

Plano Municipal de Saúde

2022-2024

Saúde, um Compromisso de Todos



Ficha Técnica

Título | Saúde, um Compromisso de Todos - Plano Municipal de Saúde do Porto, 2022-2024

Coordenação | Pelouro da Saúde e Qualidade de Vida, Juventude e Desporto | Câmara Municipal do Porto (CMP)

Consultoria Científica | Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP)

Edição | Departamento Municipal de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida e Juventude | Divisão da Promoção da Saúde

Equipa Técnica |

Maria Amélia Moreira (ACeS Porto Ocidental)
Marta Guerreiro (ACeS Porto Ocidental)
Sónia Almeida (ACeS Porto Ocidental)
Delfina Antunes (ACeS Porto Ocidental)
Ana Sottomayor (ACeS Porto Oriental)
Olga Monteiro (ACeS Porto Oriental)
Patrícia Andrade (ACeS Porto Oriental)
Eduarda Ferreira (ACeS Porto Oriental)
Anna Muralova (ISPUP)
Elisabete Ramos (ISPUP)
Henrique Barros (ISPUP)
Teresa Fonseca Gonçalves (CMP)
Teresa Rodrigues (CMP)
Vânia Lima Bastos (CMP)
Sílvia Cunha (CMP)

Na elaboração do Plano de Ação 2022-2024 estiveram envolvidas, além dos ACeS Porto Ocidental e Oriental, do ISPUP e da CMP, um conjunto alargado de entidades que integram o Conselho Local de Ação Social do Porto, identificadas no capítulo V. deste documento.

Data | Dezembro 2022

Plano Municipal de Saúde

2022-2024

Saúde, um Compromisso de Todos



Prefácio

As autarquias são atores chave na promoção da qualidade de vida e do bem-estar da população, assumindo a saúde um papel preponderante nesta matéria. A saúde deve, assim, ser prioridade de todos.

Desde o primeiro mandato, com a criação de uma divisão municipal exclusivamente dedicada à promoção da saúde, temos vindo a assumir a vontade de incluir a saúde no centro das políticas autárquicas. A criação do Pelouro da Saúde e Qualidade de Vida, Juventude e Desporto, resulta de uma reflexão sobre o período que vivemos e dos desafios que se avizinham, reforçando e aprofundando esta vontade política de um envolvimento, cada vez mais sólido e sustentado, no sentido de um planeamento e atuação eficazes, mas, acima de tudo, eficientes.

Ao nível local, incluímos a saúde nas nossas políticas envolvendo todos os atores relevantes no planeamento, baseado em parcerias e potenciação de sinergias. Atendendo à transversalidade da saúde, direcionamos as nossas abordagens aos seus determinantes, implementando políticas de desenvolvimento urbano que abordem os direitos individuais, construam capital social, sejam inclusivas, reduzam desigualdades no território e promovam uma utilização sustentável dos recursos.

Promover saúde implica estabelecer acordos de âmbito político e social, no sentido da criação de estratégias de promoção da cidadania, superando práticas pontuais e fragmentadas, e evoluindo no sentido da promoção de ações intersectoriais, através de mecanismos de coresponsabilização entre diferentes atores e com a comunidade, garantindo a efetividade e a sustentabilidade das propostas nesta matéria.

É fundamental reorientar os serviços para a equidade, assegurando um acesso justo aos serviços e contribuindo para a maximização da acessibilidade. Queremos que a nossa atuação contribua para promover os níveis de literacia em saúde da população, aumentando a autonomia dos indivíduos e das comunidades e melhorando a qualidade de vida e o bem-estar.

Sabemos que é nosso dever dar resposta às expectativas dos cidadãos. Dessa forma, decidiremos sempre em função das necessidades das pessoas, porque elas estão no centro da nossa ação política. Foi esse o nosso compromisso e é precisamente isso que significa o trabalho que apresentamos e que nos orienta.

Num período em que cada vez mais competências e responsabilidades, na área da saúde, são atribuídas às Câmaras Municipais, a Autarquia tem um papel preponderante na definição das estratégias de promoção da saúde e de prevenção da doença a implementar no seu território.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde assume particular relevância pelo seu carácter participado, agregador e orientador para a ação. Em conjunto com atores locais, nossos parceiros-chave, queremos implementar renovados modelos de intervenção e capacitação, com vista ao cumprimento de objetivos comuns, na construção de uma cidade saudável, inclusiva, resiliente, inovadora e sustentável.

Rui Moreira
Presidente da Câmara Municipal do Porto



Nota Introdutória

A aposta na saúde assenta na garantia da qualidade de vida da população e deve passar pela facilitação do acesso à saúde, pela prestação de cuidados de saúde, pelo estímulo à produção de conhecimento científico e também pela capacitação das pessoas. Os dados e os relatórios de organismos nacionais e internacionais são claros: é na atuação a montante, ou seja, na promoção da saúde e na prevenção da doença que devemos apostar de forma estratégica, se queremos assegurar a qualidade de vida dos cidadãos. E devemos fazê-lo de uma forma transversal a todas as gerações. Assegurar as melhores condições no sentido da promoção da saúde das populações será certamente mais eficaz do que recuperar a saúde perdida.

O Plano Municipal de Saúde do Porto é um documento de gestão que permite identificar e reconhecer as necessidades em saúde e as vulnerabilidades dos diferentes grupos deste território. Potencia a inovação, a dinamização de sinergias territoriais, a articulação de organizações e ações e o envolvimento da comunidade. Assenta, necessariamente, num planeamento e atuação eficazes com carácter intersectorial e integrador, reflexo de uma abordagem mais vasta dos determinantes da saúde, numa perspetiva holística da saúde física, mental, social e do bem-estar.

Tal como em outras matérias, não queremos atuar sozinhos ou isolados, pois entendemos que o trabalho em parceria é uma base sustentada para a resolução partilhada de problemas comuns. Só com comunidades envolvidas, como um todo e no seu contexto, orientadas nas ações para os principais determinantes da saúde, poderemos obter efetivos resultados e sucessos em matéria de saúde e qualidade de vida. O Porto tem sido pioneiro e inovador, na medida em que a criação do Plano Municipal de Saúde, desde a primeira hora, envolveu todos: cidadão e entidades, numa plataforma de diálogo e planeamento coletivo e intersectorial, contando com os contributos de mais de 130 entidades das mais diversas áreas de atuação na cidade. Neste sentido, a definição das áreas de intervenção e das metas a alcançar são a interpretação local das agendas globais e nacionais, respondendo a prioridades já identificadas, nomeadamente no Perfil Local de Saúde, e às particularidades da realidade territorial - necessidades sentidas, potencialidades, recursos, cultura e geografia. É nesta complexidade de níveis de intervenção e intervenientes, circunstâncias e responsabilidades, que a Câmara do Porto, com um conjunto relevante de atores chave, se propõe operacionalizar estratégias de desenvolvimento sustentável no domínio da promoção da saúde e prevenção da doença. Combinando abordagens e metodologias diversas e complementares desenvolver-se-á trabalho em torno de quatro eixos estratégicos de intervenção, previamente validados pelos diferentes intervenientes no processo: “Crescer e Envelhecer no Porto”, “Bem-estar emocional, psicológico e social”; “Alimentação Equilibrada” e “Consumos”. Acreditamos que uma intervenção local colaborativa, a partir de uma visão partilhada da saúde, é capaz de produzir mudanças estruturais sustentáveis, pelo que é nossa convicção que o Plano Municipal de Saúde do Porto constitui um passo decisivo nesse sentido.

O trabalho intenso e exigente, e a dedicação de todos os que trabalharam neste Plano contribuiu, definitivamente, para a construção deste importante documento estratégico e podemos afirmar que todos ganhamos com a sua concretização: a cidade, os munícipes e os profissionais e parceiros envolvidos que, tenho a certeza, continuam motivados para a fase seguinte, a da implementação e acompanhamento da execução deste Plano, pois continuaremos a contar com todos para os próximos desafios. Concretizar a estratégia “saúde em todas as políticas” é investir no desenvolvimento humano e económico, pelo que é nosso desígnio abordar a Saúde, enquanto compromisso de e com Todos!

Catarina Araújo

Vereadora do Pelouro da Saúde e Qualidade de Vida, Juventude e Desporto
e Pelouro dos Recursos Humanos, Serviços Jurídicos e Proteção Civil



Nota Metodológica

A saúde de uma população é o resultado de um equilíbrio delicado entre fatores biológicos e sociais, características do ambiente e da cultura, com raízes fundas em comportamentos que têm uma dimensão de escolha pessoal, mas são sobretudo moldados pelas oportunidades que cada tempo e cada lugar sabem proporcionar. Por isso, planejar a saúde de um município é o modo mais seguro de definir um futuro que pode, por antecipação, ser imaginado e concretizado como mais seguro, mais acolhedor, numa palavra: mais saudável.

Há, evidentemente, muito de novo na ideia de orientar a saúde das cidades através de um plano dirigido pela vontade dos que são responsáveis perante os cidadãos que os elegem. Aos “técnicos” cabe encontrar as soluções para transformar o desenho numa obra sólida. É que demorou algum tempo a aceitá-lo, mas hoje sabemos que os determinantes fundamentais da saúde são as condições sociais, os interesses comerciais e, finalmente, a política. Assim, o plano municipal de saúde do Porto, tanto quanto a atenção que prestou ao que há muito se sabe serem as causas principais de morte olhou especialmente para o que pode ser modificado na organização dos espaços, na oferta de oportunidades para escolhas mais saudáveis, no reconhecimento das vulnerabilidades e na prevenção dos fatores de risco que mais influenciam a qualidade de vida, a probabilidade de adoecer ou de ter que recorrer a cuidados de saúde, ou então de morrer prematuramente. Essa cidade, agora planeada, precisa de muito mais que dos seus profissionais diretamente ligados aos cuidados de saúde tendo que integrar todos aqueles que, na diversidade das suas profissões e responsabilidades, contribuem para o edifício da saúde pública.

Sendo nas cidades que a maioria da população vive e que nelas se expressam todas as dimensões da diversidade, muito para além do risco de adoecer, este plano construiu-se aceitando o desafio de bordar consensos, abrir artérias por onde possa circular o que é inesperado, dando voz aos que menos se sabem fazer ouvir. O plano municipal de saúde do Porto traduziu a saúde enquanto um valor e um direito humano central através de um longo e intenso trabalho de auscultação atenta e participação dos cidadãos e das mais diversas partes interessadas, constituindo uma tela onde se imagina uma cidade que venha a usufruir do maior bem-estar, onde as decisões dirigidas às várias políticas sectoriais se cruzam com a saúde, potenciando o efeito dos muitos planos que se desenvolvem em várias áreas da organização da cidade com a finalidade de responder aos problemas sociais, económicos, de transportes, de habitação. Este plano tem em fundo a vontade de colocar a saúde em todas as políticas municipais.

Do desenho inicial do plano, em que se colocam horizontes e objetivos quantificáveis, até à implementação das medidas que o traduzem enquanto ações práticas, indutoras de mudanças, o plano de saúde constrói-se obedecendo a regras, mas sobretudo a escolhas de sociedade que definem a saúde pública. Finalmente, um plano é sempre um exercício de transitoriedade, aceita portanto ser avaliado e integra essa vontade de se refazer em melhor, ajudando a vida de cada pessoa e aumentando o capital de saúde de que enquanto comunidade precisamos para repartir e que fica expresso em mais anos e melhores anos de vida. É o plano de uma cidade que há muito deixou de ser o que há um século Ricardo Jorge chamou uma “cidade cemiteral” para ser um espaço de liderança em saúde.

