

# TERRITÓRIO E SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CRISE

Paula Santana (Coordenação)

## 2.7 O papel dos municípios na promoção da saúde na Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

Adriana Loureiro<sup>(1,2)</sup>, Ângela Freitas<sup>(1,2)</sup>, Catarina Barros<sup>(2)</sup> e Paula Santana<sup>(1,2)</sup>

(1) Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra

(2) Departamento de Geografia e Turismo, Universidade de Coimbra

DOI: [http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1\\_11](http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_11)

Este texto pretende apresentar e analisar o papel dos municípios nos fatores que influenciam a saúde e o bem-estar da população, ilustrando com os casos de estudo da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras. Foram utilizadas técnicas de análise qualitativa para tratar a informação relativa: i) aos instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde e ii) às ações/intervenções com potencial para diminuir as desigualdades em saúde.

Os resultados revelam os seguintes aspetos: i) a promoção da saúde da população ainda não é apresentada, de forma explícita, como tema-chave ou área estratégica nos instrumentos de gestão territorial; ii) a inclusão social é o domínio de intervenção municipal com maior número de atividades e iii) a avaliação e monitorização dos impactos em saúde é fundamental para a efetiva redução das desigualdades em saúde.

No âmbito do "reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social", verificou-se um aumento crescente no tipo e número de intervenções nos últimos sete anos. Esta tem sido uma das respostas dos municípios à crise: necessidade de proteger os grupos mais vulneráveis e diminuir as desigualdades sociais.

Por fim, o reforço das competências dos municípios na área da saúde, a articulação multinível e intersectorial, a transdisciplinaridade, o envolvimento de outros agentes locais nos processos de decisão, implementação e monitorização das ações (com potenciais impactos na saúde) constituem-se como catalisadores na promoção da equidade em saúde.

This text will present and analyze the role played by Municipalities in relation to the factors which influence the health and well-being of the population, illustrating with case studies from Amadora, Lisbon, Mafra, and Oeiras. Qualitative analysis techniques were used to discuss the information relative to: i) instruments for developing policies which promote health, and ii) the action/interventions with potential for diminishing health inequalities.

The results reveal the following aspects: i) the promotion of health within the population is not being presented in explicit terms as a key theme or strategic area amongst the instruments of territorial management; ii) social inclusion is the domain of municipal intervention with the greatest number of activities, and iii) the assessment and monitoring of impacts on health is fundamental for the effective reduction of health inequalities.

Within the scope of "the strengthening of community and inter-sectorial action for social inclusion," an increase was noted in the type and number of interventions occurring over the last seven years. This has been one of the responses from the Municipalities to face the crisis: the need to protect the most vulnerable groups and to diminish social inequalities.

In conclusion, the following have thus been identified as catalysts in the promotion of health: the strengthening of the Municipalities' competences in the area of health, greater multi-level and inter-sectorial articulation, a trans-disciplinary approach, the involvement of other local agents in decision-making processes, and the implementation and monitoring of actions (with impact on health).

## 1. Introdução

É largamente reconhecido que a saúde não resulta, apenas, de fatores genéticos e biológicos, nem é um exclusivo resultado do acesso e utilização de serviços de saúde (Marmot et al., 2008b; WHO, 2010; Braveman, Egerter & Williams, 2011). Apoiado em extensa evidência científica, existe um crescente entendimento sobre as múltiplas influências locais, e de contextos mais amplos (social, económico e político), na geografia das desigualdades em saúde (Macintyre et al., 2003; Borrell et al., 2011; Santana et al., 2015). Destacam-se as circunstâncias do ambiente físico, construído e socioeconómico no qual as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, que influenciam, positiva ou negativamente, a saúde da população (Lalonde, 1974; Hancock & Perkins, 1985; Dahlgren & Whitehead, 1991; Santana, Vaz & Fachada, 2002; Santana, 2002a; Barton & Grant, 2006; Marmot, 2007; WHO-CSDH, 2008; Marmot et al., 2008a; Santana, Santos & Nogueira, 2009; Bambra et al., 2010; Kulik et al., 2014; Braveman & Gottlieb, 2014). Por exemplo, condições ambientais que promovam: i) o bem-estar económico e social (e.g. emprego, escolaridade, rendimento adequado às funções desempenhadas) (Lynch et al., 2000; Mackenbach, 2002; Lynch et al., 2004; Cutler & Lleras-Muney, 2006; Driscoll & Bernstein, 2012), ii) o acesso à habitação e a equipamentos públicos de qualidade que permitam dar resposta às necessidades efetivas das populações (Macintyre et al., 2003; Hood, 2005; Curl & Kearns, 2015), iii) a segurança (De Jesus et al., 2010; Ding et al., 2014), iv) o capital social e a coesão social (Navarro et al., 2006; Hyppä et al., 2007; Cornwell & Waite, 2009), e v) comportamentos e estilos de vida ativos e saudáveis (espaços públicos livres - verdes e azuis -, e lojas de produtos alimentares frescos próximas das áreas de residência) (Wilson et al., 2010; Lee & Maheswaran, 2011; Sallis et al., 2012). As condições ambientais integram, ainda, componentes do ambiente físico (e.g. qualidade do ar, o ruído, o uso do solo, densidade de construção e de população) (Frumkin et al., 2008; Kinney, 2008; Bartram & Cairncross, 2010; Hunter, MacDonald & Carter, 2010; Deguen & Zmirou-Navier, 2010), partilhando com as condições do ambiente so-

cioeconómico e cultural a visão holística das “determinantes sociais e ambientais da saúde” (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011).

Por tudo isto, as políticas com capacidade para reduzir as desigualdades em saúde incluem, naturalmente, ações dentro do próprio sistema de saúde, mas encontram-se, sobretudo, fora dele (Santana, 2002b; Dahlgren & Whitehead, 2007; Marmot et al., 2008b; WHO-CSDH, 2008; Marmot, 2010; Mackenbach & Whitehead, 2015). Estas ações integram-se num quadro mais amplo da promoção da saúde e de minimização do impacto negativo das características de contexto sobre a saúde da população.

No século XXI, a urbanização crescente e acelerada (e o aumento das mobilidades entre regiões, países, entre áreas rurais e urbanas), o envelhecimento da população e as crises financeiras e económicas são fenómenos globais que afetam a vida das populações ao nível local (Moore, Gould & Keary, 2003; Karanikolos et al., 2013; Robertson, 2015), colocando importantes desafios à governação dos territórios e à redução das desigualdades em saúde. Por exemplo, observando o efeito das crises económicas, financeiras e/ou sociais na saúde da população, vários estudos (WHO, 2011a; Stuckler & Basu, 2013; Thomson et al., 2014) referem: i) aumento da pressão sobre o sistema de saúde, ii) deterioração das condições de trabalho, iii) perda de estatuto social, iv) redução do poder de compra, v) alimentação tendencialmente menos saudável, vi) aumento das desigualdades sociais, vii) maior debilidade das relações sociais e de solidariedade, viii) alterações nas estruturas familiares e ix) aumento tendencial do vandalismo e da violência.

É por tudo isto que os governos são desafiados, permanentemente, a manter e/ou (re)criar respostas que respondam às necessidades das populações, com vista a combater as desigualdades, injustas, nas condições de vida da população, promovendo, desta forma, mais e melhor saúde.

O planeamento estratégico, com vista à redução das iniquidades em saúde, pressupõe diferentes níveis de implementação, sendo o local o que me-

lhor se adequa às exigências do século XXI. Ou seja, os governos locais têm capacidade para desempenhar um papel de catalisador, atuando nos “determinantes sociais e ambientais” (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011), não só através da ação enquadrada pelas suas competências e atribuições tradicionais (e.g. ação social, habitação, ambiente, ordenamento do território) mas sobretudo pela capacidade de desenvolver ações multinível, articuladas com outros sectores (e.g. saúde), agentes e *stakeholders*. Assim, é imperativo o reforço das competências na área da saúde, a transdisciplinaridade (integração de equipas multidisciplinares e intersectoriais), e o envolvimento da comunidade durante os processos de planeamento estratégico (Blumenthal, 2011; Loureiro, Miranda & Pereira Miguel, 2013), nos vários níveis de decisão que influenciam a saúde das populações: nacional, regional e local.

Este texto pretende apresentar e analisar o papel dos municípios nos fatores que influenciam a saúde e o bem-estar da população, ilustrando com os casos de estudo da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras.

O texto é composto pela introdução e duas partes. Na primeira, de âmbito enquadrador à intervenção municipal na promoção da saúde da população, são apresentados os instrumentos de natureza legal e normativa e, ainda, os de natureza estratégica que existem em Portugal tendo sido, para o efeito, consultada legislação e referências bibliográficas. A segunda parte é relativa ao papel dos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras na promoção da saúde da população, sendo apresentados, detalhadamente, os dados e métodos que estiverem presentes nos casos de estudo.

## 2. A intervenção municipal na saúde da população

A intervenção municipal, nomeadamente nas condicionantes da saúde, tem por base um conjunto de referenciais e instrumentos, de carácter internacional e nacional, que enquadram e orientam o desenvolvimento de políticas promotoras de ganhos em saúde.

## 2.1 Referenciais para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde

Nas conferências de Alma Ata (1978) e Ottawa (1986), iniciaram-se as primeiras discussões acerca das implicações das políticas públicas na saúde (WHO, 1978, 1986; Collins & Hayes, 2010; Santana, 2014a). Sucederam-lhes vários eventos internacionais onde foi atribuída importância ao tópico “Saúde em Todas as Políticas” (Santana, 2014a) (quadro 1). A Conferência de Helsínquia (2013)

Quadro 1. Referenciais para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde

INTERNACIONAL	Relatório Lalonde (1974)
	Declaração de Alma-Ata (1978)
	Carta de Ottawa (1986)
	Declaração de Adelaide (1988)
	Declaração de Sundsvall (1991)
	Declaração de Jacarta (1997)
	Declaração do México (2000)
	Carta de Banguécoque (2005)
	Carta de Tallinn (2009)
	Estratégia Europa 2020: Estratégia para um Crescimento Inteligente Sustentável e Inclusivo (2012)
	Estratégia Europeia de Adaptação às Alterações Climáticas (2013)
	Declaração de Helsínquia (2013)
	EU Policy on the Urban Environment (2015)
Health 2020: the European policy for health and well-being	
Juntos para a Saúde: Uma Abordagem Estratégica para a UE (2008-2013)	
NACIONAL	Estratégia Nacional para a Proteção Social e Inclusão Social (2006-2008)
	Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde (2008-2013)
	Circular Informativa Direcção-Geral de Saúde: Avaliação Ambiental Estratégica – Recomendações para a integração e apreciação da Componente Saúde Humana nos Planos Municipais de Ordenamento do Território (2009)
	Declaração para uma vida melhor (2010)
	Estratégia Nacional de Adaptação às Alterações Climáticas (2010)
Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável (2015)	

Fonte: elaborado a partir de documentos internacionais e nacionais, publicados entre 1974 e 2015

foi um marco importante: saiu reforçada a importância dos governos locais na promoção da equidade em saúde, através das políticas e das decisões públicas tomadas em todos os sectores (Loureiro et al., 2010). Esta abordagem tem como pressuposto que as questões da saúde e bem-estar não são exclusivas do sector da saúde, existindo a necessidade do envolvimento de vários atores, oriundos de outras políticas públicas, na promoção de ganhos em saúde, principalmente nos grupos que revelam maior desvantagem, em termos sociais e económicos ou geográficos (Santana, 2014a).

