio (2020) e no final (2022) do presente ciclo de planeamento.

Os indicadores estão agrupados por dimensões de monitorização e usam fontes de informação já estabelecidas e/ou sistemas de informação que terão de ser necessariamente criados ao nível do Observatório Local de Saúde de Matosinhos.

■ **Tabela 1** | Indicadores de monitorização do impacto em saúde do Plano Municipal de Saúde de Matosinhos

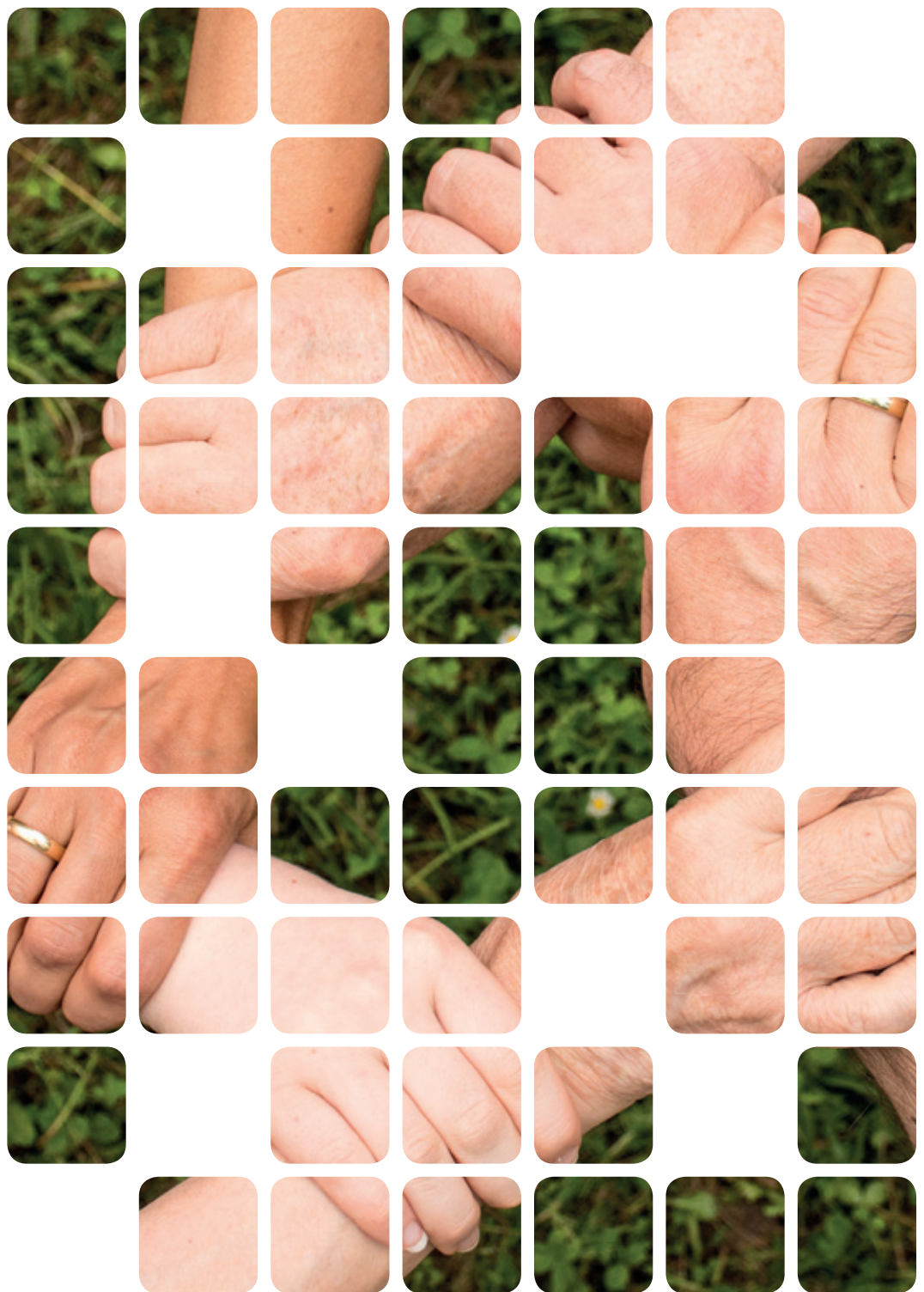
DIMENSÃO	INDICADOR	FONTE
SOCIODEMOGRAFIA e ECONOMIA	Taxa de natalidade	INE
	Índice sintético de fecundidade	INE
	Proporção da população abaixo da linha de pobreza	INE/ECHI/HFA-DB
	Iniquidades ao nível dos rendimentos entre grupos populacionais	INE/ECHI/HFA-DB
	Taxa de desemprego por idade e género	INE/EUROSTAT
	Coefficiente de GINI	INE/ECHI/HFA-DB
ESPERANÇA DE VIDA	Esperança de vida à nascença por género	INE/ECHI/HFA-DB
	Esperança de vida saudável à nascença por género	INE/ECHI/HFA-DB
	Esperança de vida aos 65 anos por género	INE/ECHI/HFA-DB
MORTALIDADE INFANTIL	Taxa de mortalidade perinatal	INE
	Taxa de mortalidade infantil	INE
	Taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos	INE