Henrique Barros

Presidente do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto



Índice

Ficha Técnica	4
Prefácio	6
Nota Introdutória	8
Nota Metodológica	10
I. Onde estamos?	14
1. Caracterização geral do concelho	15
2. Recursos existentes	33
II. Quem somos?	60
1. Dados Demográficos	61
2. Dados Socioeconómicos	73
3. Grupos Sociais Vulneráveis	81
III. Que saúde temos?	90
1. Mortalidade	91
2. Morbilidade	105
3. Vacinação	126
4. Rastreamentos de Base Populacional	127
5. Determinantes da Saúde	131
IV. Para onde vamos?	142
1. Estratégia de elaboração do Plano Municipal de Saúde	148
2. Construção Participada do Plano Municipal de Saúde	151
3. Implementação, Monitorização e Avaliação do Plano de Ação	171
V. Plano de Ação do PMS do Porto (2022 – 2024)	180
VI. Bibliografia	230
Lista de Figuras	239
Siglas e acrónimos	242

1. Caracterização geral do concelho

A cidade do Porto localiza-se no litoral norte de Portugal e é a cidade-polo da área metropolitana do Porto. Os seus 41,4 km² correspondem a 2,02% de toda a área metropolitana, 0,19% da região norte e 0,04% do território nacional (Figura 1). É um município composto por 7 freguesias e uniões de freguesias (freguesia do Bonfim, freguesia de Campanhã, freguesia de Paranhos, freguesia de Ramalde, união das freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde, união das freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória e união das freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos).

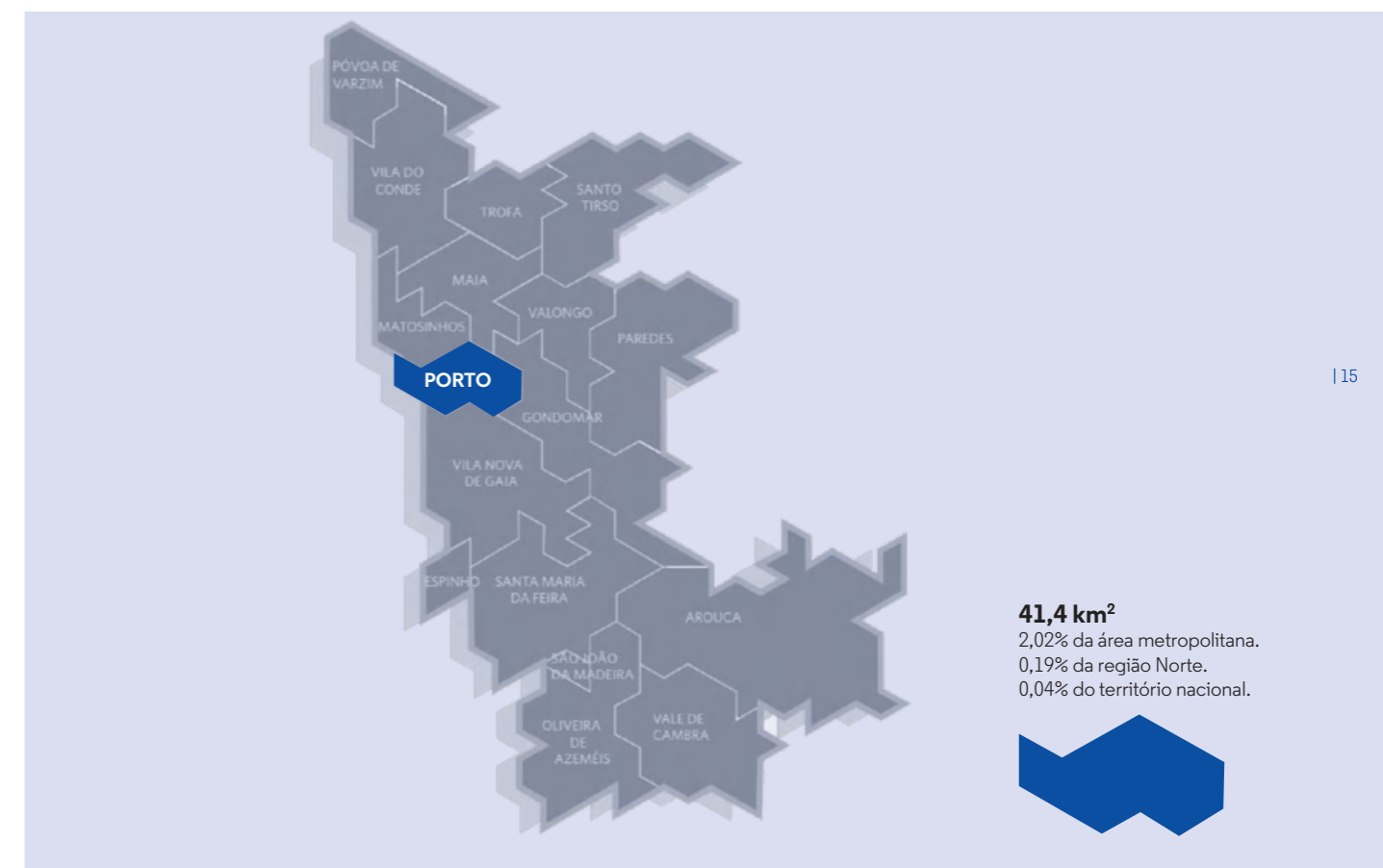


Figura 1. Área Metropolitana do Porto

Fonte: Portal da Área Metropolitana do Porto

Em termos de Geomorfologia, a cidade assenta numa série de colinas coroadas de planaltos, de maior altitude a nordeste, baixando suavemente em direção ao oceano e à Foz do Douro. Possui uma frente marítima relativamente plana ou de transição suave até à zona da Boavista. A parte mais alta da cidade situa-se no Monte Aventino e as zonas de maior instabilidade geomorfológica localizam-se sobretudo nas vertentes sobranceiras ao Rio Douro (Ouro, Fonte das Virtudes e Fontainhas).

I. Onde estamos?

1. Caracterização geral do concelho
2. Recursos existentes

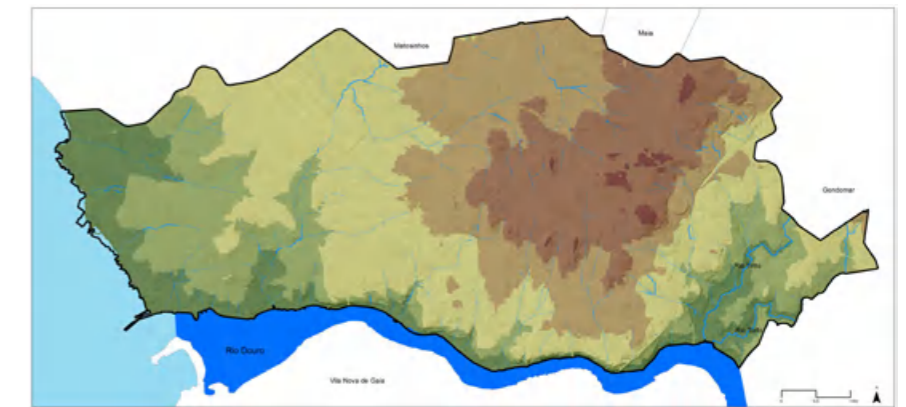
Uma cidade com as características das do Porto torna-se difícil de caracterizar morfologicamente, pois, se por um lado, não são evidentes formas de relevo significativas, por outro, a ocupação do solo corresponde a uma área intensamente preenchida, na qual as características naturais foram fortemente alteradas pela ação do homem.

A **Qualidade do Solo** é também um atributo difícil de avaliar, já que 75% da área está impermeabilizada. No entanto, a indicação do risco potencial de contaminação do solo para a saúde humana, baseada em 5 metais pesados, dá indicação de maior risco de contaminação na zona central, bem como em áreas pontuais das zonas oriental e ocidental.



A **Rede Hidrográfica** da cidade tem uma elevada densidade de cursos de água que, na maioria, estão entubados artificialmente, aflorando, pontualmente, à superfície. As maiores bacias hidrográficas na cidade são as ribeiras da Granja (10 km², dentro dos limites da cidade), que atravessam as freguesias de Ramalde e Lordelo do Ouro, bem como o rio Tinto (7,5 km², dentro dos limites da cidade), que atravessa a freguesia de Campanhã. É, todavia, o rio Douro o mais importante curso de água na cidade, delimitando o concelho (Figuras 2 e 3). Existem ainda 16 linhas de água (rios e ribeiras) com uma extensão de 85 km e 4 zonas balneares, com cerca de 4 km. A cidade do Porto, devido à intensa impermeabilização do solo, à topografia e ao regime de precipitação, reúne condições favoráveis à ocorrência de inundações que podem ser de dois tipos: rápidas, resultado de precipitação intensa, num curto espaço de tempo (ex. cheia rápida em janeiro de 2016 em Campanhã) e progressivas, que acontecem no rio Douro resultado de chuvas prolongadas e associadas às descargas das barragens (ex. grandes cheias de 1909, 1962, 1989, 2001 e 2019). Estas últimas afetam sobretudo áreas de urbanização no centro, zona fortemente impermeabilizada com poucos espaços verdes favoráveis à infiltração de água. A frente marítima da cidade também sofre inundações por galgamentos marítimos, sendo as zonas mais afetadas as Praias de Gondarém, da Luz, do Carneiro e das Pastoras.

Altitude (m)
 < 30
 31 - 60
 61 - 90
 91 - 120
 121 - 150
 > 151



— Linha de água (traçado natural)
 — Linha de água a céu aberto
 — Rios Tinto e Douro
 — Rio Douro

Figura 2. Geomorfologia e Rede Hidrográfica do Porto
 Fonte: Revisão do Plano Diretor Municipal, CMP, 2018



Figura 3. Os rios e ribeiras no Município do Porto
 Fonte: Águas e Energia do Porto, E.M.

A gestão do **Ciclo Urbano da Água** da cidade (distribuição, drenagem das águas residuais domésticas e pluviais, gestão das ribeiras e praias e tratamento de águas residuais) é da responsabilidade da empresa municipal (E.M.) Águas e Energia do Porto, que assegura um serviço de água potável com uma taxa de cobertura de 100%, em 99,7% dos casos classificada como de excelente qualidade. Existem 2 Estações de Tratamento de Águas Residuais na cidade, a do Freixo e a de Sobreiras. De acordo com a Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos, no ano de 2021, o cumprimento das licenças de descarga por parte das Águas e Energia do Porto, E.M. atingiram os 100%. Existem, na cidade, diversas fontes e chafarizes, elementos associados de forma muito positiva à qualidade do ambiente urbano. Existem também vários bebedouros nos circuitos pedonais e cicláveis da cidade.



Na cidade existem quatro **Zonas Balneares**, constituídas por um total de dez praias de mar: a Zona Balnear do Castelo do Queijo (Praia do Castelo do Queijo), a Zona Balnear do Homem do Leme (Praia do Homem do Leme e Praia do Aquário), a Zona Balnear de Gondarém (Praias do Molhe e de Gondarém) e a Zona Balnear da Foz (Praias da Luz, dos Ingleses, do Ourigo, do Carneiro e das Pastoras), cuja qualidade da água tem vindo a melhorar significativamente nos últimos anos (Figura 4). Toda a frente marítima, entre a Praia do Homem do Leme e a Praia das Pastoras, ostenta o galardão “Bandeira Azul” (certificado de qualidade ambiental que implica o cumprimento de diversos critérios nas áreas de educação ambiental e informação, gestão e segurança, qualidade da água e meio costeiro). A Quercus atribuiu a “Qualidade de Ouro” (atribuída às praias do país cujas águas balneares apresentem os melhores resultados em termos de qualidade) às praias do Homem do Leme, de Gondarém e da Foz. A praia do Homem do Leme exhibe, desde 2008, a bandeira “Praia Acessível para Todos”, assim como a Praia do Carneiro.