Em 2012, a Estratégia Europeia Saúde 2020 veio reforçar este entendimento, salientando a obtenção de ganhos em saúde através de intervenções dirigidas aos fatores que influenciam a saúde – sociais, económicos e ambientais (WHO, 2011b, 2012). Neste contexto, a governança, multinível e intersectorial (WHO, 2011b, 2012), juntamente com o envolvimento ativo da população e todos os agentes, públicos e privados, assume-se como estratégia fundamental para alcançar todo o potencial que a implementação de “políticas públicas saudáveis” representa (Kickbush, McCann & Sherbon, 2008; WHO, 2011b; Clavier & Leeuw, 2013). Estas políticas têm como objetivo a criação de contextos comprometidos com a saúde, podendo ser perspectivadas a várias escalas de definição e implementação, envolvendo o governo, autarquias, instituições públicas e privadas, organizações da sociedade civil e comunidades (Kickbush, McCann & Sherbon, 2008).

## 2.2 Instrumentos enquadradores da ação municipal na saúde em Portugal

A ação do município é enquadrada por instrumentos de: i) natureza legal e normativa (instrumentos de gestão territorial) e ii) natureza orientadora (referenciais, programas e estratégias sectoriais ou intersectoriais, e.g. Plano de Desenvolvimento Social, Plano de Desenvolvimento Desportivo, Plano de Desenvolvimento de Saúde, Agenda 21 Local, Programa Local de Habitação, Projeto Cidades Sustentáveis, Projeto Cidades Saudáveis).

### 2.2.1 Instrumentos de natureza legal e normativa (instrumentos de gestão territorial)

No quadro dos instrumentos de natureza legal e normativa, o município é responsável pela gestão territorial, através da elaboração e execução dos planos municipais de ordenamento do território. Estes planos, da responsabilidade dos municípios, acolhem as opções e orientações estabelecidas a nível nacional e regional, no quadro estabelecido pela política nacional de solos, ordenamento do território e de urbanismo (Lei n.º 31/2014, de 30 de maio que revoga a Lei n.º 48/98 de 11 de agosto). O sistema de gestão territorial está assim organizado numa estrutura hierárquica de níveis (nacional, regional, intermunicipal e municipal), em cascata, orientados num sentido descendente, sendo o nível superior mais geral (Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território, PNPOT) e o último nível mais específico e de maior pormenor (Planos Municipais de Ordenamento do Território, PMOT) (figuras 1 e 2).

O PNPOT e, na sequência deste, os Planos Regionais de Ordenamento do Território (PROT; na Lei de Bases n.º 31/2014, de 30 de maio, passou a ser designado como Programa Regional de Ordenamento do Território) definem o quadro estratégico a desenvolver pelos Planos Intermunicipais de Ordenamento do Território (quando existem) e pelos PMOT. Neste último incluem-se os Planos Diretores Municipais (PDM), instrumentos fulcrais ao nível local, de definição da estratégia municipal, onde é estabelecido o quadro de desenvolvimento territorial a nível local. De acordo com o Decreto-Lei n.º 80/2015, de 14 de maio, que apresenta a revisão do Regime Jurídico dos Instrumentos de Gestão Territorial, RJIGT (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 380/99, de 22 de setembro), são seus objetivos: i) a tradução, no âmbito local, do quadro de desenvolvimento do território estabelecido nos programas nacional e regional, ii) a expressão territorial da estratégia de desenvolvimento local, iii) a articulação das políticas setoriais com incidência local, iv) a base de uma gestão programada do território municipal, v) a definição da estrutura ecológica para efeitos de

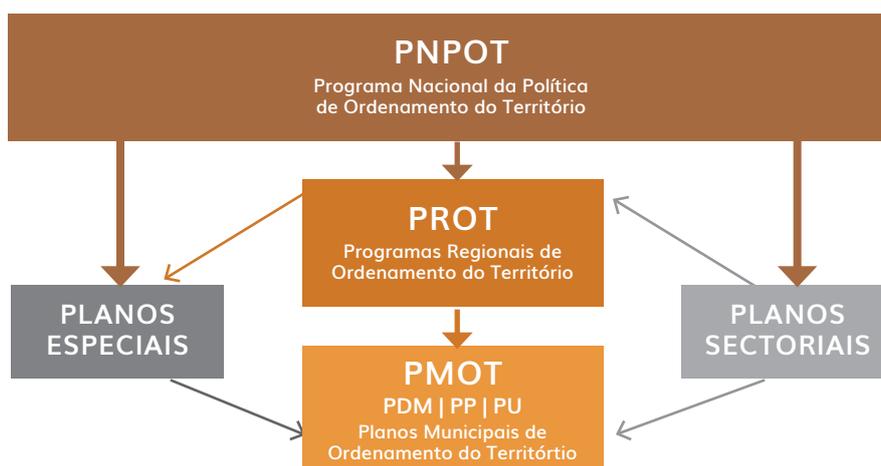
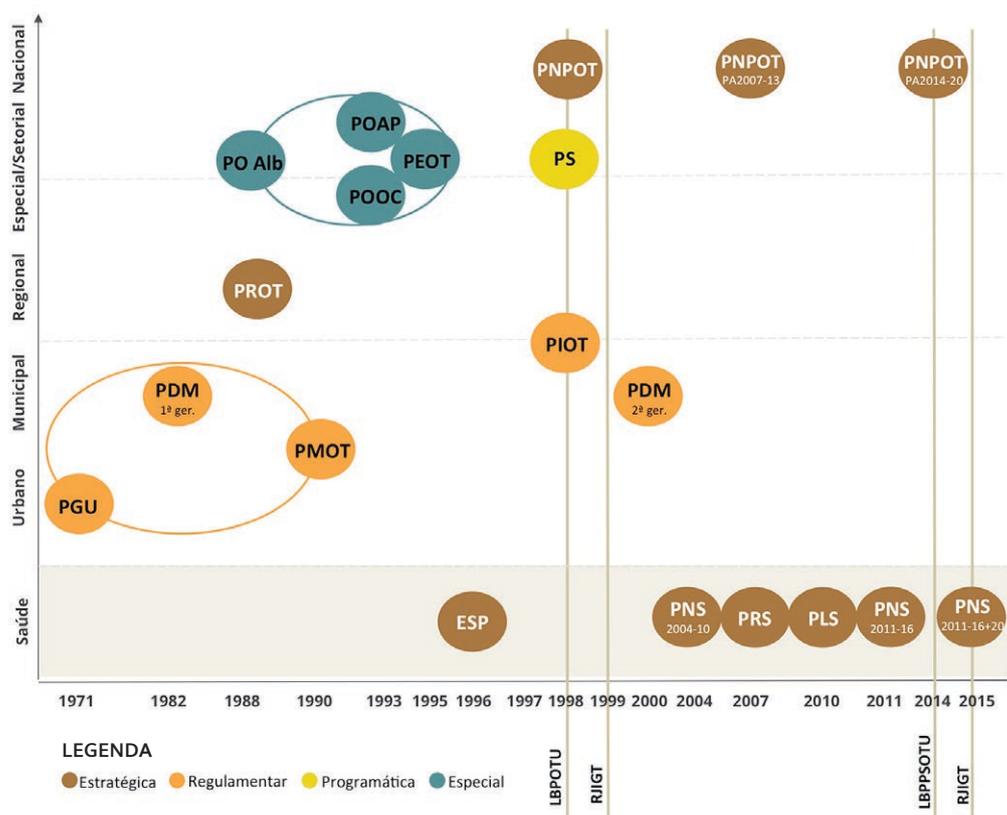


Figura 1. Sistema de gestão territorial português

Fonte: elaboração com base na Lei n.º 31/2014, de 30 de maio e no Decreto-Lei n.º 80/2015, de 14 de maio



#### SIGLAS

**ESP:** Saúde em Portugal: Uma Estratégia para o virar do século; **LBPOTU:** Lei de Bases da Política de Ordenamento do Território e Urbanismo; **LBPPSOTU:** Lei de Bases da Política Pública de Solos, Ordenamento do Território e Urbanismo; **PDM:** Plano Diretor Municipal (1ª geração; 2ª geração); **PEOT:** Plano Especial de Ordenamento do Território; **PGU:** Plano Geral de Urbanização; **PIOT:** Plano Intermunicipal de Ordenamento do Território; **PLS:** Plano Local de Saúde; **PMOT:** Plano Municipal de Ordenamento do Território; **PNPOT:** Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território (Plano de Ação 2007-2013; Plano de Ação 2014-2020); **PNS:** Plano Nacional de Saúde (2004-2010; 2011-2016; revisão e extensão 2011-2016-2020); **POAlb:** Plano de Ordenamento das Albufeiras de Águas Públicas; **POAP:** Plano de Ordenamento de Áreas Protegidas; **POOC:** Plano de Ordenamento da Orla Costeira; **PROT:** Plano Regional de Ordenamento do Território (Na Lei de Bases n.º 31/2014, de 30 de maio, passa a ser designado como Programa Regional de Ordenamento do Território); **PRS:** Plano Regional de Saúde; **PS:** Plano Setorial; **RJIGT:** Regime Jurídico dos Instrumentos de Gestão Territorial

Figura 2. Evolução temporal dos Instrumentos de gestão territorial e instrumentos de planeamento em saúde em Portugal.

Fonte: elaborado a partir de documentos e legislação nacional

proteção e de valorização ambiental municipal, vi) os princípios e as regras de garantia da qualidade ambiental, da integridade paisagística e da preservação do património cultural, vii) os princípios e os critérios subjacentes a opções de localização de infraestruturas, de equipamentos, de serviços e de funções, viii) os critérios de localização e a distribuição das atividades industriais, de armazenagem e logística, turísticas, comerciais e de serviços, que decorrem da estratégia de desenvolvimento local, ix) os parâmetros de uso do solo, x) os parâmetros de uso e fruição do espaço público e, xi) outros indicadores relevantes para a elaboração dos demais programas e planos territoriais.

O sistema de gestão territorial, tal como se encontra atualmente estatuído, dá coerência ao ordenamento do território em Portugal e à ação dos municípios no domínio dos fatores que influenciam a saúde. No entanto, a dessincronização temporal entre os vários instrumentos orientadores da intervenção municipal, nomeadamente entre o PDM (1ª geração), o RJGT (dando início aos PDM de 2ª geração) e os Planos Nacionais de Saúde (PNS), reflete-se ao nível da articulação entre as ações que visam a gestão do território e a promoção da saúde da população (figura 2).

### 2.2.2 Instrumentos de natureza estratégica

O PNS, como instrumento orientador do planeamento em saúde - enquadrador dos objetivos, planos e estratégias de todos aqueles que inscrevem, dentro da sua missão, manter, melhorar ou recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal -, propõe ações de carácter estratégico ao nível nacional, regional e local (PNS (2012-2016)). Ou seja, dá enquadramento aos Planos Regionais de Saúde (PRS), que se constituem como a referência regional para o planeamento em saúde, e aos Planos Locais de Saúde (PLS), que procuram refletir os eixos estratégicos, prioridades, objetivos e orientações do PNS. Os PLS definem intervenções com potencial para atuar nas condicionantes ambientais (Loureiro et al., 2015a). À semelhança de outros instrumentos de

natureza orientadora, os PLS "seguem" referenciais globais (quadro 1) no sentido de incentivar os governos locais a desenvolver políticas/ações/medidas de promoção da saúde e bem-estar da população. São exemplo, os princípios da equidade, sustentabilidade, solidariedade, subsidiariedade e cooperação intersectorial, constantes nos textos das Cidades Saudáveis (Organização Mundial de Saúde), das Escola Promotoras de Saúde (Direção Geral da Saúde), da Rede Social (Instituto da Segurança Social), da Agenda 21 Local (Agência Portuguesa do Ambiente), entre outros.

A Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, constituída em 1997 (Estatutos publicados em Diário da República", III Série, n.º 5, de 7 de janeiro), visa o desenvolvimento de práticas locais que contribuam alcançar as metas da "Saúde para Todos" (Simões, 2007). Em termos operativos, a abordagem das Cidades Saudáveis é transversal às "determinantes sociais e ambientais saúde" (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011) e tem como objetivo a preparação e implementação de Planos de Desenvolvimento de Saúde, a nível municipal (Tsouros, 1995; Price & Tsouros, 1996). Estes planos, baseados no perfil de saúde (documento técnico que traça o retrato da saúde da população, pretendem a identificação dos problemas e das necessidades em saúde, dos recursos disponíveis e das áreas de intervenção prioritária (WHO, 2001). Como instrumento orientador, define estratégias dirigidas, em termos gerais, à promoção do envelhecimento ativo e saudável, da atividade física e bem-estar físico e mental, da participação comunitária, do planeamento urbano saudável, da inclusão social, da melhoria do acesso aos cuidados de saúde, da avaliação de impactos em saúde (Barton & Grant, 2012) entre outros.

Paralelamente, outros instrumentos orientadores da intervenção dos municípios têm incorporado, embora não explicitamente, questões relacionadas com a saúde da população. Os Planos de Desenvolvimento Social (no âmbito do estabelecimento do Programa de Apoio à Implementação da Rede Social - Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de novembro) e a Agenda 21 Local (no âmbito da Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável - Resolução de Conselho de Ministros n.º 109/2007, de 20 de agosto),

são instrumentos estratégicos, desenvolvidos pelo poder local, que reúnem esforços entre entidades públicas, privadas e cidadãos em torno da erradicação da pobreza e da promoção do desenvolvimento social e sustentável, respetivamente. Enquanto instrumentos norteadores de estratégias específicas sobre importantes fatores contextuais da saúde (desigualdades sociais e qualidade ambiental), têm como pano de fundo comum o reconhecimento da necessidade da ação intersectorial e do comprometimento dos municípios com a avaliação dos impactos das políticas e das suas ações concretas sobre o território.

### 2.3 Atribuições e competências no domínio da saúde da população em Portugal

Tradicionalmente a “saúde” nos processos de governação e no planeamento territorial locais tem sido considerada de forma isolada, muito associada à doença e à prestação de cuidados, numa perspetiva curativa. No entanto, dadas as inerentes competências e funções no ordenamento e desenvolvimento do território, os municípios possuem o enquadramento ideal para promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida.

Nas duas últimas décadas (continuando a tendência observada desde os anos oitenta (Santana, 2014b) verificou-se a melhoria generalizada dos indicadores de saúde nos municípios portugueses (Santana, 2015)). De acordo com Santana (2005:315) para este facto contribuiu: “i) a promoção das condições de vida saudáveis, e ii) o aumento do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde. O primeiro resulta, em grande medida, da municipalização (descentralização de competências ao nível da gestão e administração dos municípios) após a mudança do regime político em 1974; o segundo decorre de um sistema de saúde enquadrado por um Serviço Nacional de Saúde, que foi vendo a sua taxa de cobertura aumentar de forma significativa desde a sua criação em 1976”.

De acordo com a lei que estabelece o quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias locais (Decreto-lei 159/99, de 14 de

setembro), os municípios dispõem de atribuições (artigo 13º) nos seguintes domínios: i) equipamento rural e urbano, ii) energia, iii) transportes e comunicações, iv) educação, v) património, cultura e ciência, vi) tempos livres e desporto, vii) saúde, viii) ação social, ix) habitação, x) proteção civil, xi) ambiente a saneamento básico, xii) defesa do consumidor, xiii) promoção do desenvolvimento, xiv) ordenamento do território e urbanismo, xv) polícia municipal e xvi) cooperação externa.

Até aqui, o Estado português tinha assumido de forma centralizada e normativa a governação dos territórios. As primeiras formas de descentralização (desconcentração) têm pouco mais de vinte anos, tomando como exemplo o sector da saúde (Administrações Regionais de Saúde; Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro).

Mais recentemente (Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro), a descentralização de competências, nos sectores da educação, segurança social, cultura e saúde, abre caminho aos municípios para que reforcem o seu papel nas políticas públicas: pelo aumento do poder no momento da decisão e pela capacidade de decidir com base na evidência (decisões que se adequem às realidades concretas), dada pelo conhecimento das populações e territórios.

O novo regime de delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais, no domínio de funções sociais, estabelece novas competências no que diz respeito à saúde (Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro), existindo uma maior responsabilização do poder local nesta área. Cabem agora aos municípios competências (artigo 9º) no âmbito: i) das políticas de saúde, ii) da administração da unidade de saúde, iii) da gestão dos recursos humanos (técnicos e assistentes), iv) da gestão dos recursos financeiros (protocolos de apoio financeiro), v) da gestão de equipamentos e infraestruturas dos centros de saúde (Agrupamentos de Centros de Saúde, ACES). O poder local tem atribuições para definir a estratégia municipal e intermunicipal de saúde e desenvolver intervenções de ações de prevenção da doença e promoção da saúde, em articulação com o Plano Nacional de Saúde.

No entanto, os processos de descentralização podem gerar efeitos negativos aumentando as iniquidades em saúde e no acesso aos cuidados de saúde, se não forem equacionadas e implementadas medidas de mitigação das desigualdades económicas e sociais entre regiões ou municípios (Koivusalo, Wyss & Santana, 2007). Nesse sentido, registam-se apelos a uma abordagem mais integrada e estratégica, considerando a própria definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (Loureiro, Miranda & Pereira Miguel, 2013) e a multi-fatorialidade (Glouberman & Millar 2003). Ou seja, as políticas intersectoriais poderão ter mais eficácia se implementadas em corresponsabilização com os poderes locais (Atkinson, 1995), através do estabelecimento de ligações entre o município, a região de saúde e o poder central na definição das necessidades e na respetiva adequação das medidas/estratégias (Santana, 2005). Neste âmbito, as novas gerações de instrumentos de gestão territorial, concretamente os PDM, têm a obrigação de: i) atribuir maior ênfase à dimensão estratégica, reorientando e alargando o campo de intervenção pública a outros domínios e fazendo convergir os modelos de desenvolvimento e ordenamento, ii) maior coordenação entre os diversos níveis de governança, promovendo a articulação entre políticas sectoriais e a compatibilização entre os diversos níveis de atuação territorial e, iii) reforçar a participação e o envolvimento da população, promovendo a auscultação e a discussão pública (e.g. orçamento participativo) (figura 3).



Figura 3. A Saúde no Planeamento Territorial Local  
 Fonte: elaborado com base em Barton, Mitcham & Tsourou (2003) e WHO (1997)

### 3. O papel dos municípios na diminuição das desigualdades em saúde: Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

Os municípios em estudo, Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, integram a Área Metropolitana de Lisboa. A sua seleção tem por base diferentes tipologias de território (Loureiro et al., 2015b) associadas, por um lado, a fases de urbanização distintas - áreas urbanas consolidadas (Lisboa), áreas urbanas de crescimento recente (Amadora e Oeiras) e áreas rurais (Mafra) – e, por outro lado, a diferentes características socioeconómicas (densidade populacional, envelhecimento, desemprego, condições da habitação e de educação).

#### 3.1 Dados e métodos

Foi utilizada informação dos quatro municípios em estudo, relativa: i) aos instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde e ii) às ações/intervenções com potencial para diminuir as desigualdades em saúde.

##### 3.1.1 Instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde

Foram analisados dois tipos de instrumentos: i) de natureza normativa e legal – Plano Diretor Municipal (ou Relatório do Estado do Ordenamento do Território, para o caso do município da Amadora<sup>1</sup>) e ii) de natureza orientadora – Plano de Desenvolvimento Social (e respetivo Diagnóstico Social), Plano de Desenvolvimento em Saúde e Plano Local de Saúde (e respetivos Perfis de Saúde) (quadro 2). Os documentos foram consultados, entre maio e setembro de 2015, a partir das páginas oficiais de internet das qua-

1 - O PDM da Amadora em vigor data de 1994. Considerou-se metodologicamente mais adequado a análise do Relatório do Estado do Ordenamento do Território de 2014, onde é feita uma avaliação do PDM à luz da legislação vigente em 2006

Quadro 2. Instrumentos consultados, nos municípios em estudo

NATUREZA	INSTRUMENTO	AMADORA	LISBOA	MAFRA	OEIRAS
Normativa e legal	Plano Diretor Municipal	☐ (1994 <sup>1</sup> )	✓ (2012)	✓ (2015)	✓ (2015)
	Relatório do Estado do Ordenamento do Território	✓ (2014)	✗	✗	✗
Orientadora	Plano de Desenvolvimento Social	✓ (2015/2017 <sup>2</sup> )	✓ (2013/2015)	✓ (2013/2015)	✓ (2010/2013)
	Plano de Desenvolvimento de Saúde	✓ (2015/2017 <sup>2</sup> )	✓ (2015 <sup>3</sup> )	✗	✗
	Plano Local de Saúde	✓ (2014/2016)	✓ (2014/2016 <sup>4</sup> )	✗	✓ (2014/2016 <sup>4</sup> )

✓ Documento consultado

☐ Documento existente mas não consultado

✗ Documento inexistente

1 Em substituição foi analisado o Relatório sobre o Estado do Ordenamento do Território de 2014

2 Designado "Plano de Desenvolvimento Social e de Saúde"

3 Correspondente ao Volume I – Perfil de saúde; data prevista do Plano de ação em final do ano 2015

4 Designado "Plano Local de Saúde do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras"

tro câmaras municipais (Amadora - <http://www.cm-amadora.pt/>; Lisboa - <http://www.cm-lisboa.pt/>; Mafra - <http://www.cm-mafra.pt/> e Oeiras - <http://www.cm-oeiras.pt/>).

Os documentos consultados referem-se aos instrumentos em vigor à data do estudo, em cada município. Considerando a complexidade e diversidade de documentos que constituem o PDM, a análise documental focou-se nos seguintes elementos: i) relatório de caracterização do território municipal ii) estratégia definida para o município e iii) avaliação ambiental estratégica ao plano.

Foram utilizadas técnicas de análise qualitativa para verificar de que forma era abordado, utilizado e enquadrado o conceito de "saúde" nos documentos consultados, tendo em consideração a abordagem holística da saúde, apresentada por Loureiro et al. (2015a), e os "determinantes sociais e ambientais" (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011).

Num primeiro momento, foram definidas palavras-chave tendo em consideração: i) conceitos do campo lexical e semântico da "saúde" (saúde, saudável, saúde mental, saúde pública, bem-estar); ii) "determinantes sociais e ambientais da

saúde" (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011) (e.g. habitação, ambiente, segurança, inclusão social, estilos de vida, emprego) e iii) conceitos relacionados com ação política em saúde e potenciais impactos (estratégia, planeamento, promoção da saúde, envelhecimento ativo, cidade saudável, equidade, desigualdade, vulnerabilidade). A frequência da ocorrência das palavras-chave no corpo do texto foi efetuada com recurso ao software ATLAS.ti 7.5. Esta análise foi aplicada apenas aos documentos que integram o instrumento de gestão territorial - PDM.

Para representação gráfica dos resultados desta análise, foi utilizada a aplicação online Tagul (<https://tagul.com/>) que permite observar de forma intuitiva, através da geração de uma nuvem de palavras, o respetivo "peso" das palavras-chave nos documentos consultados, em cada município.

Num segundo momento, efetuou-se uma análise de conteúdo (Bardin, 1977) a todos os instrumentos consultados (identificados no quadro 2) seguindo três etapas: i) leitura flutuante, ii) identificação dos problemas, áreas prioritárias de ação e estratégias locais, iii) sistematização da informação e interpretação.