DIMENSÃO	INDICADOR	FONTE
MORBILIDADE	Incidência dos principais problemas de saúde identificados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários	ACeS MATOSINHOS
	Prevalência dos principais problemas de saúde identificados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários	ACeS MATOSINHOS
	Taxa de incidência de neoplasias por tipo de tumor, idade e género	RON
	Taxa de incidência de infeções sexualmente transmissíveis por tipo, idade e género	SINAVE/DGS/ARSN
	Prevalência de infeção por HIV/SIDA	SINAVE/DGS/ARSN
	Taxa de incidência de infeção por HIV/SIDA	SINAVE/DGS/ARSN
	Prevalência de infeção por tuberculose	SINAVE/DGS/ARSN
	Taxa de incidência de infeção por tuberculose	SINAVE/DGS/ARSN
	Taxa de internamento padronizada por causa de internamento, idade e género	ULSM
	Morbilidade atribuível ao álcool por doença crónica e doença aguda	ULSM/ARSN
	Morbilidade atribuível ao álcool por doença crónica e doença aguda em indivíduos com idade < 25 anos	ULSM/ARSN
	MORTALIDADE	Taxa de mortalidade padronizada por causa de morte, idade e género
Taxa de mortalidade prematura padronizada por causa de morte, idade e género		INE/SICO
Taxa de mortalidade materna em mulheres entre 10-54 anos de idade		INE/SICO
Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco em indivíduos com idade > 35 anos		INE/SICO
Mortalidade por causas atribuíveis ao consumo de drogas		INE/SICO
FACTORES DE RISCO	Prevalência de excesso de peso e de obesidade por idade e género	ACeS MATOSINHOS
	Incidência de excesso de peso e de obesidade por idade e género	ACeS MATOSINHOS
	Prevalência de atrasos no crescimento em crianças com idade inferior a 5 anos	ACeS MATOSINHOS
	Prevalência de desnutrição em crianças com idade inferior a 5 anos	ACeS MATOSINHOS
	Proporção de fumadores na população com 15 ou mais anos	USP/ULSM/CMM
	Proporção da população com 15 ou mais anos diariamente exposta ao fumo ambiental	USP/ULSM/CMM
	Prevalência de hipertensão por idade e género	ACeS MATOSINHOS
	Prevalência de depressão por idade e género	ACeS MATOSINHOS
DETERMINANTES DE SAÚDE	Proporção de mulheres a amamentar exclusiva ou parcialmente entre as 16 e as 24 semanas depois do parto	ACeS MATOSINHOS
	Número de partos em mulheres entre os 15 e 17 anos	ULSM
	Percentagem de mães com < 18 anos que não frequentam o sistema educativo ou de formação profissional e/ou se encontram desempregadas	USP/CMM/SS
	Prevalência padronizada de indivíduos que foram alvo de violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses por idade, género e tipo de relação	ULSM/ARSN/CMM
	Proporção da população que consome fruta e hortícolas diariamente por género e ciclos de vida	USP/ULSM/CMM
	Proporção de indivíduos que pratica exercício físico ou desporto com regularidade diária	USP/CMM
	Proporção de indivíduos entre 13-17 anos que pratica exercício físico ou desporto três ou mais vezes por semana	USP/CMM
	Proporção de indivíduos entre 18-65 anos com menos de 7,5 horas/dia de atividade sedentária	USP/ULSM/CMM
	Proporção anual de dias com índice de qualidade do ar muito bom e bom	USP/CMM/APA
	Concentração média anual de partículas inaláveis PM10 e PM2,5	USP/CMM/APA