Designação água Balnear	Praia de Banhos*	Qualidade da Água Balnear												
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Castelo do Queijo	Castelo do Queijo	★	★	■	★	★	★★	★★	★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★
Foz	Luz; Ingleses; Ourigo; Carneiros; Pastoras	★★	★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★
Gondarém	Molhe; Gondarem	★★	★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★
Homem do Leme	Homem do Leme	★★	★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★	★★★

Legenda:
 Qualidade da Água Balnear: ★★★ Excelente; ★★ Boa; ★ Aceitável; ■ Má

* São qualificadas como praias de banhos ao abrigo da portaria n.º 141/2019, de 14 de maio, as praias marítimas e as praias de águas fluviais e lacustres, onde se encontra assegurada a vigilância a banhistas.

Figura 4. Histórico da qualidade das águas balneares
 Fonte: Águas e Energia do Porto, E.M.

O Porto tem um **Clima** moderado, com uma humidade na maioria dos dias muito elevada (> 70%), sendo frequentes os nevoeiros junto ao litoral e aos cursos de água. A temperatura nos últimos 108 anos evidencia uma tendência de aumento. A época mais chuvosa ocorre entre outubro e dezembro, embora exista registo de pluviosidade ao longo das diferentes épocas do ano. O vento mais predominante é o de noroeste. A percentagem de dias associados a desconforto térmico devido ao frio (47%) é superior à associada ao calor (31%), apesar das percentagens de dias relatados como extremamente frios e de dias relatados como extremamente quentes ser semelhante (≤ 1%) (Figura 5). A probabilidade de risco de ocorrência de calor extremo no Verão é semelhante em praticamente toda a cidade. A probabilidade de ocorrência de frio extremo é maior nas zonas oriental e sul da cidade. Nos últimos 40 anos verificou-se que os dias de verão (com temperatura acima de 25°C) foram frequentes entre junho, julho e setembro e muito frequentes em agosto, sendo em julho e agosto que se regista maior exposição solar (328 h e 300 h, respetivamente). Os dias com temperatura mínima (entre 2°C e 7°C) são frequentes em novembro, dezembro, março e abril e muito frequentes em janeiro e fevereiro, sendo em dezembro e janeiro que se regista menor exposição solar (129 h e 126 h, respetivamente) (Figura 6).

201

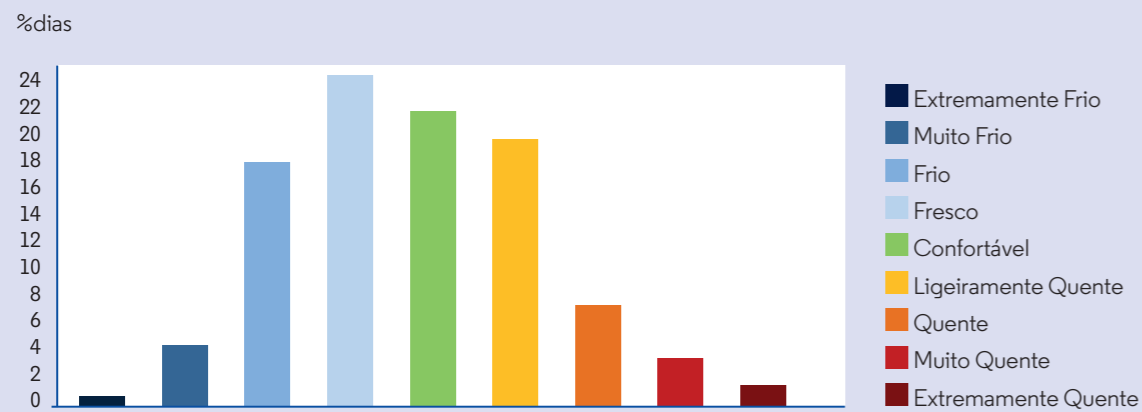


Figura 5. Conforto bioclimático no Porto estimado (2002-2007)
 Fonte: Plano Diretor Municipal, CMP, 2021

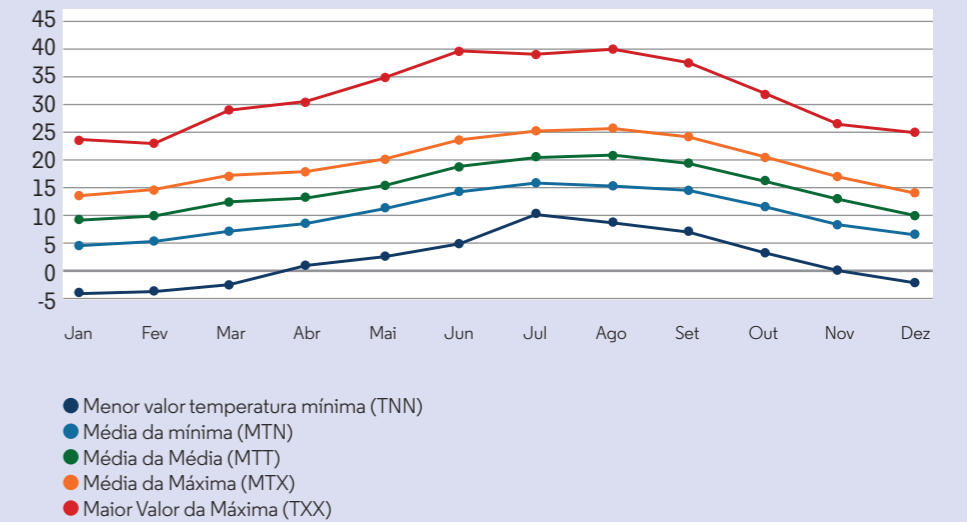


Figura 6. Temperatura do ar, normais climatológicas, Porto (Serra do Pilar), 1981 - 2010
 Fonte: Revisão do Plano Diretor Municipal, CMP, 2018

O Plano de **Qualidade do Ar** da região norte NO2 (2011) concluiu que é no município do Porto que se registam os maiores valores associados às emissões do setor da combustão industrial e residencial, bem como de tráfego rodoviário. As áreas da cidade em que existe uma maior probabilidade de degradação da qualidade do ar correspondem ao eixo Noroeste, que vai desde as freguesias do Centro Histórico até Aldoar. O conhecimento destas localizações será uma componente importante para integração na avaliação multidimensional das condições socioambientais da população que aí reside ou trabalha/estuda, já que estará mais exposta.

121

No entanto, entre 2000 e 2014, de acordo com as estações de medição da cidade, valores de concentração de partículas < 10 µm, acima de 400 µm/ m³ apenas se verificaram entre 2001 e 2005, com melhorias registadas desde 2001 (Figura 7).

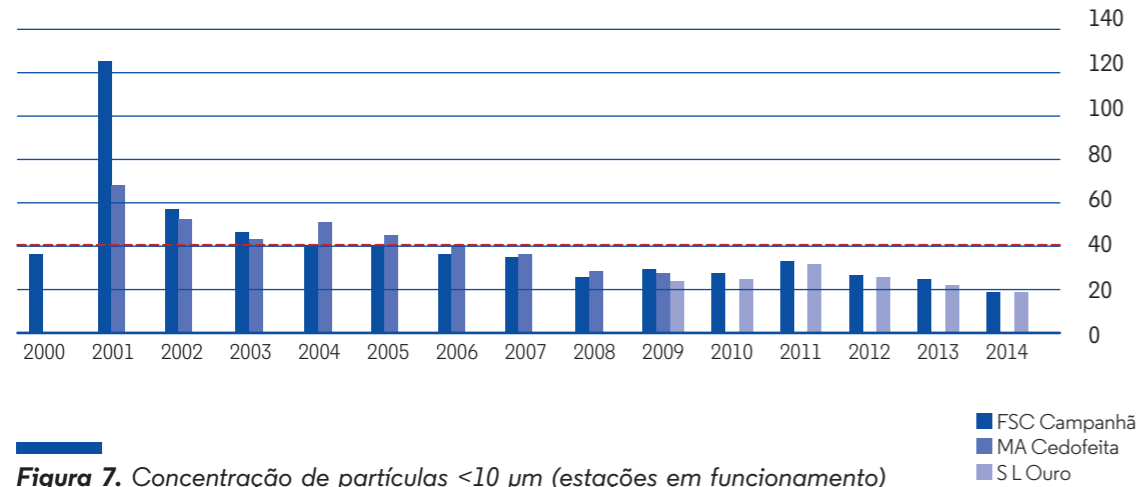


Figura 7. Concentração de partículas <10 µm (estações em funcionamento) 2000 - 2014

Fonte: Revisão do Plano Diretor Municipal, CMP, 2018

De forma a ter uma perceção do estado da qualidade do ar num período de tempo mais curto do que os dados validados (superior a 12 meses), existe um parâmetro de avaliação diária e de fácil perceção, acessível à população em geral - o Índice da qualidade do ar (IQar) - que se traduz numa classificação diária do estado da qualidade do ar, a partir dos valores médios de concentração dos vários poluentes e varia de Muito Bom a Mau, sendo apresentado por cores.

Em 2019, registaram-se 299 dias compatíveis com índice bom ou muito bom de qualidade do ar (Figura 8), sendo que, dos restantes, não se registaram dias compatíveis com índice mau (53 dias com índice de qualidade médio e 13 fraco).

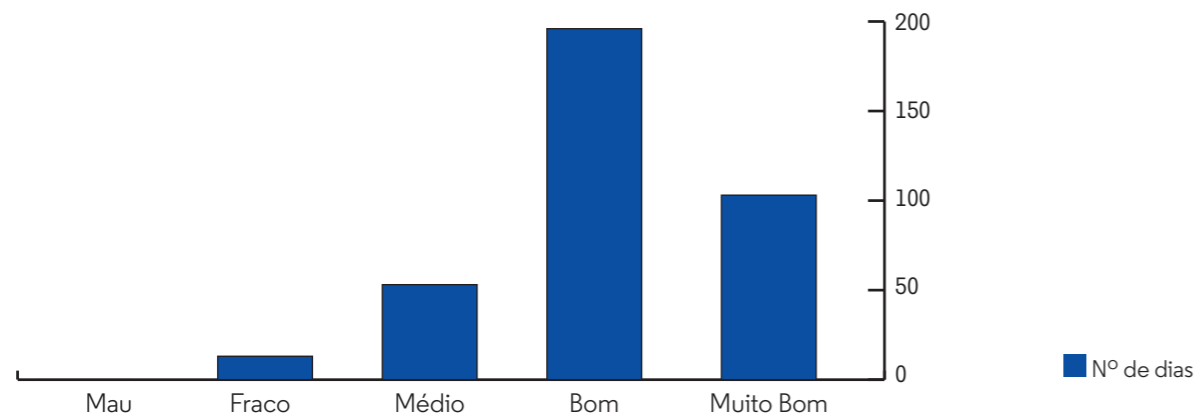


Figura 8. Índice de qualidade do ar para o Porto Litoral, valor anual de 2019

Fonte: Agência Portuguesa do Ambiente

Ao nível do **Ruído**, a cidade do Porto atua em duas frentes principais: por um lado, na elaboração de instrumentos que permitam conhecer os níveis de sobre-exposição a que a população está sujeita (Mapas estratégicos de Ruído) e desenvolvimento de Planos Municipais de Redução de Ruído para cada uma das áreas em sobre-exposição. Por outro, no controlo do ruído, licenciando atividades e averiguando situações de reclamações.

O Mapa Estratégico do Ruído do Município do Porto foi revisto em 2022 e o Plano Municipal de Redução do Ruído 2.0 de 2020, atualmente em vigor, será revisto durante o ano de 2023.