### 3.1.2 Intervenções locais com potenciais impactos na saúde da população

No âmbito da análise das intervenções municipais, foi efetuado um levantamento de intervenções, realizadas pelos municípios de Amadora,

Lisboa, Mafra e Oeiras, cujo objetivo fosse, explícita ou implicitamente, a mitigação das desigualdades em saúde e a promoção da saúde e bem-estar da população, tendo por base a atuação sobre "determinantes sociais e ambientais da saúde" (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011). Por intervenção entendeu-se "uma atividade ou

Quadro 3. Tipologia de intervenções por eixo de ação

EIXO DE AÇÃO	TIPO DE INTERVENÇÃO
"Crescer com saúde"	Apoio na aquisição de material e refeições escolares; Transporte escolar; Atividades de ocupação em tempo de férias; Apoio no desenvolvimento de crianças e jovens com necessidades educativas especiais; Promoção de competências pessoais e sociais; Ações de sensibilização para a redução de comportamentos de risco; Educação ambiental; Promoção de hábitos alimentares saudáveis na escola (distribuição de fruta a alunos do 1º ciclo).
"Vida adulta produtiva"	Apoio a desempregados na procura ativa de emprego; Divulgação de ofertas de emprego; Apoio à criação do próprio negócio através de aconselhamento, análises de viabilidade e estruturação de planos de negócio; Apoio ao empreendedorismo local.
"Envelhecimento ativo e saudável"	Divulgação de informação acerca dos serviços e apoios existentes; Cartão sénior com descontos em serviços; Ateliers ocupacionais; Programas de promoção da prática de atividade física regular; Visitas culturais; Voluntariado sénior.
"Criação de ambientes promotores de estilos de vida saudáveis"	Espaços verdes, zonas pedestres e cicláveis; Realização de caminhadas e corridas; Ações de sensibilização para a prática de atividade física; Manutenção e melhoria dos espaços públicos; Ações para melhorar o desempenho ambiental das escolas, casas e edifícios públicos.
"Reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social"	Dinamização de atividades (e.g. campos de férias para crianças e jovens provenientes de contextos familiares carenciados); Fornecimento do pequeno-almoço nas escolas a crianças provenientes de contextos familiares carenciados; Transporte gratuito (e.g. para consultas ou tratamentos médicos) para pessoas com mobilidade reduzida ou portadoras de deficiência; Unidades residenciais e ocupacionais para pessoas com deficiência; Fornecimento de serviços, apoio técnico/material e psicológico (e.g. teleassistência, linha de apoio telefónico 24 horas) à população que vive só, com incapacidade ou mobilidade reduzida; Atividades direcionadas à população com transtornos mentais e demência; Serviços de apoio a famílias em situação de vulnerabilidade social e económica; Apoio às vítimas de violência doméstica; Atividades promotoras da interculturalidade e facilitadoras da integração dos imigrantes; Supressão de barreiras urbanísticas e arquitetónicas à mobilidade da população com deficiência ou mobilidade reduzida; Erradicação de barracas e realojamento da população com carência social e económica; Habitação a custos controlados.

Nota: A lista não é exaustiva. Os tipos de intervenção têm por base a informação disponível das atividades desenvolvidas em cada intervenção (informação validada pelos municípios em estudo)

Fonte: elaborado a partir da consulta das páginas oficiais da internet dos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, entre os meses de maio e junho

conjunto de atividades destinadas a modificar um processo, curso de ação ou sequência de eventos, a fim de alterar uma ou várias das suas características” (WHO, 2004:36). Foram assim considerados programas, planos, projetos e/ou ações com potenciais impactos na saúde e bem-estar da população, embora não tenha sido aplicada a metodologia de avaliação de impactos (Partidário, 2012).

Numa primeira fase, a informação foi recolhida nas páginas oficiais de internet das quatro câmaras municipais (Amadora - <http://www.cm-amadora.pt/>; Lisboa - <http://www.cm-lisboa.pt/>; Mafra - <http://www.cm-mafra.pt/> e Oeiras - <http://www.cm-oeiras.pt/>), entre os meses de maio e junho de 2015. A informação base de cada intervenção (nome, enquadramento e objetivo) foi agregada e enviada a cada município a fim de ser validada e, posteriormente, completada com informação complementar (e.g. ano de implementação)<sup>2</sup>.

Numa segunda fase, as intervenções foram classificadas e analisadas (quadro 3) de acordo com 5 eixos de ação: i) crescer com saúde, ii) vida adulta produtiva, iii) envelhecimento ativo e saudável, iv) criação de ambientes promotores de estilos de vida saudáveis e v) reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social. Estes eixos temáticos têm por base o ciclo de vida dos indivíduos e os contextos promotores da saúde e protetores da doença. De acordo com o Plano Nacional de Saúde (2012), o indivíduo apresenta necessidades específicas ao longo do ciclo de vida. As vivências individuais decorrem em contextos diferentes (e.g. sociais, laborais, institucionais) associados, por um lado, a diferentes determinantes contextuais da saúde e a diferentes etapas da vida e, por outro lado, a fases de maior vulnerabilidade. Neste âmbito, esta abordagem permite uma perspetiva integrada da intervenção local sobre os “determinantes sociais e ambientais da saúde” (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011).

## 3.2 Resultados

### 3.2.1 Análise dos instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde

A palavra-chave “saúde” é utilizada em todos os PDM dos municípios em estudo. Considerando a sua frequência nos documentos consultados verifica-se que assume maior peso no PDM de Oeiras (0,29%), seguido pelos dos municípios de Lisboa (0,16%), Amadora (0,06%) e Mafra (0,04%) (figura 4). Nos de Lisboa e Oeiras, “saúde” integra o conjunto das três palavras com maiores frequências. No que diz respeito às palavras-chave relativas aos “determinantes sociais e ambientais” verifica-se que nos documentos da Amadora e de Lisboa, é a palavra “habitação” a que assume maiores percentagens (0,20% e 0,18%, respetivamente); nos PDM dos municípios de Mafra e de Oeiras é “ambiente” (0,06% e 0,23%, respetivamente). No âmbito dos conceitos relacionados com ação política em saúde e potenciais impactos, palavras como “desigualdade” e “vulnerabilidade” detêm frequências baixas ou inexistentes (figura 4).



2 - Foi recolhida outra informação, como o orçamento anual, nº de instituições envolvidas e nº de indivíduos beneficiários da intervenção, embora não tenha sido alvo de análise no âmbito deste estudo.

MAFRA



OEIRAS



Figura 4. Nuvens de palavras-chave nos documentos consultados relativos ao PDM, em cada município  
 Fonte: elaborado com base nos PDM dos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

Os resultados da análise de conteúdo, aplicada aos documentos que integram os instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde (PDM, Plano de Desenvolvimento Social, Plano de Desenvolvimento em Saúde e PLS), foram sintetizados nos quadros 4 e 5.

O quadro 4 apresenta os temas chave, designados como fatores críticos de decisão (Partidário, 2012), identificados nos processos de avaliação ambiental estratégica aplicada aos PDM. Observam-se fatores comuns aos quatro municípios em estudo: i) o uso e a estrutura do ambiente construído, ii) a qualidade do ambiente físico, iii) o desenvolvimento sustentável e iv) a competitividade económica e territorial.

No quadro 5, estão sintetizados os problemas prioritários e estratégias de intervenção identificadas nos Planos de Desenvolvimento Social, Planos de Desenvolvimento em Saúde e Planos Locais de Saúde dos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras.

Quadro 4. Fatores críticos de decisão<sup>3</sup> identificados no processo de avaliação ambiental estratégica aplicada aos PDM dos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

FATORES CRÍTICOS DE DECISÃO (AVALIAÇÃO AMBIENTAL ESTRATÉGICA AO PDM)	
<b>AMADORA*</b>	
Fortalecer e diversificar a base produtiva	<b>Desenvolvimento Económico</b> Ordenar e requalificar as áreas de concentração de atividades; Garantir a acessibilidade intra-regional e a Lisboa; Criar condições favoráveis à constituição de uma estrutura de serviços pessoais e económicos; Garantir a elevação generalizada da qualidade do espaço urbano.
Melhorar o padrão de vida	<b>Acessibilidade</b> Promover a acessibilidade intra-regional e a Lisboa; Promover a diversificação de fluxos de tráfego, por forma a atenuar o congestionamento viário; Assegurar uma boa articulação entre as diversas áreas (bairros) o centro da cidade e centros secundários; Assegurar uma boa conexão entre as diversas áreas (bairros) e os interfaces de transporte.
	<b>Espaço urbano</b> Conter o crescimento demográfico; Requalificar o espaço urbano consolidado; Controlar a qualidade das novas ocupações e da renovação urbana; Revitalizar o centro da cidade como centro administrativo e de comércio.
	<b>Ambiente urbano</b> Criar uma estrutura verde a inserir na estrutura verde metropolitana; Criar uma rede concelhia de espaços verdes para recreio e lazer; Promover a reabilitação de zonas com usos degradantes.
	<b>Equipamentos e serviços públicos</b> Reservar e/ou promover a reconversão/instalação de equipamentos e serviços públicos de apoio à população; Compatibilizar o ritmo de crescimento urbano e as necessidades em equipamentos, serviços e infraestruturas.
Atenuar as carências habitacionais	<b>Habitação</b> Eliminar progressivamente as áreas de habitação degradada.
<b>LISBOA</b>	
	<b>Função habitacional e vivência urbana</b> Dirige-se ao restabelecimento do equilíbrio demográfico, considerando os fatores sociais de fixação populacional, nomeadamente a qualidade e disponibilidade de habitação, a revitalização do espaço público e a facilidade de integração social.
	<b>Mobilidade</b> Aborda as questões de fluidez de deslocação, valorizando os aspetos relacionados com a proximidade funcional e a complementaridade dos sistemas de transportes, e tendo em conta a promoção de tecnologias mais eficientes.