DIMENSÃO	INDICADOR	FONTE
PREVENÇÃO PRIMÁRIA	Episódios de urgência por lesão ou trauma accidental em crianças com idade < 4 anos	ULSM/ARSN
	Percentagem de crianças com doença infecciosa infantil coberta pelo Plano Nacional de Vacinação admitidas em hospital com complicações da doença	USP/ULSM
	Incidência de clamídia em mulheres com idade entre os 15 e os 24 anos	ULSM
	Incidência de tumores malignos do colo do útero padronizada para a idade	ULSM
	Risco relativo de morte em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 e idade entre 20-79 anos	ULSM
	Incidência de diabetes mellitus tipo 2 por idade e género	ULSM
	Proporção de indivíduos incapacitados para o trabalho por acidentes laborais	USP
	Proporção de indivíduos incapacitados para o trabalho por doenças mentais	USP
	Taxa de sucesso no âmbito da reabilitação e apoio social a trabalhadores camarários	CMM
	Proporção de indivíduos que foram observados por um dentista nos últimos 12 meses por género e grandes grupos etários	ULSM/CMM
	Proporção de indivíduos ≥ 65 anos com dentição natural completa	ULSM/CMM
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	Proporção de crianças de 12 e 15 anos que escovam os dentes pelo menos uma vez por dia	ULSM/CMM
	Proporção de crianças de 12 e 15 anos livres de cáries dentárias	ULSM/CMM
	Taxa de cobertura populacional do rastreio do cancro da mama	ARSN
	Taxa de cobertura populacional do rastreio do cancro do colo do útero	ARSN
	Taxa de cobertura populacional do rastreio do cancro do cólon e reto	ARSN
	Taxa de utilização dos cheques dentista no âmbito do programa SOSI	USP
	Taxa de utilização dos cheques dentista no âmbito do programa SOCJI	USP
	Taxa de utilização dos cheques dentista no âmbito do programa SOCJ	USP
	Taxa de utilização dos cheques dentista no âmbito do programa SOG	USP
	Taxa de utilização dos cheques dentista no âmbito do programa SOPI	USP
	Taxa de utilização dos cheques dentista no âmbito do programa SOVIH/SIDA	USP
	Taxa de utilização dos cheques dentista no âmbito do programa PIPCO	USP

Legenda: INE (Instituto Nacional de Estatística); ECHI (European Core Health Indicators database); EHA-DB (European Health for All database); ACeS MATOSINHOS (Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos); RON (Registo Oncológico Nacional); SINAIVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica); DGS (Direção Geral de Saúde); ARSN (Administração Regional de Saúde do Norte); SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito); ULSM (Unidade Local de Saúde de Matosinhos); USP (Unidade de Saúde Pública de Matosinhos); APA (Agência Portuguesa do Ambiente); CMM (Câmara Municipal de Matosinhos).