Figura 9. Representação gráfica do Mapa de Ruído, indicador noturno Ln

Fonte: Mapa Municipal de Ruído



Figura 10. Representação gráfica do Mapa de Ruído, indicador diurno-

-entardecer-noturno Lden

Fonte: Mapa Municipal de Ruído

Em síntese, e em conformidade com as conclusões expressas no documento técnico do Mapa Estratégico do Ruído do Município do Porto de 2022:

- A maioria da população residente está exposta a valores inferiores a 45 dB(A) para o indicador noturno (Ln) e 55 dB(A) no período diurno-entardecer-noturno (Lden, Figuras 9 e 10).
- A principal fonte de ruído no município é o ruído proveniente do tráfego rodoviário, tendo como principais emissores: toda a extensão da VCI / A20; A3; A43; Avenida AEP; Estrada Nacional EN14; Estrada da Circunvalação e todos os principais acessos a estas. Importa referir que a quase totalidades destas infra-estruturas viárias não estão sob a alçada ou responsabilidade do Município do Porto.
- Verifica-se que as fontes rodoviárias são quase exclusivamente responsáveis pelas condições de sobre-exposição ao ruído, sendo que cerca de 18% da população residente encontra-se em situação de sobre-exposição ao ruído até 5 dB(A), para ambos os indicadores Ln e Lden. Cerca de 5% (para o indicador Ln) e 3% (para o indicador Lden) da população residente encontra-se exposta entre 5 e 10 dB(A) acima do limite legal de exposição.

A gestão de **Resíduos Urbanos** é responsabilidade da Empresa Municipal de Ambiente do Porto. Estão disponíveis cerca de 4 800 equipamentos de deposição para recolha de resíduos, através de 32 circuitos que se realizam de 2ª feira a sábado, complementados por mais 5 circuitos de reforço habitualmente à 2ª feira. Relativamente à recolha seletiva de resíduos, há mais de 1 200 ecopontos triplos e 64 Oleões para a recolha seletiva de óleo alimentar usado. No município existem 2 Ecocentros – Antas e Prelada. O Orgânico é o projeto de recolha seletiva de resíduos orgânicos em habitações, com recurso a contentores de proximidade, dotados com sistema eletrónico de controlo de acesso. Ao longo do ano de 2021 foram instalados um total de 402 contentores na via pública, junto aos ecopontos já existentes. No final do ano de 2021, o projeto Orgânico contava com quase 26 000 aderentes, o que representa um total de mais de 62 000 habitantes e cerca de 26% da população abrangida.



Em 2021, foram encaminhadas para a LIPOR – Serviço Intermunicipalizado de Gestão de Resíduos do Grande Porto um total de 131 mil toneladas de resíduos produzidos na cidade do Porto, valores totais em linha com o ano anterior, mas com forte evolução da fração seletiva. Os resíduos recolhidos indiferenciadamente totalizaram 101 327 toneladas (representando um decréscimo de cerca de 1,82% face a 2020) e os resíduos recolhidos seletivamente totalizaram 30 201 toneladas (crescimento de cerca de 8,93% face a 2020). Os resíduos recolhidos de forma seletiva (Plástico/Metal, Papel/Cartão, Vidro) tiveram, em 2021, um crescimento de cerca de 7% face ao ano anterior, inferior à evolução global da recolha de resíduos seletiva, a qual foi fortemente potenciada pela evolução do orgânico (28% face ao período homólogo). Em 2021 reciclou-se mais 39,26% do que no ano anterior, e enviou-se menos duas mil toneladas de resíduos para os indiferenciados. A contribuir para estes valores está o trabalho da recolha seletiva de resíduos orgânicos, área que tem vindo paulatinamente a crescer e que permitiu recolher 23% dos resíduos produzidos.

Em 2018, o Porto implementou um projeto piloto de recolha seletiva de resíduos porta-a-porta nas zonas residenciais da área ocidental da cidade e arrancou em abril de 2022 o alargamento à zona oriental da cidade, para a recolha de 5 tipos de resíduos (indiferenciado, papel/cartão, embalagens de plástico e metal, vidro e orgânicos) que conta já com cerca de 2600 aderentes. Existe ainda um serviço de recolha seletiva multimaterial porta-a-porta no setor não residencial que conta já com 920 entidades beneficiárias. A recolha seletiva de orgânicos no setor não residencial é disponibilizado para cerca de 1200 aderentes. Para os objetos fora de uso (monstros), devem ser usados os ecocentros ou poderá solicitar-se a sua recolha gratuita através da Ecolinha.

261

O Porto apresenta um **Parque Habitacional** maioritariamente envelhecido, reflexo de um tecido urbano consolidado, no qual 83% dos edifícios foram construídos antes da década de 80 (sendo que, 60% foram construídos antes da década de 60). No centro histórico, é na freguesia de S. Nicolau que se encontram os edifícios mais antigos, com uma média de 97 anos de antiguidade, seguida da Sé, Vitória e Santo Ildefonso, com uma média de 77 anos. Por outro lado, Aldoar destaca-se como a freguesia com edifícios mais recentes, com uma média de 34 anos de antiguidade, inferior à média nacional.

O último registo censitário de 2021 diz-nos que os alojamentos familiares têm vindo a aumentar nas últimas décadas no Porto (2,4%), com um ritmo de crescimento na cidade inferior ao da região norte (2,6%), mas superior ao do continente (2,1%) (Figura 11). A união de freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde e as freguesias de Paranhos e Ramalde aumentaram o número de alojamentos, contrariando a acentuada regressão demográfica dos últimos anos (Figura 12). Os alojamentos familiares não clássicos diminuíram de 773 para 135 (barracas e outras unidades precárias) devido ao aumento dos alojamentos clássicos que apresentam condições de habitabilidade mais condignas. A quase totalidade (97,6%) dos alojamentos apresentam instalações de banho, no entanto, 2 386 agregados familiares residem ainda em habitações que não possuem estas instalações, sobretudo nas freguesias da Sé (10,8%), Miragaia (8%), São Nicolau (6,2%), Vitória (5%) e Campanhã (4,3%). A densidade de alojamentos clássicos atinge valores mais elevados na parte norte das freguesias do Bonfim, Cedofeita e Santo Ildefonso. A União de freguesias do Centro Histórico apresenta uma situação mista (residencial e turismo e lazer). Além dos alojamentos familiares, em 2011, contabilizavam-se ainda 520 unidades de alojamento coletivo (estabelecimentos hoteleiros, lares de pessoas idosas, hospitais, prisões, instituições militares e religiosas, entre outros) tendo, em 2021, este número descido para 283 (- 45,6%).

127

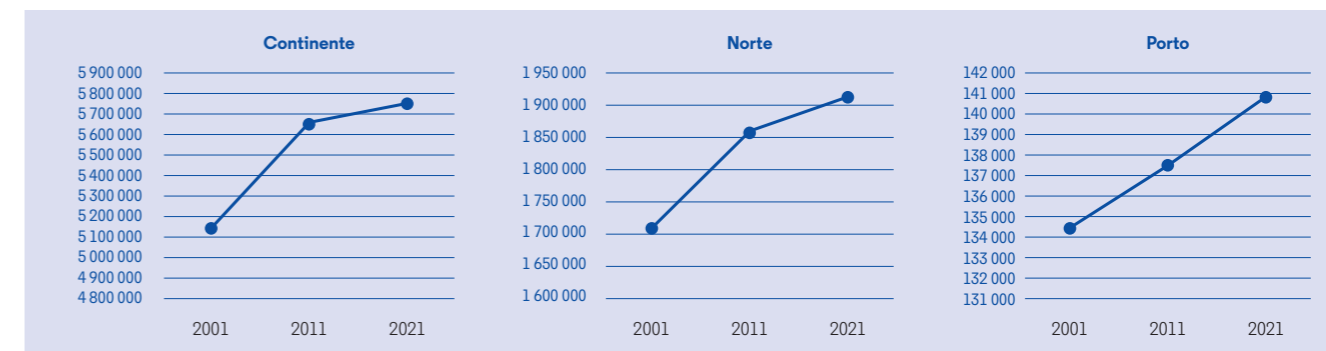


Figura 11. Evolução do número de alojamentos familiares no Porto, na região norte e continente

Fonte: CENSOS 2021, INE

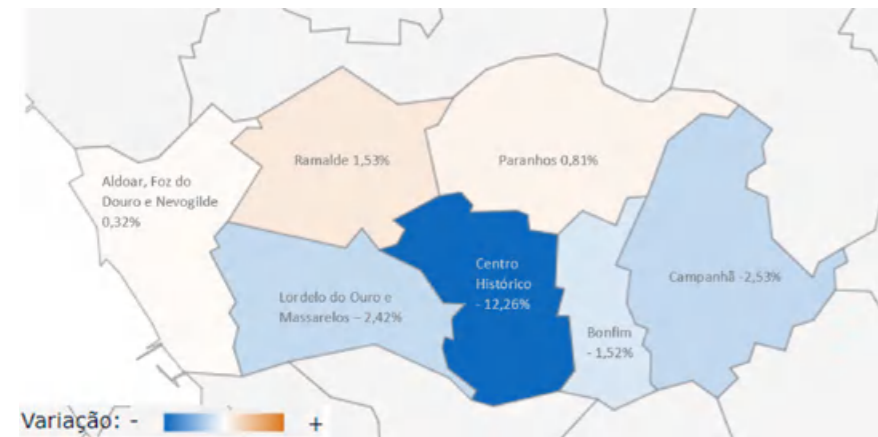


Figura 12. Variação dos alojamentos familiares por freguesia, 2011-2021

Fonte: CENSOS, INE, 2021

Segundo o estudo Viva Porto-Debate Público, em 2019, a Habitação com arrendamento apoiado na cidade correspondia a 13% do património edificado da cidade, muito acima da média do país (2%) e da capital (7%), equiparando-se a países como a Finlândia (13%). A empresa municipal Domus Social é a responsável pelo parque de habitação pública municipal com regime de arrendamento apoiado. Segundo dados de 2022 (Figura 13), existem 50 conjuntos de habitação com arrendamento apoiado, com 12 365 fogos, dispersos pelas 7 freguesias/uniões de freguesias da cidade (média de 1 766 fogos por freguesia/união de freguesia), onde habitam 28 483 pessoas. As freguesias com mais residentes são Campanhã (8 412) e Paranhos (6 250). A dimensão média das famílias residentes em habitação com arrendamento apoiado é de 1,35 pessoas, aumentando para 2,72 pessoas nas famílias nucleares com filhos. Nas famílias com crianças e jovens, a tipologia familiar monoparental feminina corresponde a mais de 25%. Quanto à ocupação, 28,3% (8 058) das pessoas que vivem nestes empreendimentos estão reformadas, 26,9% (7 655) estão desempregadas, 23,6% (6 711) encontram-se empregadas, 18,2% (5 186) são pessoas não ativas e 2,6% (743) são estudantes. A média do valor mensal de arrendamento é de 60,1 €, valor consideravelmente inferior à média da capital (83,5 €).



Freguesias 7	Total Residentes 28.483	Renda Média 60,14 €	Total Intervenções 10.664	Brigada Construção Civil 8.160
Conjuntos de Habitação Social 50	Residentes Femininos 15.814	Renda Média T3 63,66 €	Dimensão Média 1,35	Brigada Eletromecânica 2.504
Fogos 12.365	Residentes Masculinos 12.592	Média Nuclear c/ Filhos 2,72	Brigada Eletromecânica 2.504	Intervenções Urgência 3.786
Total Fogos T3 5.448	Faixa Etária c/ mais Residentes [44-66]	Total Ativos 6.711	Intervenções Urgência 3.786	Intervenções Conjunto de Habitação Social 10.664
Média Fogos p/ Freguesia 1.766,43	Conjunto de Habitação Social c/ mais Residentes Cercos do Porto	Média Total Ativos p/ Freguesia 958,71	Intervenções Conjunto de Habitação Social 10.664	Mês c/ mais Intervenções Jan 2022
Freguesia c/ mais Fogos Campanhã	Pessoa Isolada 3.549	Porcentagem de Reformados 28,29%	Mês c/ mais Intervenções Jan 2022	Porcentagem Idosos Isolados 7,55%

Figura 13. Resumo da caracterização socioeconómica e demográfica da Habitação com arrendamento apoiado, em 2022
Fonte: Domus Social, E.M.