FATORES CRÍTICOS DE DECISÃO (AVALIAÇÃO AMBIENTAL ESTRATÉGICA AO PDM)	
LISBOA (continuação)	OEIRAS
<p><b>Recursos ambientais e culturais</b></p> <p>Incide sobre a base dos recursos naturais e culturais que suportam os equilíbrios estruturais, segundo uma perspetiva ecossistémica e que determinam fatores passivos e ativos de atratividade no município, constituindo fatores de valorização da qualidade do ambiente urbano ao nível global, determinantes da imagem do município face à dinamização de novas atividades.</p> <p><b>Energia e alterações climáticas</b></p> <p>Dirige-se à valorização da dimensão energética e combate às alterações climáticas, numa lógica de promoção da eficiência energética e desenvolvimento de mecanismos de mitigação e adaptação às alterações climáticas.</p> <p><b>Vitalidade económica</b></p> <p>Atende aos aspetos de revitalização económica, nomeadamente os fatores relacionados com a atratividade empresarial, a inovação e criatividade empreendedora, incluindo as atividades tradicionais de diferenciação territorial.</p> <p><b>Modelo de governação</b></p> <p>Compreende os fatores de coordenação e articulação institucional em processos de gestão adaptativa, a produção e gestão do conhecimento, e a participação e envolvimento de agentes assente numa cultura de proximidade aos municípios.</p>	<p><b>Estruturação Territorial</b></p> <p>Estruturação, revitalização dos espaços urbanos, com maior interligação entre os espaços de desenvolvimento económico e social e melhor dotação territorial de equipamentos de suporte ao desenvolvimento social;</p> <p>Qualificação dos espaços ribeirinhos, melhorando as condições de usufruto dos mesmos;</p> <p>Preservação e valorização do património, arquitectónico e cultural, reforçando a identificação e sentido de pertença dos municípios com Oeiras;</p> <p>Preservação e valorização de património paisagístico.</p> <p><b>Sistema Biofísico e Dinâmica Ecológica</b></p> <p>Salvaguardar o sistema biofísico, controlando a impermeabilização dos solos, protegendo os recursos hídricos superficiais e subterrâneos e evitando a fragmentação dos habitats com interesse público;</p> <p>Aumentar a captação de espaços verdes de utilização coletiva.</p> <p><b>Riscos Naturais e Tecnológicos</b></p> <p>Prevenir os riscos naturais associados à ocupação e impermeabilização do território;</p> <p>Prevenir os riscos associados à atividade industrial e dotar estes de planos de contingência e resposta.</p> <p><b>Competitividade Territorial</b></p> <p>Manter ou aumentar a atratividade do concelho para a instalação de empresas de serviços, preferencialmente do terciário superior, com aposta no sector de I&amp;D no concelho;</p> <p>Imagem de Oeiras para as empresas e da sua qualidade de vida.</p> <p><b>Gestão da Mobilidade</b></p> <p>Aumentar a eficiência dos transportes coletivos e da utilização de meios de transporte sustentáveis; melhorar a condição de mobilidade intra-concelhia e da gestão inter-modal, reduzindo a pendularidade.</p> <p><b>Sustentabilidade e vivências</b></p> <p>Melhoria da eficiência energética, aumentando a utilização de fontes de energia renovável e diminuindo as emissões de GEE;</p> <p>Melhoria da eficiência na gestão da água;</p> <p>Melhorar a qualidade do ar no concelho;</p> <p>Reduzir a exposição da população a níveis excessivos de ruído;</p> <p>Redução da captação de RSU e aumento das taxas de reciclagem e de recolha seletiva;</p> <p>Promover a qualidade ao acesso à saúde por parte da população, particularmente dos grupos de risco (crianças e idosos);</p> <p>Criar condições de apoio às populações em situação de exclusão social;</p> <p>Classes de desempenho do ambiente construído;</p> <p>Custos no ciclo de vida;</p> <p>Vivências potenciadas e felicidade;</p> <p>Aumento do envolvimento, participação dos cidadãos e melhoria da eficiência dos serviços públicos.</p>
<p><b>MAFRA</b></p> <p><b>Qualidade Ambiental</b></p> <p>Assegurar a qualidade do ar, proteger os recursos hídricos e pedológicos, assegurar a correta gestão de resíduos e garantir níveis sonoros adequados à saúde humana e ambiental (através dos critérios: qualidade do ar, recursos hídricos, solos e uso do solo, resíduos e ruído).</p> <p><b>Alterações Climáticas</b></p> <p>Assegurar uma menor contribuição do município para a contabilização nacional de gases com efeito de estufa (através dos critérios: gases com efeitos de estufa, fontes de energias renováveis e sumidouros de CO<sub>2</sub>).</p> <p><b>Conservação da Natureza e Biodiversidade</b></p> <p>Travar a perda de biodiversidade, assegurando a conservação dos ecossistemas, habitats e espécies ameaçadas, através da sua adequada gestão (através dos critérios: estrutura ecológica municipal e espécies e habitats).</p> <p><b>Riscos Naturais</b></p> <p>Prevenir e mitigar a ocorrência de riscos (através dos critérios: risco de incêndio, risco de erosão hídrica, risco de movimento de vertentes, risco de erosão costeira e risco de inundação).</p> <p><b>Património Cultural e Paisagem</b></p> <p>Salvaguardar e valorizar o Património Cultural e a Paisagem (através dos critérios: património cultural e paisagem).</p> <p><b>Desenvolvimento Humano e Territorial</b></p> <p>Promover um desenvolvimento humano e territorial sustentável (através dos critérios: desenvolvimento socioeconómico, coesão sócio-territorial e vitalidade social e cultural).</p>	

\*O PDM da Amadora em vigor data de 1994, não estando sujeito a Avaliação Ambiental Estratégica. Foram por isso analisados os objetivos considerados na análise SWOT que integra o Relatório do Estado do Ordenamento do Território de 2014.

3 - Segundo Partidário (2012), "os Fatores Críticos para a Decisão constituem janelas de observação, destinadas a focar a atenção sobre o que é realmente importante para a avaliação, seguindo o princípio da parcimónia. Os Fatores Críticos para a Decisão são temas chave integrados, são fatores de sucesso ambiental e de sustentabilidade na decisão estratégica."

O emprego e a oferta de equipamentos, serviços e respostas sociais são considerados como problemas prioritários em todos os municípios. Em relação às estratégias, em todos os documentos são identificadas, como prioritárias, intervenções relacionadas com o aumento da igualdade de oportunidades, a coesão social e a promoção do envelhecimento ativo.

(41%), sendo particularmente visível, a partir de 2007-2009, o aumento no número (acumulado) deste tipo de intervenções (figuras 5 e 6). O eixo "criação de ambientes promotores de estilos de vida saudáveis" acumula 20,5% das intervenções. Os eixos "crescer com saúde" e "envelhecimento ativo e saudável" agregam 19,3%

Quadro 5. Áreas prioritárias e estratégias de intervenção nos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

		AMADORA	LISBOA	MAFRA	OEIRAS
ÁREAS PRIORITÁRIAS	Idosos	✓	✓		✓
	Crianças e jovens		✓		
	Habituação	✓	✓		✓
	Emprego	✓	✓	✓	✓
	Segurança	✓			
	Coesão social	✓	✓		✓
	Equipamentos, serviços e respostas sociais	✓	✓	✓	✓
	Ambiente físico e construído (ruído; espaços verdes urbanos)	✓	✓		
ESTRATÉGIAS	Igualdade de oportunidades e coesão social	✓	✓	✓	✓
	Promoção de estilos de vida saudáveis	✓	✓		
	Promoção do envelhecimento ativo	✓	✓	✓	✓
	Prevenção da doença (primária, secundária ou terciária)	✓	✓		
	Prevenção da criminalidade e violência	✓		✓	
	Melhoria do acesso aos equipamentos, serviços e respostas sociais			✓	✓
	Formação e promoção do emprego			✓	

Fonte: elaborado com base na informação recolhida nos Planos de Desenvolvimento Social, Planos de Desenvolvimento em Saúde e Planos Locais de Saúde dos municípios de Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras.

### 3.2.2 Análise das intervenções locais com potenciais impactos na saúde da população

Nos quatro municípios em estudo foram identificadas 166 intervenções (programas, planos, projetos e/ou ações) com potencial para reduzir as desigualdades nos determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde. Este número corresponde às intervenções em vigor em 2015. A distribuição das intervenções por eixo de ação revela a dominância no "reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social"

e 15,1% das intervenções, respetivamente, com uma evolução crescente nos últimos anos (entre 2010-2012 e 2013-2015). Por fim, o eixo "vida adulta produtiva" (4,2%) revela menor número de intervenções e mais recentes (início de implementação, principalmente, a partir do período 2007-2009) (figuras 5 e 6).

Quando analisado o número de intervenções (em 2015) por município e eixo de ação, verificam-se, no entanto, algumas diferenças em relação ao eixo que agrega o segundo maior número de intervenções: nos municípios da Amadora e

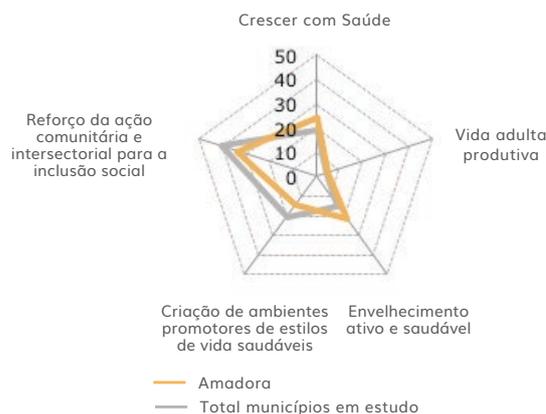
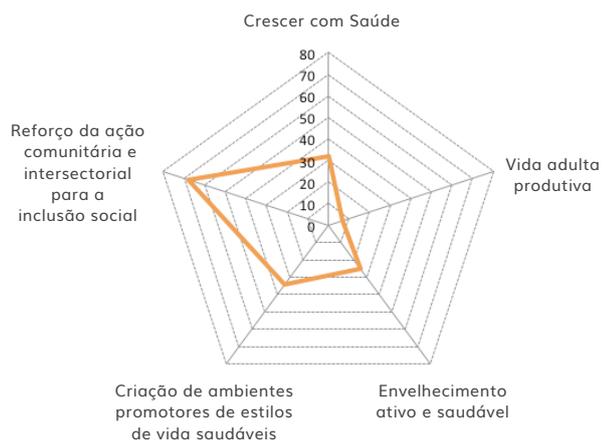


Figura 5. Número de intervenções (em vigor em 2015) por eixo de ação, no total dos municípios  
 Fonte: elaborado a partir de informação disponibilizada nas páginas oficiais da internet, validada pelos municípios

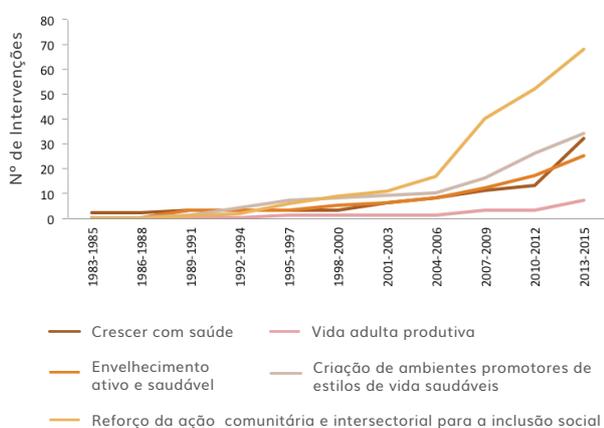


Figura 6. Número de intervenções (em vigor em 2015) por eixo de ação no total dos municípios, segundo ano de implementação

Nota: O número de intervenções em cada período inclui: i) as intervenções com data de início nesse período e ii) as intervenções com data de início no período anterior que ainda se encontram em vigor

Fonte: elaborado a partir de informação disponibilizada nas páginas oficiais da internet, validada pelos municípios

Mafra destaca-se o eixo "crescer com saúde"; em Lisboa e Oeiras, é mais evidente o eixo relativo à "criação de ambientes promotores de estilos de vida saudáveis" (figura 7).

O município de Oeiras destaca-se pelo maior número de intervenções (acumuladas) entre os períodos de 1983-1985 e 2013-2015, seguido da Amadora e Lisboa. O município de Mafra, embora tenha iniciado a implementação das intervenções mais tarde (no final da década de 90), encontra-se, atualmente, bastante próximo dos restantes municípios no número de intervenções em vigor, verificando-se um forte incremento desde 2010 (figura 8).