SOG (Programa de Saúde Oral nas Mulheres Grávidas); SOPI (Programa de Saúde Oral nas Pessoas Idosas); SOCJ (Programa de Saúde Oral nas Crianças e Jovens); SOCJI (Programa de Saúde Oral nas Crianças e Jovens Idades Intermédias); SOSI (Programa de Saúde Oral em Saúde Infantil); SOVIH/SIDA (Programa de Saúde Oral em Portadores de VIH/SIDA); PIPCO (Programa de Saúde Oral de Intervenção Precoce no Cancro Oral).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Bank. Life expectancy at birth, total (years) [Internet]. 2016. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
2. World Bank. GDP at market prices (current US\$) [Internet]. 2016. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>
3. Graham H, White PCL. Social determinants and lifestyles: integrating environmental and public health perspectives. *Public Health* [Internet]. 2016;1–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033350616302505>
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2012 Dec 15 [cited 2016 Dec 7];380(9859):2224–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245609>
5. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2012 Dec 15 [cited 2016 Dec 7];380(9859):2095–128. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245604>
6. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents New York; 2014 p. 1–19.
7. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Soc Determ Heal Discuss Pap 2* (Policy Pract. 2010;79.
8. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review – Executive Summary. London, United Kingdom; 2010.
9. Sen A. Why health equity? *Health Econ* [Internet]. 2002 Dec [cited 2016 Dec 8];11(8):659–66. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/hec.762>
10. CSDH. Closing the gap in a generation. Closing gap a Gener Heal Equity Through Action Soc Determ Heal Final Rep Comm Soc Determ Heal [Internet]. 2008;246. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409>
11. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1. *World Heal Organ* [Internet]. 2007;(2):2–5. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

12. World Health Organization (WHO). Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook [Internet]. Geneva, Switzerland; 2016. Available from: <http://www.who.int/life-course/partners/innov8/innov8-technical-handbook/en/>
13. Graham H. Health inequalities, social determinants and public health policy. Policy Polit [Internet]. 2009 Oct 1 [cited 2016 Dec 10];37(4):463–79. Available from: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=0305-5736&volume=37&issue=4&spage=463>
14. Crawford R. You are Dangerous to Your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming. Int J Heal Serv [Internet]. 1977 Jan 1 [cited 2016 Dec 10];7(4):663–80. Available from: <http://joh.sagepub.com/lookup/doi/10.2190/YU77-T7B1-EN9X-GOPN>
15. Mahler H. Health for all by the year 2000. Indian J Pediatr [Internet]. 1981 Nov [cited 2016 Dec 10];48(6):669–76. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF02758524>
16. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide WHORO for, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet (London, England) [Internet]. 2012 Sep 15 [cited 2016 Dec 10];380(9846):1011–29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22964159>
17. Barton H, Grant M. A health map for the local human habitat. J R Soc Promot Health [Internet]. 2006 Nov 1 [cited 2016 Dec 10];126(6):252–3. Available from: <http://rsh.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1466424006070466>
18. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health. In: Challenging Inequities in Health [Internet]. Oxford University Press; 2001 [cited 2016 Dec 10]. p. 12–23. Available from: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195137408.001.0001/acprof-9780195137408-chapter-2>
19. Diderichsen F. Resource Allocation for Health Equity : Issues and Methods. 2004;(September):38. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chap8DiderichsenRAforHlthEqtyFinal.pdf>
20. Raphael D. Social determinants of health : Canadian perspectives. Canadian Scholar's Press; 2009.
21. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. Int J Health Serv [Internet]. 2001 [cited 2016 Dec 10];31(1):1–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11271636>
22. Chung H, Muntaner C. Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries. Health Policy (New York) [Internet]. 2007 Feb [cited 2016 Dec 10];80(2):328–39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678294>
23. Berkeley JS. Intersectoral Action for Health. J R Coll Gen Pract. 1987;37(300):326.
24. World Health Organization (WHO), Rockefeller Foundation. Intersectoral action for health: the way ahead. Report of World Health Organization/Rockefeller Foundation Meeting. 3–6 March 1986. Bellagio Study and Conference Centre, Bellagio, Italy: New York : Rockefeller Foundation; 1986.

25. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2. *Stud Soc Econ Determ Popul Heal* [Internet]. 2006;(3):1–105. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
26. Peoples Health Movement. *The People's Charter for Health*. In Dhaka; 2000.
27. International Association for Public Participation. *Spectrum of Public Participation – Practitioners Tools*. 2007.
28. SH L. *Gender awareness: the missing element in the Third World development project*. Oxford England Oxfam 1991.; p. 149–57.
29. WHO Regional Office for Europe. *Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. 2013; Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf
30. World Health Organization Regional Office for Europe. *Phase VI (2014–2018) of the WHO European Healthy Cities Network*. WHO European Healthy Cities Network. 2013.