Segundo o estudo “Ilhas” do Porto-Levantamento e caracterização (2015) existem cerca de 957 ilhas na cidade, sendo que apenas 3 são municipais, onde vivem aproximadamente 10 400 pessoas, correspondendo a cerca de 5% das pessoas que moram na cidade. Estas quase mil ilhas são compostas por mais de oito mil casas, mas somente cerca de metade (4 900) estão habitadas. A degradação, sobrelotação, ausência de equipamentos básicos interiores ou exteriores (como casas-de-banho) e problemas de isolamento são comuns a quase todos estes espaços, todavia, 75% das pessoas que aí moram refere estar satisfeito ou muito satisfeito com a vizinhança. A freguesia com maior número de ilhas habitadas é Campanhã, com 227 (do total de 243 ilhas nesta freguesia), seguida da união de freguesias do Centro Histórico e Cedofeita, com 148 ilhas habitadas (do total de 176 ilhas) e por Paranhos, com 142 ilhas habitadas (do total de 155 ilhas). Lordelo do Ouro e Massarelos é a união de freguesias com menos ilhas, contando-se apenas 73, sendo que,

destas, 66 encontram-se habitadas. No que concerne à **Acessibilidade Física**, de acordo com os Censos 2021, destaca-se que apenas cerca de um terço (29,4%) dos alojamentos familiares clássicos da cidade têm acessibilidade através de cadeiras de rodas, valor em linha com o registado para o continente (33,9%) e para a região norte (35,7%), tendo a menor acessibilidade uma relação direta com o envelhecimento do parque habitacional. Os problemas de mobilidade (tais como algum tipo de dificuldade em andar ou subir degraus) são referidos por 18,3% da população com 5 ou mais anos residente no concelho, sendo que 78% residem num edifício sem entrada acessível a indivíduos com mobilidade condicionada, valor similar ao registado para a região norte (67%), bem como para o continente (68%). Na cidade, os valores mais elevados registam-se nas freguesias de Campanhã (84%), Centro Histórico (83%) e Bonfim (82%) (Figura 14).

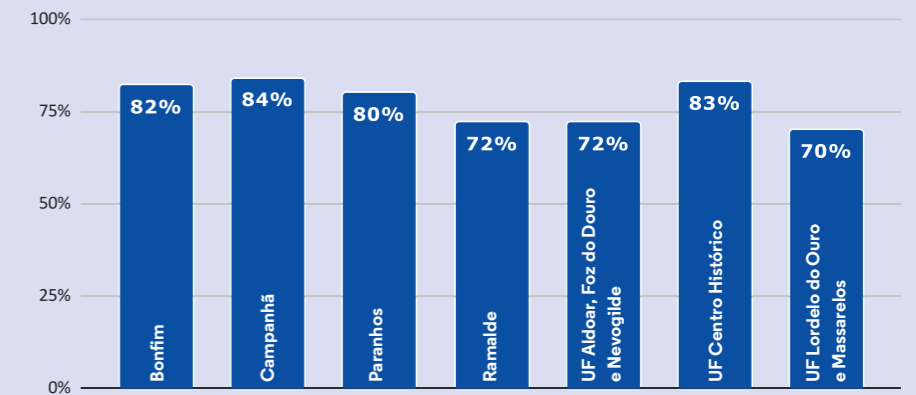


Figura 14. População com pelo menos uma dificuldade que reside em edifícios com três ou mais alojamentos sem entrada acessível a indivíduos com mobilidade condicionada, por freguesia, 2021
Fonte: CENSOS 2021, INE



2. Recursos existentes

O número de recursos existentes, bem como a forma como estes se distribuem espacialmente no território, são componentes fundamentais para avaliar as dinâmicas da população residente e os estilos de vida adotados. É necessário ainda refletir sobre questões associadas à sua acessibilidade, como garantia adicional de assegurar equidade no acesso a estes recursos, por forma a potenciar a saúde e qualidade de vida da população residente.

O “paradigma da proximidade”, no qual as pessoas têm acesso a um conjunto de equipamentos diversificados que permitem responder às efetivas necessidades da população (e enquadrados nas suas características), sem despenderem muito tempo ou muitos recursos, tem-se revelado como um dos grandes contributos para a construção de cidades equitativas, coesas e sustentáveis, tanto do ponto de vista social como ambiental, e promotoras do bem-estar e da qualidade de vida. Neste âmbito, é assim de destacar que toda a população residente no Porto tem acesso a equipamentos de utilização coletiva, das mais diversas valências, a distâncias que permitem deslocamentos inferiores a 15 minutos.

2.1. EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

A cidade dispõe de diversos recursos de saúde para prestação de diferentes tipos de cuidados (cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, centros de respostas integradas, etc.), enquadrados no sistema público, privado e solidário. Do ponto de vista da distribuição geográfica verifica-se uma maior concentração de equipamentos de saúde no centro da cidade (união de freguesias da Zona Histórica). Por outro lado, a freguesia de Campanhã e as freguesias do litoral ocidental são as que apresentam um menor número de equipamentos de saúde (Figuras 15 e 16).

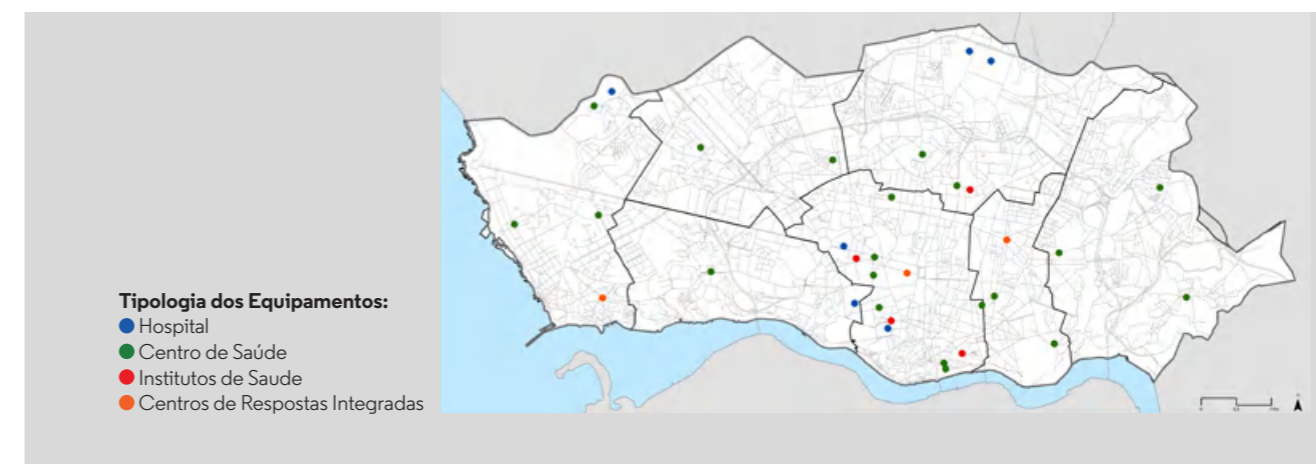


Figura 15. Equipamentos de Saúde, de natureza pública, na cidade do Porto
Fonte: Revisão do Plano Diretor Municipal, CMP, 2018

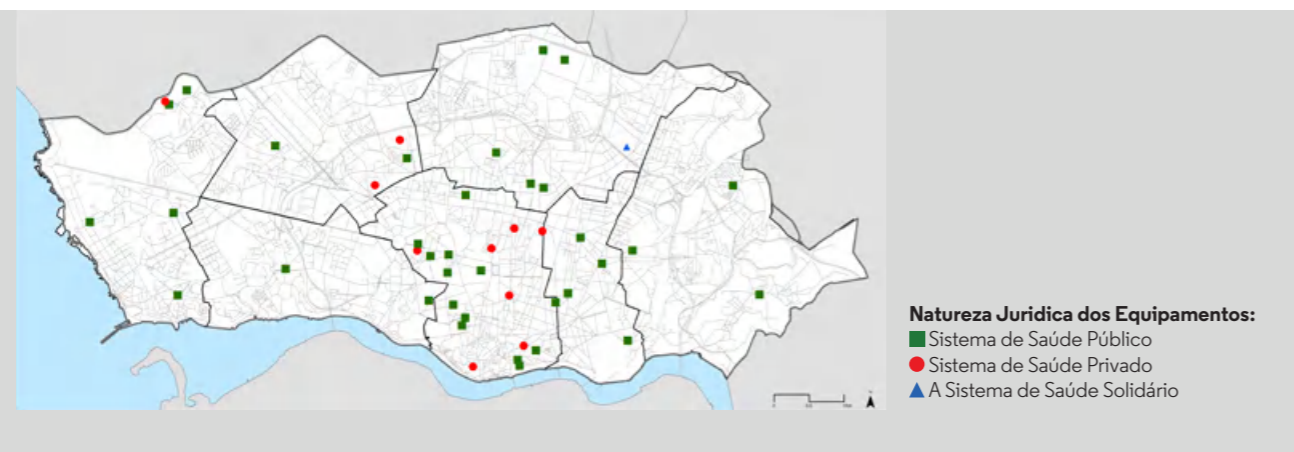


Figura 16. Natureza Jurídica dos Equipamentos de Saúde

Fonte: Revisão do Plano Diretor Municipal, CMP, 2018

Existem dezoito **Equipamentos Hospitalares** na cidade, sendo seis deles públicos (incluindo um militar), dez privados e dois da rede solidária. Dos hospitais públicos existentes na cidade, dois são considerados hospitais centrais – o Centro Hospitalar Universitário de S. João e o Centro Hospitalar Universitário do Porto, ambos hospitais de referência que apresentam dos tempos de resposta mais curtos a nível nacional (tanto para consulta externa como para cirurgia), sendo igualmente considerados, em *rankings* distintos, como dos melhores hospitais portugueses. No entanto, é de referir que estes dois Centros Hospitalares dão resposta, não só à cidade como também à região norte, acontecendo o mesmo com os demais hospitais e Institutos Públicos da cidade, considerados de especialidade: o Instituto de Genética Médica, o Centro Materno Infantil do Norte (ambos integrados no Centro Hospitalar Universitário do Porto), o Hospital de Magalhães Lemos, o Instituto Português de Oncologia, o Instituto Ricardo Jorge, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses e o Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto. O Hospital Militar, apesar de ser um hospital público, só presta cuidados a militares ou seus familiares. Os dez hospitais privados da cidade têm designações distintas (Hospital, Ordem e/ou Casa de Saúde) e disponibilizam diferentes especialidades e serviços. Os dois equipamentos hospitalares da rede solidária - Centro Hospitalar do Conde de Ferreira e Hospital da Prelada, estão sob gestão da Santa Casa de Misericórdia do Porto, com protocolo com a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte).