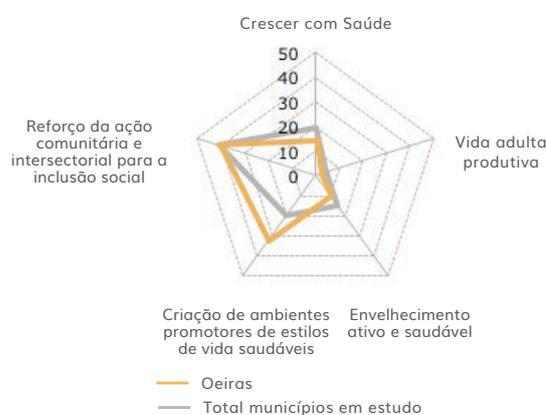
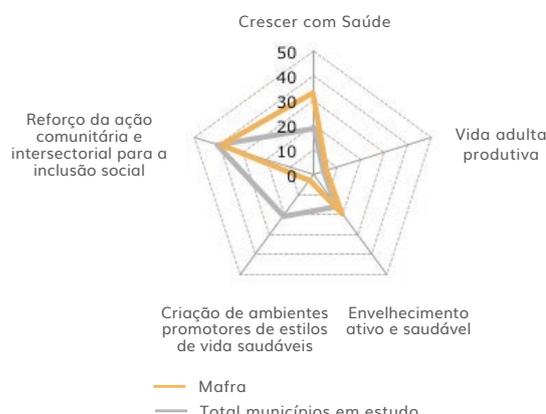
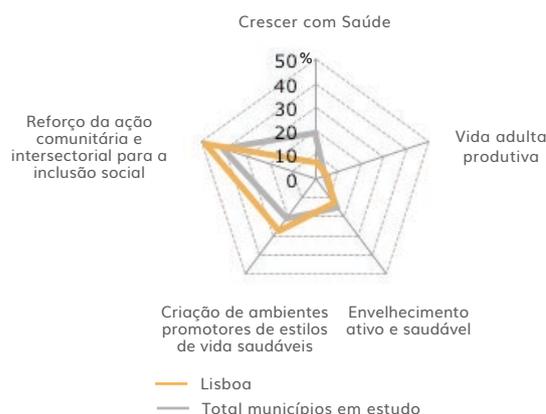


Figura 7. Percentagem de intervenções por eixo de ação e município, em 2015  
 Fonte: elaborado a partir de informação disponibilizada nas páginas oficiais da internet, validada pelos municípios

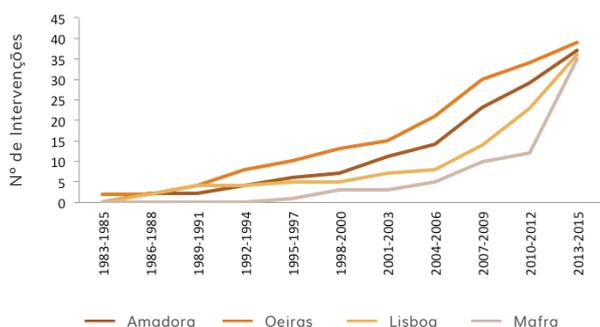


Figura 8. Número de intervenções (acumuladas) por município e período temporal

Nota: O número de intervenções em cada período inclui: i) as intervenções com data de início nesse período e ii) as intervenções com data de início no período anterior que ainda se encontram em vigor

Fonte: elaborado a partir de informação disponibilizada nas páginas oficiais da internet, validada pelos municípios

### 3.3 Discussão dos resultados

Este estudo pretendeu discutir o papel dos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, na promoção da saúde e bem-estar da população. Da análise dos resultados ressaltam os seguintes aspetos: i) a promoção da saúde da população ainda não é apresentada, de forma explícita, como tema-chave ou área estratégica nos instrumentos de gestão territorial; ii) a inclusão social é o domínio de intervenção municipal com maior número de atividades e iii) a avaliação e monitorização dos impactos em saúde é fundamental para a efetiva redução das desigualdades em saúde.

#### 3.3.1 A saúde nos instrumentos de apoio à governação do território: avaliação na Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras

As questões da "saúde" ainda não são consideradas de forma evidente nos processos de governança local. Nos PDM dos municípios em estudo verificou-se uma frequência muito reduzida de ocorrência das palavras-chave definidas no âmbito do conceito de "saúde" e da sua abordagem holística, o que sugere a falta de integração concreta da temática no quadro estratégico de

desenvolvimento territorial local (figura 4). O domínio da "saúde" não é, em geral, referido como tema estratégico nos PDM das quatro autarquias estudadas, não adquirindo ainda a importância sugerida pela evidência científica (Nowacki, Martuzzi & Fischer, 2009; Collins & Hayes, 2010) e técnica (Circular informativa nº 36/DA de 9 de outubro de 2009, Direção-Geral da Saúde). A "saúde" é tida em consideração como componente isolada e estanque, sendo introduzida numa perspetiva tradicional, associada aos equipamentos de cuidados de saúde e ao tratamento da doença (e.g. Oeiras: "promover a qualidade ao acesso à saúde por parte da população") ou à influência patogénica de fatores do ambiente físico (e.g. Mafra: "garantir níveis sonoros adequados à saúde humana"; Lisboa: "avaliação das necessidades de qualificação ambiental e saneamento, incluindo os seus impactos ao nível da saúde humana").

A avaliação dos potenciais impactos na saúde humana (questão ambiental prevista no Decreto-Lei n.º 232/2007, de 15 de junho, que estabelece o regime a que fica sujeita a avaliação dos efeitos de determinados planos e programas no ambiente) é feita ainda de forma indireta. Todavia, existem referências a características com influência e efeitos comprovados na saúde e bem-estar da população que estão refletidas nos temas-chave da política estratégica local (quadro 4): i) habitação (e.g. Amadora: "eliminar progressivamente as áreas de habitação degradada"; Lisboa: "qualidade e disponibilidade de habitação"); ii) ambiente físico (e.g. Lisboa: "qualidade do ambiente urbano", "combate às alterações climáticas"; Oeiras: "prevenir e mitigar a ocorrência de riscos", "qualidade ambiental"; Mafra: "alterações climáticas"; Oeiras: "prevenir os riscos naturais"); iii) ambiente construído (e.g. Amadora: "requalificar o espaço urbano consolidado", "criar uma rede concelhia de espaços verdes para recreio e lazer", "compatibilizar o ritmo de crescimento urbano e as necessidades em equipamentos, serviços e infraestruturas"; Lisboa: "revitalização do espaço público"; Oeiras: "aumentar a capitação de espaços verdes de utilização coletiva", "estruturação, revitalização dos espaços urbanos", "melhor dotação territorial de equipamentos de suporte ao desenvolvimento social"); iv) mobilidade (e.g. Amadora: "asse-

gurar uma boa conexão entre as diversas áreas (bairros) e os interfaces de transporte"; Lisboa: "proximidade funcional e a complementaridade dos sistemas de transportes"; Oeiras: "melhorar a condição de mobilidade intra-concelhia e da gestão inter-modal"; v) emprego (e.g. Amadora: "criar condições favoráveis à constituição de uma estrutura de serviços pessoais e económicos"; Lisboa: "atratividade empresarial"; Mafra: "desenvolvimento sócio-económico"; Oeiras: "manter ou aumentar a atratividade do concelho para a instalação de empresas de serviços"); vi) coesão social e capital social (e.g. Lisboa: "facilidade de integração social", "participação e envolvimento de agentes assente numa cultura de proximidade aos munícipes"; Mafra: "coesão sócio-territorial e vitalidade social e cultural"; Oeiras: "identificação e sentido de pertença dos munícipes", "aumento do envolvimento, participação dos cidadãos", "criar condições de apoio às populações em situação de exclusão social").

A atuação dos municípios na diminuição das desigualdades em saúde, a nível local, é complementada pelos documentos de natureza orientadora (Planos de Desenvolvimento Social, Planos de Desenvolvimento em Saúde e Planos Locais de Saúde) onde são identificadas áreas prioritárias e definidas estratégias de intervenção (quadro 5). Em geral, todos os municípios identificaram áreas prioritárias de ação, em concordância com as estratégias definidas nos mesmos planos. O município de Mafra apresenta um menor grau de concordância face aos restantes, não estando vertida nesses documentos a diminuição das desigualdades em saúde. Um dos motivos poderá estar relacionado com o facto de não integrar a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. Os municípios de Amadora, Lisboa e Oeiras integram a rede (municípios fundadores, em 1997) há vários anos e, por isso, apresentam vantagem no trabalho desenvolvido na promoção da saúde da população, nomeadamente no estabelecimento de parcerias e a articulação em rede.

De facto, da análise dos instrumentos para o desenvolvimento de políticas promotoras da saúde a nível local pode concluir-se a necessidade de articulação entre níveis de gestão territorial (nacio-

nal, regional e local), respetivos instrumentos de ação, e sectores de atuação (e.g. ambiente, economia, educação). Em 2010, o projeto PROCAPS (Projeto de Capacitação em Promoção em Saúde) revelou que apesar de todas as autarquias em estudo (89/308) considerarem importante ou muito importante o seu envolvimento nas políticas de promoção da saúde, existia falta de investimento: i) na cooperação, em rede, entre as autarquias, ii) na disseminação e identificação de práticas exemplares, através de processos interativos e iii) no planeamento participado, adequando as respostas às necessidades locais (Loureiro et al., 2010).

Para este cenário de desarticulação política em muito contribuiu o desfasamento no tempo entre o surgimento, por um lado, dos instrumentos de gestão territorial de carácter estratégico (primeiro ao nível local e posteriormente ao nível regional e nacional), e por outro lado, dos instrumentos estratégicos no sector da saúde (figura 2). Por exemplo, as orientações definidas no PNS para a intervenção em saúde a nível local ainda não se traduzem, de forma efetiva, no quadro estratégico de desenvolvimento local estabelecido pelo PDM. Neste sentido, a nova transferência de competências no domínio de funções sociais (Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro) e a terceira geração de PDM constituem uma oportunidade ao nível local para uma abordagem da saúde mais integrada, concertada e estratégica. Este constitui um dos muitos desafios lançados aos governos locais para o alcance de um planeamento saudável efetivo que produza impactos positivos na saúde e bem-estar da população.

### 3.3.2 Domínios de intervenção para potenciais ganhos em saúde

De referir que, no quadro das suas atribuições e competências, os municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras desenvolvem localmente atividades e intervenções sobre as condições (do ambiente social, económico, físico e construído) que afetam a saúde da população. Existe, por isso, uma estreita relação entre o tipo de intervenções que são desenvolvidas e os potenciais ganhos em saúde.

Neste estudo, considerando os municípios em análise, quase metade do total de intervenções locais (41%) são relativas ao “reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social”. Este tipo de intervenções têm como objetivo reduzir as desigualdades sociais, nomeadamente através da melhoria das condições de vida dos grupos populacionais socialmente mais vulneráveis (e.g. indivíduos e famílias carenciadas, pessoas com deficiência, pessoas que vivem sós, sem-abrigo, vítimas de violência doméstica, toxicodependentes, imigrantes) promovendo a sua inserção social. Os grupos vulneráveis apresentam, normalmente, piores indicadores de saúde porque enfrentam múltiplas barreiras, nomeadamente estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas (Santana, 2002b, 2005; PNS, 2012-2016). De acordo com a literatura, as desigualdades em saúde resultam, maioritariamente, da existência de desigualdades sociais, pelo que a sua redução passa pela ação sobre os denominados “determinantes sociais e ambientais da saúde” (Marmot et al., 2008a; Friel et al., 2011). De assinalar que este eixo de ação integra, ainda, intervenções que promovam o acesso à habitação social, pela erradicação de barracas e realojamento da população com carência social e económica, e a habitação a custos controlados. Desde 1976, de acordo com a Constituição da República, que é reconhecida a legitimidade política e autonomia do poder local para, beneficiando da proximidade das populações, assegurar as políticas sociais mais adequadas às necessidades das populações (Constituição da República Portuguesa, 1976). Neste âmbito, durante muitos anos, as políticas sociais de habitação concentraram uma grande fatia do investimento das autarquias, seguidas da melhoria do acesso a infraestruturas básicas, como água potável, saneamento, eletricidade e gás. Na última década, no âmbito da atual conjuntura, os municípios redirecionam a sua intervenção, no domínio das políticas sociais, para o reforço da ação comunitária e inclusão social dos grupos populacionais pobres, discriminados e dependentes.