Na cidade existem também respostas ao nível dos **Centros de Respostas Integradas (CRI)**. Os CRI são estruturas locais, de cariz operativo e que executam programas de intervenção local no que respeita à prevenção dos comportamentos aditivos e dependências (CAD). Prestam, igualmente, cuidados integrados e globais a pessoas com comportamentos aditivos e dependências, em regime ambulatorio. Estes serviços acolhem utentes que, na sua maioria, são referenciados pelas diferentes instituições da cidade (ou áreas limítrofes). Na cidade existem três CRI, organizados da seguinte forma:

- CRI Porto Central, cuja área geográfica de influência para atendimento na cidade se circunscreve às freguesias de S. Nicolau, Sé, Vitória, Cedofeita, Paranhos, Ramalde e Miragaia. Dá também resposta a mais onze concelhos da região norte (Amarante, Baião, Cinfães, Espinho, Oliveira de Azeméis, Marco de Canavezes, Santa Maria da Feira, Arouca, S. João da Madeira, Vale de Cambra e Vila Nova de Gaia). A Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Cedofeita possui consulta antitabágica, centro de dia e uma Unidade de Desabilitação, que atende toda a região norte.
- CRI Porto Ocidental, cuja área geográfica de influência para atendimento na cidade se circunscreve às freguesias de Aldoar, Massarelos, Nevogilde, Foz do Douro e Lordelo do Ouro. Dá também resposta a mais 6 concelhos da região norte (Maia, Matosinhos, Póvoa de Varzim, Santo Tirso, Trofa e Vila do Conde). A Equipa Técnica Especializada de Tratamento Porto Ocidental possui consultas de sexologia e de apoio a crianças filhas de pessoas utilizadoras de drogas.
- CRI Porto Oriental, cuja área geográfica de influência para atendimento na cidade se circunscreve às freguesias de Bonfim, Campanhã e Santo Ildefonso. Dá também resposta a mais oito concelhos da região norte (Castelo de Paiva, Felgueiras, Gondomar, Lousada, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel e Valongo). A Equipa Técnica Especializada de Tratamento Porto Oriental possui Centro de Dia.

Estes três CRI respondem à **Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências** Norte, constituída também pela Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência do Porto, pela Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra, pela Unidade de Alcoologia do Porto Dr. José Barrias, pela Unidade Desabilitação Norte, e pelos Programas Integrados de Apoio à Comunidade e de Atendimento Materno, que (com exceção da primeira), apesar de não se localizarem geograficamente na cidade do Porto, dão resposta à população da cidade.

Dentro das respostas de saúde na cidade, encontramos ainda três **Centros de Vacinação Internacional**: o Centro de Vacinação Internacional do Porto, o Centro de Vacinação Internacional do Centro Hospitalar do Porto e o Centro de Vacinação Internacional do Hospital de S. João; e três **Centros de Resposta Específica**: o Centro de Histocompatibilidade do Porto, o Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto e o Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH/SIDA Porto, estes dois últimos integrados no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Porto Ocidental. Os Centro de Aconselhamento e Detecção VIH/SIDA são centros de diagnóstico de acesso voluntário, confidencial e gratuito à população, possibilitando a testagem e deteção precoce da infeção por VIH. O Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH/SIDA Porto disponibiliza, desde 2016, uma resposta de proximidade, através da sua Unidade Móvel para o distrito do Porto, que visa facilitar o acesso ao teste e ao aconselhamento, designadamente a populações mais vulneráveis, bem como às que não recorrem com regularidade aos serviços de saúde.

A prestação de Cuidados de Saúde Primários é assegurada pelos dois ACeS da cidade (ACeS Porto Ocidental e ACeS Porto Oriental), que englobam oito Centros de Saúde, num total de trinta e cinco unidades funcionais. De acordo com a Carta de Equipamentos de Cuidados de Saúde Primários da cidade, em 2015, os dois ACeS distribuía-se por vinte e três edifícios, que incorporavam dezoito Unidades de Saúde Familiar, oito Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, cinco Unidades de Cuidados na Comunidade, duas Unidades de Saúde Pública, duas Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, duas Unidades de Apoio à Gestão e dois Gabinetes do Cidadão, para além das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (incluídas nas Unidades de Cuidados na Comunidade) e das respetivas Equipas Coordenadoras Locais, que articulam com a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (Figuras 17 e 18).

O ACeS Porto Ocidental engloba cinco Centros de Saúde (Aldoar, Foz Douro, Carvalhosa, Batalha e S. João) que, em 2015, se encontravam distribuídos por dezasseis edifícios, dando resposta às pessoas que habitam a zona ocidental da cidade, maioritariamente das freguesias de Ramalde, união das freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde, união das freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos e união das freguesias do Centro Histórico do Porto (21,9 km²), que totalizavam 181 585 pessoas inscritas (uma população cerca de 33% superior aos habitantes da sua área geográfica de abrangência).

O ACeS Porto Oriental engloba três Centros de Saúde (Bonfim, Campanhã e Paranhos) que, em 2015, se encontravam distribuídos por sete edifícios, dando resposta às pessoas que habitam a zona oriental da cidade, a maioria oriunda das freguesias de Paranhos, Campanhã e Bonfim (17,9 km²), num total de 118 962 pessoas inscritas (uma população cerca de 18% superior aos habitantes da sua área geográfica de abrangência).

ACeS	Centros Saúde	Edifícios	Utentes inscritos/as	% Utentes inscritos acima da população abrangida	N.º Recursos Humanos	N.º Médicos e rácio/ utente	N.º Enfermeiros e rácio/ utente	N.º Assistentes Sociais e rácio/ utente	N.º Nutricionistas e rácio/ utente	N.º Psicólogos e rácio/ utente	N.º Profissionais de Saúde Oral e Rácio/ utente
Porto	8	23	300 547	26%	693	184 1757	227 1773	11	5	6	5
ACeS Porto Ocidental	5 Aldoar Foz Douro Carvalhosa Batalha S. João	16	181 585	33%	418	109 1 751	143 1 788	6 30 264	2 90 793	3 60 528	3 60 528
ACeS Porto Oriental	3 Bonfim Campanhã Paranhos	7	118 962	18%	275	75 1 776	84 1 831	5 23 792	3 40 284	3 40 284	2 59 481

Figura 17. Caracterização Sumária dos ACeS Porto Ocidental e ACeS Porto Oriental, em 2015

Fonte: Carta de Equipamentos de Cuidados de Saúde Primários do Porto, CMP

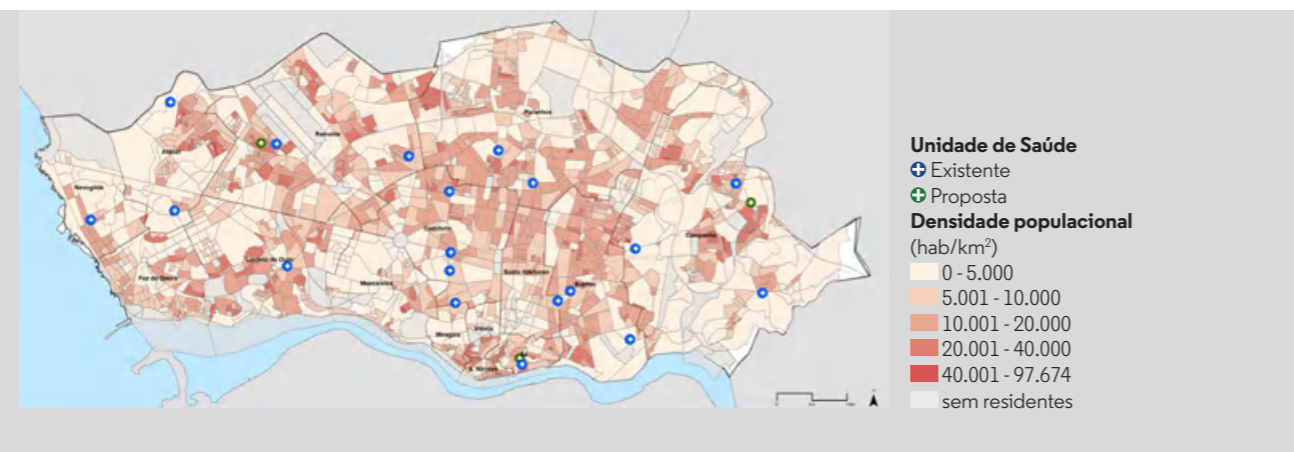


Figura 18. Densidade Populacional na Cidade e Localização das Unidades de Cuidados de Saúde Primários, em 2015

Fonte: Carta de Equipamentos de Cuidados de Saúde Primários do Porto, CMP

No âmbito da produção da Carta de Equipamentos de Cuidados de Saúde Primários, foram identificadas necessidades concretas de substituição e/ou requalificação de edifícios, tendo sido, em 2020 e no caso do ACeS Porto Ocidental, concluída, pela CMP, a obra de construção da nova Unidade de Saúde de Ramalde (Bairro das Campinas) e requalificada, pela ARS Norte, a Unidade de Saúde da Batalha. No caso do ACeS Porto Oriental foi concluída, em 2021, pela ARS Norte, a obra de construção da nova Unidade de Saúde do Cerco (antigas instalações da Escola Básica e Secundária do Cerco). Em 2022, e de acordo com o Portal do SNS, o ACeS Porto Ocidental tem registados 178 763 utentes e uma taxa de cobertura de utentes com médico de família atribuído de 98% (4 052 utentes sem médico de família). Quanto ao ACeS Oriental, o número de utentes registados é de 119 332 e uma taxa de cobertura de utentes com médico de família de 94% (7165 utentes sem médico de família).

Em termos de cuidados hospitalares, o ACeS Porto Ocidental articula-se com o Centro Hospitalar Universitário do Porto e o ACeS Porto Oriental com o Centro Hospitalar Universitário de São João. A boa relação existente entre os dois ACeS e os seus centros hospitalares de referência (ambos hospitais centrais, universitários e com serviços de urgência polivalentes) possibilita a criação de vários projetos pioneiros (entre estes distintos prestadores de cuidados de saúde), que têm como grande objetivo a melhoria contínua no acesso da população aos cuidados de saúde, designadamente de forma integrada.

O Decreto-Lei nº 28/2008, de 8 de fevereiro, que cria os ACeS, prevê ainda a existência de um Conselho da Comunidade por ACeS. Este órgão, de natureza consultiva, é presidido por um representante indicado pela câmara municipal da área de atuação do ACeS, reforçando o interesse e a responsabilidade das autarquias no planeamento local da prestação de cuidados de saúde. Na cidade do Porto existem 2 Conselhos da Comunidade, ambos presididos pelo Vereador com o Pelouro da Saúde.





2.2 EQUIPAMENTOS SOCIAIS

Segundo a Carta Social, em 2022, existem cerca de 300 **Equipamentos Sociais** na cidade do Porto que asseguram 565 respostas sociais diversificadas, encontrando-se estas respostas maioritariamente concentradas na união de freguesias do Centro Histórico (25%), seguindo-se as freguesias de Paranhos e Campanhã, que acolhem 16% e 15% destas respostas, respetivamente (Figura 19).

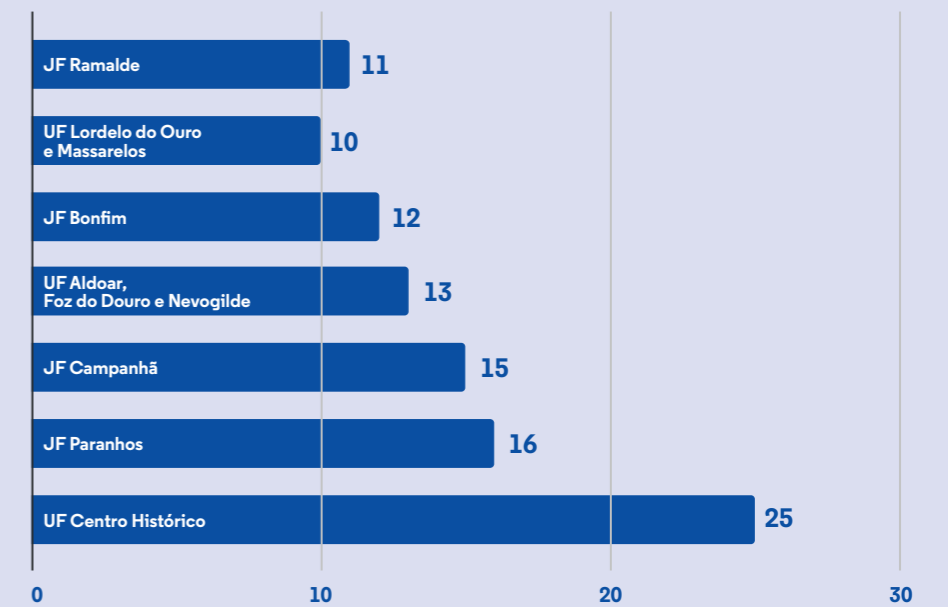


Figura 19. Respostas sociais existentes em 2022 no Porto, por freguesia (%)
 Fonte: Carta Social, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

As 565 respostas existentes distribuem-se pelas áreas da Infância e Juventude (47%), População Adulta (44%) e Família e Comunidade (9%), com capacidade para 31 415 pessoas (Figura 20).

Infância e Juventude			
	Respostas	Capacidade	Utentes
Crianças e Jovens			
Creches	74	2 735	2 575
Equipamentos de Educação Pré-Escolar	130	8 230	6 762
Centros de Atividades de Tempos Livres	31	1 834	1 322
Total	235	12 799	10 659
Crianças e Jovens com Deficiência			
Intervenção precoce	2	245	245
Lar de Apoio	1	14	11
Total	3	259	256
Crianças e Jovens em Situação de Perigo			
Apartamento de autonomização	3	15	12
Atividades Sócio-educativas	1	55	39
Centro de Acolhimento Temporário	5	62	36
Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental	3	486	444
Equipa de Rua Apoio a Crianças e Jovens	1	231	79
Lar Infância e Juventude	16	713	441
Total	29	1 562	1 051
Total Infância e Juventude	267	14 620	11 966

42|

Figura 20. Respostas Sociais existentes na cidade do Porto em 2022
Fonte: Carta Social, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

População Adulta			
	Respostas	Capacidade	Utentes
Pessoas Idosas			
Centros de Convívio	32	1 308	739
Centro de Dia	42	2 086	1 255
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	61	1 808	1 536
Serviço de Apoio Domiciliário	70	3 466	2 433
Total	205	8 668	5 963
Pessoas adultas com Deficiência			
Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade (CAARPD)	7	564	538
Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI)	12	513	488
Lar Residencial (Deficiência)	9	133	131
Transporte de Pessoas com Deficiência (Adultos)	2	42	31
Total	30	1 252	1 188
Pessoas em Situação de Dependência			
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	5	99	0
Unidade de Convalescência	1	29	0
Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	1	19	0
Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	1	26	0
Total	8	173	0
Pessoas com Doença do Foro Mental/Psiquiátrico			
Fórum Sócio-Ocupacional	1	50	36
Residência de Apoio Máximo (RAMa)	1	24	24
Unidade Sócio-Ocupacional	1	25	0
Unidade de Vida Protegida	2	11	11
Total	6	140	71
Total População Adulta	249	3 065	2 007
Família e Comunidade			
Família e Comunidade em Geral			
Ajuda Alimentar a Carenciados	5	1 860	1 623
Atendimento/Acompanhamento Social	10	5 407	3 337
Centro Comunitário	9	1 948	1 588
Centro de Alojamento Temporário	6	195	187
Comunidade de Inserção	10	2 486	2 129
Grupo de Auto-Ajuda	1	50	50
Refeitório/Cantina Social	2	270	95
Total	43	12 216	9 009
Pessoas com VIH/SIDA e suas Famílias			
Centro de Atendimento/Acompanhamento Psicossocial	2	582	572
Residência para Pessoas com VIH/SIDA	1	8	8
Serviço de Apoio Domiciliário	1	55	55
Total	4	645	635
Pessoas Toxicodependentes			
Equipa de Intervenção Direta	2	869	480
Total Família e Comunidade	49	13 730	10 124
TOTAL	565	31 415	24 097

| 43



2.3 EQUIPAMENTOS EDUCATIVOS

A **Rede de Estabelecimentos de Ensino** público na cidade do Porto é constituída, em 2022, por 118 equipamentos públicos, distribuídos da seguinte forma: 46 escolas do 1º ciclo de ensino básico, 43 jardins-de-infância, 16 escolas do 2º e 3º ciclo de ensino básico e 13 escolas secundárias. De acordo com o Plano Diretor Municipal (2021) existem ainda 183 estabelecimentos de ensino privado: 103 jardins-de-infância (oferta 60% superior à do ensino público), 33 escolas do 1º ciclo de ensino básico, 20 escolas do 2º e 3º ciclo de ensino básico, e 27 escolas secundárias. O ensino profissional é disponibilizado em 6 das escolas secundárias do ensino regular, bem como em escolas privadas. Apesar da oferta de estabelecimentos educativos se encontrar distribuída de forma homogénea em todo o território, é de destacar que as distâncias casa/escola a percorrer são, em média, maiores na freguesia de Campanhã.

Ao nível do **Ensino Superior**, e ainda de acordo com o Plano Diretor Municipal (2021), destaca-se a existência das 16 faculdades públicas associadas à Universidade do Porto, do Instituto Politécnico do Porto, que agrega 7 escolas superiores e 2 institutos, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, bem como de outros estabelecimentos de ensino superior privado. A oferta existente dispõe de excelentes condições infraestruturais e letivas, constituindo-se como uma referência nacional de qualidade de ensino superior.

O ensino superior localiza-se essencialmente nas zonas da Asprela (Paranhos) e Campo Alegre (Lordelo do Ouro e Massarelos), ainda que existam estabelecimentos distribuídos por toda a cidade. É no Pólo da Asprela que se concentra o maior número de estabelecimentos públicos, bem como de alunos, e de unidades de investigação ou de interface com empresas.



Os **Centros de Educação para a Sustentabilidade**, localizados em espaços verdes municipais (Parque da Cidade, Parque do Covelo, Parque da Pasteleira e Jardins do Palácio de Cristal), são espaços onde a comunidade educativa contacta com várias temáticas que se interligam com a saúde. Num contexto urbano, em todos os Centros de Educação para a Sustentabilidade, as crianças são estimuladas a desenvolver atividades ao ar livre (no parque, horta ou jardim), promovendo-se a atividade física, a criatividade, a observação e aprendizagem em contato com a Natureza. Em particular nos Centros de Educação para a Sustentabilidade do Covelo e do Núcleo Rural do Parque da Cidade é disponibilizada à comunidade educativa a possibilidade de aprender sobre os métodos de produção de plantas em modo biológico (sem produtos químicos de síntese) em associação com práticas de alimentação saudável. São anualmente envolvidas crianças, principalmente do pré-escolar e 1º ciclo, que acompanham todos os trabalhos na horta (quinzenalmente), desde a fase de germinação até à colheita e confeção de distintos alimentos por eles produzidos.



2.4 EQUIPAMENTOS DE DESPORTO E LAZER

Segundo o Plano Diretor Municipal, em 2021, existiam na cidade 377 instalações desportivas que integravam 1051 **Equipamentos Desportivos**. As instituições da administração municipal e as entidades privadas detêm mais de 50% desses equipamentos. O sistema escolar público detém 16% destes equipamentos e o movimento associativo cerca de 13%. Os restantes 20% tem como proprietários o sistema escolar privado, instituições militares e a administração central.

Dentro das categorias de equipamentos, os de base formativa (campos de jogos, pistas de atletismo, pavilhões polidesportivos, campos de ténis, salas polivalentes e piscinas desportivas) são os que apresentam uma maior expressão (60% do total da oferta na cidade). Por outro lado, os equipamentos desportivos especializados (campos de minigolfe, campos de squash, parques de Skate e salas especializadas) são a categoria com menor expressão.

A CMP é a proprietária de 293 equipamentos desportivos, sendo responsável pela gestão de 81 destes. Os restantes 212 são geridos por instituições do sistema escolar público. A Empresa Municipal dedicada às áreas do desporto e lazer (antiga Porto Lazer, atual Ágora - Cultura e Desporto do Porto, E.M.) tem sob sua responsabilidade a gestão de mais de 60 infraestruturas na cidade, entre as quais se incluem a Rede Municipal de Piscinas (3), a Rede Municipal de Pavilhões (7), a Rede Municipal de Polidesportivos de Exterior (26 Polidesportivos + 2 Minicampos), a Rede de Grandes Campos (3), os Recantos Desportivos (15 tabelas de basquetebol) e o Complexo Desportivo do Monte Aventino (Figura 21).

Com o objetivo de motivar para a prática regular de atividade física ao ar livre, ao mesmo tempo que se potencia o envelhecimento ativo e se mitigam efeitos dos fenómenos de exclusão, a CMP, num trabalho colaborativo com as Juntas de Freguesia e com as Empresas Municipais ÁGORA - Cultura e Desporto do Porto e GO Porto - Gestão e Obras do Porto, também procedeu à instalação de equipamentos para a prática desportiva ao ar livre, num total de 20 Parques de Fitness, associados a espaços verdes, espalhados de uma forma homogénea pela cidade.



Rede Municipal de Pavilhões Polidesportivos	Rede Municipal de Piscinas
Pero Vaz de Caminha	Piscinas de Cartes
Nicolau Nasoni	Piscina da Constituição
Fontes Pereira de Melo	Piscina Eng.º Armando Pimentel
Lagarteiro	Equipamentos Desportivos Especializados
Irene Lisboa	Skate Park de Ramalde
Viso	Parques Desportivos - Ginásios ao ar livre - Equipamentos de fitness e circuitos de manutenção
Leonardo Coimbra	Espaço de Jogo e Recreio do Bairro do Falcão
Rede de Campos de Jogos Municipais	Parque Desportivo da Avenida Cidade de Xangai
Campo Sintético do Viso	Parque Desportivo da Praça da Corujeira
Campo de Futebol da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto (FADEUP)	Parque Desportivo da Praça do Álamos
Campo do Parque da Cidade	Parque Desportivo do Casteo do Queijo
Mini-Campo de Fernão Magalhães	Parque Desportivo do Jardim da Arca D'Água
Mini-Campo do Cerco do Porto	Parque Desportivo do Jardim de Belém
Polidesportivos	Parque Desportivo do Jardim do Calém
Polidesportivo da Pasteleira Torres	Parque Desportivo do Jardim do Conhecimento
Polidesportivo dos Choupos	Parque Desportivo do Jardim Ezequiel Campos
Polidesportivo Exterior Adaptado de Vilar	Parque Desportivo do Jardim Machado de Assis
Polidesportivo Exterior Bairro Eng.º Machado Vaz	Parque Desportivo do Jardim Paulo Vallada
Polidesportivo Exterior Central de Francos	Parque Desportivo do Jardim Sarah Afonso
Polidesportivo Exterior CETA	Parque Desportivo do Palácio de Cristal
Polidesportivo Exterior da Cidade de Luanda	Parque Desportivo do Parque de S. Roque
Polidesportivo Exterior da Fonte da Moura	Parque Desportivo do Parque da Pasteleira
Polidesportivo Exterior da Lomba	Parque Desportivo do Parque de Bessa Leite
Polidesportivo Exterior das Condominhas	Parque Desportivo do Parque do Covelo
Polidesportivo Exterior de Contumil	Parque Desportivo do Parque Infantil da Areosa
Polidesportivo Exterior de Francos	Parque Desportivo do Parque Infantil de Cervantes
Polidesportivo Exterior de Miragaia	Tabelas de Basquetball
Polidesportivo Exterior de Pinheiro Torres	Rua Coronel Helder Ribeiro
Polidesportivo Exterior de Ramalde	Quinta do Covelo
Polidesportivo Exterior de S. Eugénio	Santa Luzia
Polidesportivo Exterior de S. Tomé	Fontainhas
Polidesportivo Exterior de S. Vicente de Paulo	Bairro de Ramalde do Meio
Polidesportivo Exterior do Agrupamento Habitacional da Pasteleira	Jardim de Belém
Polidesportivo Exterior do Bom Pastor	Jardim Paulo Vallada
Polidesportivo Exterior do Falcão	Associação Recreativa e Social do Viso
Polidesportivo Exterior do Lagarteiro	Bairro do Viso
Polidesportivo Exterior do Monte da Bela	Rua Professor Carlos Teixeira
Polidesportivo Exterior do Viso	Jardim do Cálem
Polidesportivo Exterior da Praceta da Cidade da Praia	Largo de Miragaia
Polidesportivo Exterior Quinta da Bonjónia	Edifício Transparente
	Parque da Cidade
	Bairro da Previdência

Figura 21. Equipamentos desportivos municipais disponíveis na cidade do Porto em 2022

Fonte: Desporto 365, ÁGORA - Cultura e Desporto do Porto, E.M

Os **Espaços Naturais** são aqueles que, embora possam ser muito influenciados e/ou alterados pela presença humana, o seu funcionamento biofísico é independente da ação humana, como são exemplos o Oceano Atlântico e as suas praias, o Rio Douro e a sua margem, as linhas de água e as suas margens e as escarpas. A área de espaços naturais na cidade, excluindo o Oceano Atlântico e Rio Douro, é de 0,98 km². Os **Espaços Verdes Urbanos** são unidades espaciais maioritariamente constituídos por vegetação, que sustentam e suportam o crescimento de plantas, cujo funcionamento depende da ação humana. Os espaços verdes de acesso público são especialmente importantes porque apresentam, não só valor ecológico como benefícios sociais, para a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos (Figuras 22 e 23).