Em tempos de crise económica e social, o exercício de competências municipais na ação social adquiriu uma importância e necessidade incontornáveis:

para minimizar os efeitos negativos nas condições de vida da população em geral e, principalmente, pela urgência de proteger os grupos mais vulneráveis. Os municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras apresentam, de facto, um aumento do número de intervenções no domínio social, principalmente a partir do período 2007-2009.

Por outro lado, a melhoria do ambiente urbano, físico e construído, sendo uma competência intrínseca às funções dos municípios no âmbito do ordenamento do território, concentra o segundo maior número de intervenções (“criação de ambientes promotores de estilos de vida saudáveis” - 20,5%), no conjunto de municípios em estudo. As intervenções urbanas, nas áreas respeitantes à criação de espaços verdes urbanos, à requalificação, manutenção e limpeza dos espaços públicos e reabilitação do edificado urbano, contribuem para a promoção de ambientes favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis. Neste eixo de ação incluem-se, ainda, ações de promoção de hábitos alimentares saudáveis e realização de atividades de base comunitária que apelam ao envolvimento da população em atividades de exercício físico.

Com uma evolução crescente no número de intervenções, com destaque para os últimos anos (2010-2012 e 2013-2015), figuram os domínios da infância e juventude (“crescer com saúde”) e do envelhecimento (“envelhecimento ativo e saudável”), agregando 19,3% e 15,1% do total de intervenções, respetivamente. A ação local sobre os “determinantes sociais e ambientais da saúde” ao longo do ciclo de vida é, segundo Marmot (2010), central na diminuição das desigualdades em saúde.

Promover a saúde das crianças e jovens, especificamente em matéria de apoio económico à família (e.g. transporte escolar e acesso a material escolar, direcionado a famílias em situação de carência económica), promoção de hábitos alimentares saudáveis, atividade física e desenvolvimento pleno das capacidades intelectuais, culturais e sociais, têm sido objetivos comuns às intervenções realizadas neste domínio nos municípios em estudo.

Por outro lado, o envelhecimento da população é considerado um dos grandes desafios societais, com inúmeras implicações ao nível das políticas públicas (EC, 2015). A oferta de equipamentos, serviços e respostas sociais de ações promotoras do bem-estar físico, psíquico e intelectual e de atividades lúdicas e culturais são exemplos de intervenções dirigidas à população idosa que os municípios em estudo têm desenvolvido, em muitos casos, em parceria com outros agentes locais (e.g. associações e Instituições Particulares de Solidariedade Social). Há mais de dez anos que a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) enunciava as potencialidades ao nível da intervenção política local no desenvolvimento de atividades e projetos que promovem, de forma integrada e intersectorial, o envelhecimento ativo.

O eixo de ação "vida adulta produtiva" é o que apresenta menor número de intervenções locais (4,2%), em todos os municípios em estudo. Este domínio agrega, fundamentalmente, ações de divulgação e medidas de apoio ao emprego. Verifica-se que, no quadro das atribuições e competências das autarquias locais portuguesas (Lei n.º 159/99, de 14 de setembro revogada pela Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro), o emprego surge associado ao domínio do apoio ao desenvolvimento local, tendo o município as competências de "colaborar no apoio a iniciativas locais de emprego e no apoio ao desenvolvimento de atividades de formação profissional" (alíneas c) e d) do artigo 28º). De acordo com o estudo realizado nos quatro municípios, nos últimos anos o número de ações desenvolvidas neste domínio aumentou, nomeadamente a partir do período 2007-2009. Dada a recente conjuntura económica e social, com impactos visíveis no desemprego, as iniciativas locais têm sido desenvolvidas no sentido de apoiar projetos de empreendedorismo (apoio técnico, financeiro), a criação do próprio emprego e ações de formação profissional. Neste âmbito, cabe aos municípios um papel ativo na criação e manutenção do emprego, através da captação de investimento, empresas e apoio aos empresários locais.

### 3.3.3 Avaliação e monitorização de impactos na saúde

Tendo em conta todos os aspetos enunciados anteriormente, e apesar das desigualdades em saúde não estarem ainda de forma clara na agenda de atuação dos municípios, pode afirmar-se que o nível local é o mais adequado para a implementação da saúde nas políticas de planeamento e de intervenção territorial. Os municípios, sendo responsáveis pela maioria das ações e intervenções com potencial impacto na saúde da população, devem integrar mecanismos de avaliação e monitorização dos impactos na saúde da população, no processo de conceção e de implementação.

Os municípios em geral, e os municípios em estudo em particular, têm acesso a referenciais metodológicos e documentos que orientam a avaliação das ações (todos os municípios em estudo pertencem ao Programa Rede Social e 3 pertencem à Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis). No entanto, observa-se, ainda, que não existe a monitorização efetiva dos potenciais impactos na saúde da população. Ou seja, será útil incluir nas áreas de intervenção prioritária (tanto nos instrumentos de gestão territorial como nos de natureza estratégica e orientadora) uma abordagem clara de avaliação, com objetivos, metas e indicadores de resultados, mensuráveis e comparáveis, que permitam avaliar o impacto das ações, adequando, assim, as intervenções (respostas) às necessidades reais da população (Loureiro et al., 2015a). Esta abordagem assume, ainda, mais relevância no atual contexto de crise económico-financeira, em que os recursos públicos se tornam mais escassos e mais procurados, sendo premente a alocação em intervenções mais custo-efetivas. A avaliação de impactos pode, deste modo, capacitar o município na avaliação do seu próprio desempenho e na justificação das ações de resposta aos problemas identificados, legitimando o seu papel junto da população.

A redução das desigualdades em saúde da população obriga à articulação multinível (com os vários níveis de decisão: local, regional, nacional, EU), intersectorial (com os vários sectores com impacto na saúde) e ao envolvimento de outros

agentes locais, *stakeholders* e sociedade civil, não só nos processos de decisão e implementação das ações como na respetiva monitorização.

## 4. Considerações finais

Este estudo, não sendo exaustivo na discussão do papel dos municípios na redução das desigualdades em saúde a nível local, apresenta alguns aspetos que podem orientar futuros trabalhos no âmbito da avaliação dos potenciais impactos das políticas locais na saúde da população portuguesa.

Em primeiro lugar, a promoção da saúde da população ainda não é apresentada, de forma explícita, como tema-chave ou área estratégica nos instrumentos de gestão territorial (e.g. PDM). A contribuir para este facto, podemos apontar duas razões: i) a desarticulação e desfasamento temporal entre o surgimento, por um lado, dos instrumentos de gestão territorial de carácter estratégico (primeiro ao nível local e posteriormente ao nível regional e nacional) e, por outro lado, dos instrumentos estratégicos no sector da saúde (com orientações para a atuação a nível local); ii) a uma visão reducionista e mais direcionada para o planeamento físico-territorial que esteve na base de elaboração dos PDM de 1ª e 2ª geração.

Em segundo lugar, a ação municipal sobre os denominados "determinantes sociais e ambientais da saúde", nomeadamente sobre as condições do ambiente social, físico e construído, é enquadrada sobretudo por instrumentos de carácter orientador e estratégico (e.g. Planos de Desenvolvimento Social, Planos de Desenvolvimento em Saúde) e depende, em muitos casos, da maturidade do município na abordagem holística da saúde e da integração ou não em redes e parcerias (e.g. Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis e Programa Rede Social) que têm em vista a promoção da saúde através da ação intersectorial.

Em terceiro lugar, verificou-se que no âmbito do "reforço da ação comunitária e intersectorial para a inclusão social" os municípios têm tido um papel importante contribuindo, decisivamente,

para ganhos potenciais em saúde. Em todos os municípios em estudo, este é o eixo de ação que concentra maior número de intervenções, com um aumento crescente no tipo e número de atividades nos últimos sete anos. Esta tem sido a resposta dos municípios à crise: necessidade de proteger os grupos mais vulneráveis e diminuir as desigualdades sociais.

Por último, este estudo (baseado apenas na informação disponível das intervenções e nos instrumentos consultados) sugere-nos que os municípios apresentam timidez na utilização de instrumentos de avaliação das ações e intervenções e, principalmente, na monitorização dos respetivos impactos em saúde. A capacitação dos municípios na avaliação do impacto em saúde, adequando, assim, as intervenções (respostas) às necessidades reais da população, assume maior relevância no atual contexto de crise económico-financeira, pela necessidade de alocar recursos em intervenções custo-efetivas. Em paralelo, a legitimação do papel dos municípios na promoção da saúde da população sairá reforçada pela articulação multinível e intersectorial e envolvimento de outros agentes locais (e.g. *stakeholders*, sociedade civil) nos processos de decisão, implementação e monitorização das ações (com potenciais impactos na saúde).

## Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas, e da bolsa de doutoramento SFRH/BD/92369/2013, financiados por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Benedetto Saraceno, Carla Nunes, Graça Cardoso, Joana Lima, João Ferrão, José Caldas de Almeida, Manuela Silva, Maria do Rosário Partidário, Pedro Pita Barros) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto.

Um agradecimento às Câmaras Municipais da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras, Juntas de Freguesia e outras instituições destes concelhos por terem aceite participar no estudo SMAILE. Agradece-se especialmente aos respetivos

vos presidentes, vereadores e técnicos das câmaras municipais referidas acima (Carla Tavares, Cristina Farinha e Ana Moreno (Câmara Municipal da Amadora); Fernando Medina, João Afonso e Teresa Craveiro (Câmara Municipal de Lisboa); Helder Silva e Aldevina Rodrigues (Câmara Municipal de Mafra); e Paulo Vistas, Marlene Rodrigues e Marta Camilo (Câmara Municipal de Oeiras).

## Referências Bibliográficas

Atkinson, S. (1995). Restructuring health care: tracking the decentralization debate. *Progress in Human Geography*, 19(4), 486–503. doi:10.1177/030913259501900403

Bambra, C., Gibson, M., Sowden, a, Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(4), 284–291. doi:10.1136/jech.2008.082743

Bardin, L. (1977). *Análise de Contéudo* (Edições 70, p. 225). Lisboa.

Barton, H., & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252–253. doi:10.1177/1466424006070466

Barton, H., & Grant, M. (2012). Urban planning for healthy cities: a review of the progress of the European healthy cities programme. *Journal Urban Health*, 129–141. doi:10.1007/s11524-011-9649-3

Barton, H., Mitcham, C., & Tsourou, C. (2003). *Healthy Urban Planning in practice: experience of European cities* (p. 58). Copenhagen, Denmark.

Barton, H., Thompson, S., Burgess, S., & Grant, M. (Eds.). (2015). *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being. Shaping a sustainable and healthy future* (p. 618). Devon: Routledge.

Bartram, J., & Cairncross, S. (2010). Hygiene, sanitation, and water: Forgotten foundations of health. *PLoS Medicine*, 7(11), 1–9. doi:10.1371/journal.pmed.1000367

Blumenthal, D. (2011). Is community-based participatory research possible? *American Journal of Preventive Medicine*, 40(3), 386–9. doi:10.1016/j.amepre.2010.11.011

Borrell, C., Palència, L., Pons-Vigués, M., Dell’Olmo, M., Gotsens, M., Morrison, J., & Díez, E. (2011). Socioeconomic Inequalities in Cities of Europe: from evidence to action. In: *Disadvantage, social exclusion and vulnerability*. WHO EURO Social Determinants Review.

Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual Review of Public Health*, 32(3), 1–18.

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(2), 19–31.

Clavier, C., & Leeuw, E. (2013). *Health Promotion and Policy Process* (1st Editio, p. 240). Oxford Press.

Collins, P., & Hayes, M. (2010). The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9(1), 13. doi:10.1186/1475-9276-9-13

Cornwell, E., & Waite, L. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31–48. doi:10.1177/002214650905000103

Curl, A., & Kearns, A. (2015). Can housing improvements cure or prevent the onset of health conditions over time in deprived areas? *BMC Public Health*, 15(1), 1191. doi:10.1186/s12889-015-2524-5

Cutler, D., & Lleras-Muney, A. (2006). Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. *National Bureau of Economic Research*, 37.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health *Background document to WHO – Strategy paper*. Main (p. 67). doi:978-91-85619-18-4

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up - Part 1 and Part 2 (p. 34 e 137).

De Jesus, M., Puleo, E., Shelton, R. C., & Emmons, K. M. (2010). Associations between perceived social environment and neighborhood safety: Health implications. *Health & Place*, 16(5), 1007–1013. doi:10.1016/j.healthplace.2010.06.005

Deguen, S., & Zmirou-Navier, D. (2010). Social inequalities resulting from health risks related to ambient air quality--A European review. *European Journal of Public Health*, 20(5), 27–35. doi:10.1093/eurpub/ckp220

DGS. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 4.2 Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do ciclo de Vida (p. 26). Lisboa.

Ding, D., Gebel, K., Phongsavan, P., Bauman, A. E., & Merom, D. (2014). Driving: a road to unhealthy lifestyles and poor health outcomes. *PLoS One*, 9(6), e94602. doi:10.1371/journal.pone.0094602

Driscoll, A. K., & Bernstein, A. B. (2012). Health and access to care among employed and unemployed adults: United States, 2009-2010. *NCHS Data Brief*, 1–8.

EC (European Commission). (2015). HORIZON 2020 - Work Programme 2016 - 2017.

- Friel, S., Akerman, M., Hancock, T., Kumaresan, J., Marmot, M., Melin, T., & Vlahov, D. (2011). Addressing the social and environmental determinants of urban health equity: evidence for action and a research agenda. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 88(5), 860–74. doi:10.1007/s11524-011-9606-1
- Frumkin, H., Hess, J., Lubet, G., Malilay, J., & McGeehin, M. (2008). Climate change: The public health response. *American Journal of Public Health*, 98(3), 435–445. doi:10.2105/AJPH.2007.119362
- Glouberman, S., & Millar, J. (2003). Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. *American Journal of Public Health*, 93(3), 388–92.
- Hancock, T., & Perkins, F. (1985). The mandala of health: a conceptual model and teaching tool. *Health Education*, 8 – 10.
- Hood, E. (2005). Dwelling Disparities: How Poor Housing Leads to Poor Health. *Environmental Health Perspectives*, 115(5), A310–A317. doi:10.1289/ehp.113-a310
- Hunter, P., MacDonald, A. M., & Carter, R. C. (2010). Water Supply and Health. *PLoS Medicine*, 7(2), 1–9. doi:DOI: 10.1371/journal.pmed.1000361
- Hyypä, M., Mäki, J., Impivaara, O., & Aromaa, A. (2007). Individual-level measures of social capital as predictors of all-cause and cardiovascular mortality: a population-based prospective study of men and women in Finland. *European Journal of Epidemiology*, 22(9), 589–97. doi:10.1007/s10654-007-9153-y
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323–31.
- Kickbush, I., McCann, W., & Sherbon, T. (2008). Adelaide revisited: from healthy public policy to Health In all Policies. *Health Promotion International*, 23(1).
- Kinney, P. (2008). Climate Change, Air Quality, and Human Health. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(5), 459–467. doi:10.1016/j.amepre.2008.08.025
- Koivusalo, M., Wyss, K., & Santana, P. (2007). Effects of decentralization recentralization and privatization on equity dimensions of health systems. In R. B. Saltman, V. Bankauskaite, & K. Vrangbaek (Eds.), *Decentralization in Health Care* (European O, pp. 189–205). Berkshire: Open University Press.
- Kulik, M., Menvielle, G., Eikemo, T., Bopp, M., Jasilionis, D., Kulhánová, I., Leinsalu M., Martikainen P., Östergren O., Mackenbach, J. P. (2014). Educational inequalities in three smoking-related causes of death in 18 European populations. *Nicotine and Tobacco Research*, 16(5), 507–518. doi:10.1093/ntr/ntt175
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Vasa (p. 76). doi:H31-1374
- Lee, C., & Maheswaran, R. (2011). The health benefits of urban green spaces: A review of the evidence. *Journal of Public Health*, 33(2), 212–222. doi:10.1093/pubmed/fdq068
- Loureiro, A., Lima, J., Partidário, M. do R., & Santana, P. (2015a). Condicionantes da saúde mental e os instrumentos de avaliação de impactos. In P. Santana (Ed.), *Território e Saúde Mental em tempos de crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Loureiro, A., Silva, M., Almendra, R., & Santana, P. (2015b). Saúde mental e território: vulnerabilidades ambientais nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras. In P. Santana (Ed.), *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Loureiro, I., Gomes, J., Dias, L., & Santos, M. J. H. (2010). *A investigação participada de base comunitária na construção da saúde: Projecto de Capacitação em Promoção da Saúde* (PROCAPS): resultados de um estudo exploratório (p. 83). Lisboa.
- Loureiro, I., Miranda, N., & Pereira Miguel, J. M. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 23–31. doi:10.1016/j.rpsp.2013.03.001
- Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G., & Wolfson, M. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 5–99. doi:10.2307/4149076
- Lynch, J., Smith, G., Kaplan, G., & House, J. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(3243), 1200–1204. doi:10.1136/bmj.320.7243.1200
- Macintyre, S., Ellaway, A., Hiscock, R., Kearns, A., Der, G., & Mackay, L. (2003). What features of the home and the area might help to explain observed relationships between housing tenure and health? Evidence from the west of Scotland. *Health & Place*, 9(3), 207–218.
- Mackenbach, J. P. (2002). Income inequality and population health. *BMJ*, 324, 1–2. doi:10.1136/bmj.324.7328.1
- Mackenbach, J., & Whitehead, M. (2015). DEMETRIQ Developing methodologies to reduce inequalities in the determinants of health.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153–63. doi:10.1016/S0140-6736(07)61385-3

- Marmot, M. (2010). Fair society, Healthy lives: The Marmot Review: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010, London: *The Marmot Review*.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, S., Houweling, T., & Taylor, S. (2008). Close the gap in a generation: Health equity through action on the social determinant of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- Moore, M., Gould, P., & Keary, B. (2003). Global urbanization and impact on health. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 206(4), 269-278.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, Á., Rodríguez-Sanz, M., Vergés, M., Pasarín, M. I. (2006). Politics and health outcomes. *The Lancet*, 368(9540), 1033–1037. doi:10.1016/S0140-6736(06)69341-0
- Nowacki, J., Martuzzi, M., & Fischer, T. (2009). *Health and strategic environmental assessment* (p. 90). Roma.
- Partidário, M. do R. (2012). *Guia de melhores práticas para Avaliação Ambiental Estratégica - orientações metodológicas para um pensamento estratégico em AAE* (p. 75). Lisboa.
- PNS (2012-2016). (n.d.). Plano Nacional de Saúde. Lisboa.
- Price, C., & Tsouros, A. (1996). *Our cities, our future: Policies and Action plans for Health and sustainable development*. WHO Healthy Cities Project Office.
- Robertson, G. (2015). Ageing: the silver lining. The opportunities and challenges of an ageing society for local government. (p. 76). United Kingdom.
- Sallis, J., Floyd, M., Rodríguez, D., & Saelens, B. (2012). Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*, 125, 729–737. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.969022
- Santana, P. (2002). Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Social Science & Medicine*, 55(1), 33–45. doi:10.1016/S0277-9536(01)00218-0
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento - Evolução e Tendências em Portugal* (p. 342). Coimbra: Almedina.
- Santana, P. (2014a). A Saúde dos Portugueses. In J. Simões & A. C. de Campos (Eds.), 40 Anos de Abril na Saúde (Editora Al, pp. 69–92). Coimbra: Editora Almedina.
- Santana, P. (2014b). Introdução à Geografia da Saúde. *Território, Saúde e Bem-estar* (p. 192). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Santana, P. (Coord.). (2015). *A Geografia da Saúde da População. Evolução nos últimos 20 anos em Portugal Continental* (p. 191). Coimbra: Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território, Universidade de Coimbra.
- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, 35, 85–94. doi:10.1016/j.healthplace.2015.07.001
- Santana, P., Santos, R., & Nogueira, H. (2009). The link between local environment and obesity: a multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *Social Science & Medicine*, 68, 601–609. doi:10.1016/j.socscimed.2008.11.033
- Santana, P., Vaz, A., & Fachada, M. (2002). O Estado de Saúde dos Portugueses. Uma perspectiva espacial. *Revista de Estudos Demográficos*, 5–28.
- Simões, J. (2007). Construindo a Cidade Saudável. In P. Santana (Ed.), *A Cidade e a Saúde* (Editora Al, pp. 39–47). Coimbra: Editora Almedina.
- Smith, D., Cummins, S., Taylor, M., Dawson, J., Marshall, D., Sparks, L., & Anderson, A. (2010). Neighbourhood food environment and area deprivation: Spatial accessibility to grocery stores selling fresh fruit and vegetables in urban and rural settings. *International Journal of Epidemiology*, 39(1), 277–284. doi:10.1093/ije/dyp221
- Stuckler, D., & Basu, S. (2013). *The Body Economic: Why Austerity Kills*. The New York Times. The New York Times.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Kluge, H. (2014). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy* (p. 44). Copenhagen, Denmark.
- Tsouros, A. (1995). The WHO healthy cities project: state of the art and future plans. *Health Promotion International*, 10(2), 133–141.
- WHO. (1978). *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata. Alma-Ata.
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa.
- WHO. (1997). *City planning for health and sustainable development* (p. 113). Copenhagen, Denmark.
- WHO. (2001). *A working tool on City health development planning. Concept, process, structure, and content*.
- WHO. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*.
- WHO. (2004). *A Glossary of terms for Community Health Care and Services for Older Persons* (p. 109). Japan.
- WHO. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes* (p. 298).

WHO. (2011a). *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Baku, Azerbaijan.

WHO. (2011b). *Impact of economic crises on mental health* (p. 23). Copenhagen.

WHO. (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhagen.

WHO-CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva.

Wilson, K., Eyles, J., Ellaway, A., Macintyre, S., & Macdonald, L. (2010). Health status and health behaviours in neighbourhoods: a comparison of Glasgow, Scotland and Hamilton, Canada. *Health & Place*, 16(2), 331–8. doi:10.1016/j.healthplace.2009.11.001

## Páginas web:

<http://www.cm-amadora.pt/> (consultada entre maio e setembro de 2015)

<http://www.cm-oeiras.pt/> (consultada entre maio e setembro de 2015)

<http://www.cm-lisboa.pt/> (consultada entre maio e setembro de 2015)

<http://www.cm-mafra.pt/> (consultada entre maio e setembro de 2015)

## Legislação:

Decreto-Lei 208/82 de 26 de maio (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro (consultado entre maio e setembro de 2015)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de novembro (consultada entre maio e setembro de 2015)

Diário da República, III Série, n.º 5, de 7 de janeiro de 1998 - Estatutos da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 48/98 de 11 de agosto (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei 159/99 de 14 de setembro (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei 380/99 de 22 de setembro (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 232/2007, de 15 de junho (consultado entre maio e setembro de 2015)

Resolução de Conselho de Ministros n.º 109/2007, de 20 de agosto (consultada entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 31/2014, de 30 de maio (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 80/2015, de 14 de maio (consultado entre maio e setembro de 2015)

Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro (consultado entre maio e setembro de 2015)

Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro (consultada entre maio e setembro de 2015)"