A área total de espaços verdes urbanos na cidade é de 13,1 km², correspondendo a um total de 3 047 espaços verdes urbanos, cerca de 31% da área total do concelho (41,4 km²) e a cerca de 56,7 m² de espaços verdes por habitante (231 828 habitantes, INE 2021). Considerando apenas os espaços de uso público direto com função recreativa, o valor cai para 16,8 m² por habitante (Figura 23). Este valor é superior ao encontrado em cidades do sul da Europa, como Milão (8,98 m²) ou Barcelona (6,82 m²) e próximo ao de outras cidades europeias, como Berlim (16,8 m²).

50 |



Figura 22. Espaços naturais e espaços verdes urbanos na cidade do Porto
Fonte: Revisão do Plano Diretor Municipal, CMP, 2018

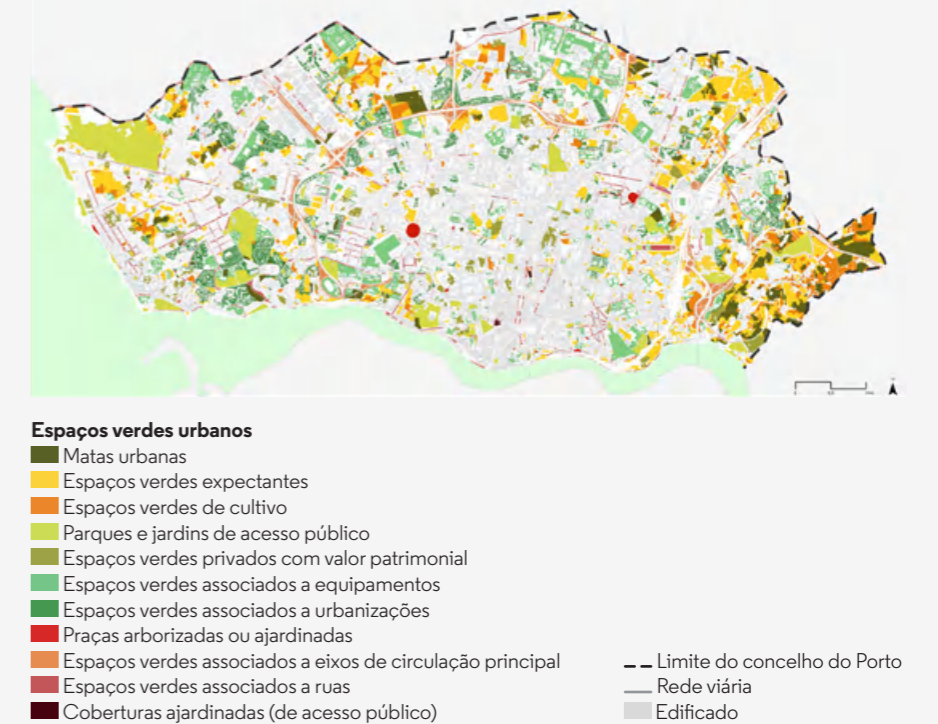


Figura 23. Espaços verdes urbanos da cidade do Porto
Fonte: Plano Diretor Municipal, CMP, 2021

| 51



São diversas as tipologias de espaços verdes na cidade, sendo que os que encontram maior expressão são os Espaços verdes expectantes (25%) – espaços que sem terem um propósito explícito, são colonizados por vegetação espontânea; seguidos de Espaços verdes associados a equipamentos (16%) – espaços na envolvente de edifícios públicos ou equipamentos coletivos; Parques e jardins de acesso público (14%) – espaços ordenados e desenhados de acesso público (como por exemplo, os Jardins do Palácio de Cristal, o Jardim Botânico, o Parque de Serralves e o Parque da Cidade); Espaços verdes associados a urbanizações (12%) – espaços envolventes a conjuntos habitacionais com acesso público; Espaços verdes de cultivo (9%) – espaços com ocupação agrícola; Matas urbanas (8%) – espaços sem uma organização ou desenho explícito mas com grande valor ecológico pela elevada densidade arbórea; Espaços verdes privados de valor patrimonial (6%) – espaços que não são de acesso público mas que têm valor ecológico, paisagístico e cultural relevante para a sociedade (como por exemplo, Jardim da Viscondessa de Santiago de Lobão, Jardim da Casa Primo Madeira e Jardim da Casa Burmester); Espaços verdes associados a ruas (5%) – vegetação nas vias de circulação; Espaços verdes associados a eixos de circulação principal (5%) – espaços adjacentes a vias de circulação (como por exemplo, Praça Mouzinho de Albuquerque, Avenida da Associação Empresarial de Portugal); Praças arborizadas ou ajardinadas (presença muito residual na cidade) – espaços não edificadas, com uso público e função recreativa e com área vegetal inferior a um jardim; e Espaços verdes associados a coberturas ajardinadas de acesso público (presença muito residual na cidade) – espaços implementados sobre o edificado com relevância (como por exemplo, Praça de Lisboa / Jardim das Oliveiras e Estação de Metro da Trindade) (Figura 24).

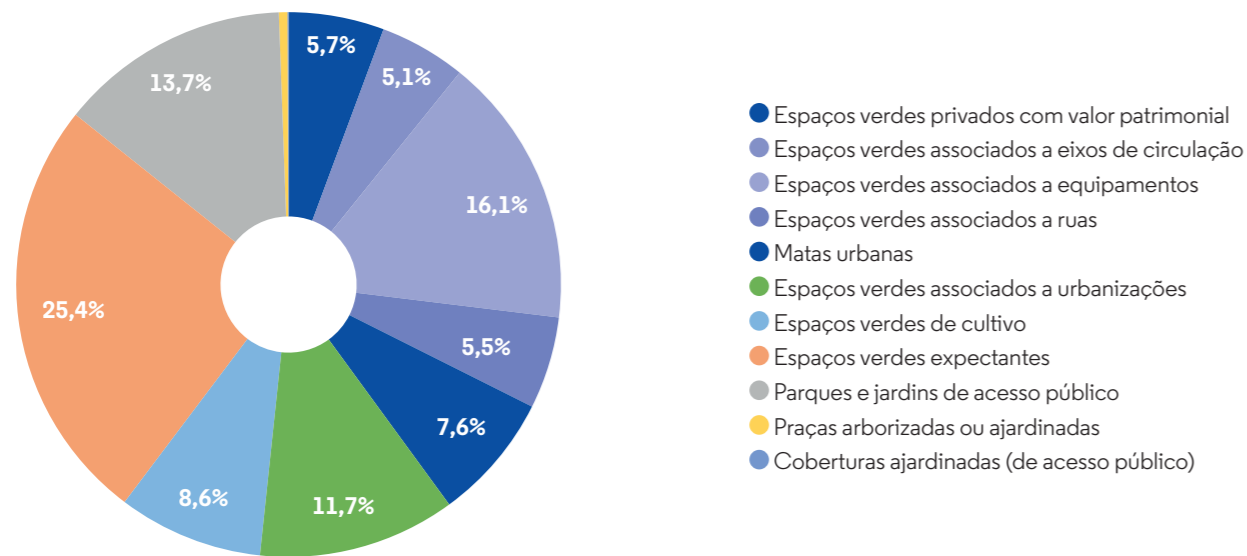


Figura 24. Proporção de cada tipo de espaço verde urbano
Fonte: Plano Diretor Municipal, CMP, 2021

Nos últimos anos, na sequência de um estudo das lacunas existentes na cidade ao nível da oferta de **Parques Infantis e Desportivos ao ar livre**, levado a cabo pela CMP em parceria com as Juntas de Freguesia, a Câmara iniciou a implementação de um programa de renovação e/ou criação de novos equipamentos desta tipologia na cidade, cujo grande objetivo é o de proporcionar à população locais de lazer adaptados e próximos das suas áreas de residência. A proposta incluiu a criação de equipamentos de raiz (a maioria), bem como a melhoria dos existentes, através da instalação de equipamentos, mobiliário urbano, execução/ melhoria dos acessos, tornando-os também mais seguros. Visou também incluir melhorias do ponto de vista ambiental, através da renovação de espaços verdes circundantes, bem como contribuir para a inclusão social de pessoas com incapacidade (por exemplo, no Parque Infantil do Covelo foram colocados equipamentos para pessoas com deficiência). Em 2022, o concelho contava com 37 destes equipamentos em uso, distribuídos de um modo uniforme pelas diferentes zonas do território (Figura 25).

Parques Infantis e Desportivos	
Parque Infantil e Desportivo Jardim Arca d'Água	Parque Infantil e Desportivo Parque da Pasteleira
Parque Infantil e Desportivo Jardim do Calém	Parque Infantil e Desportivo Palácio de Cristal
Parque Infantil João Espregueira / Parque Infantildas (na R. Escultor Henrique Moreira)	Parque Infantil Bom Sucesso I (na Travessa de Santo Amaro)
Parque Infantil e Desportivo Jardim de Belém	Parque Infantil Condominhas
Parque Infantil e Desportivo Cervantes (na R. de Cervantes)	Parque Infantil Cordoaria
Parque Infantil Asas de Ramalde	Parque Infantil e Desportivo Jardim Paulo Vallada
Parque Infantil e Desportivo da Areosa (na R. Horácio Marçal)	Parque Infantil Fontainhas (na R. Gomes Freire)
Parque Infantil e Desportivo Foco (na R. Afonso Lopes Vieira)	Parque Infantil Cooperativa de Nevogilde (na Alameda do Dr. Fernando Azeredo Antas)
Parque Infantil e Desportivo de S. Roque	Parque Infantil Associação de Moradores da Pasteleira (na R. Gomes Eanes de Azurara)
Parque Infantil Soares dos Reis (Largo Soares dos Reis)	Parque Infantil Homem do Leme (na Av. Montevideu)
Parque Infantil e Desportivo Jardim do Conhecimento	Parque Infantil do Inatel
Parque Infantil Prelada	Parque Infantil e Desportivo Bessa Leite
Parque Infantil Senhora do Porto (na R. Professor Carlos Teixeira)	Parque Infantil e Desportivo Praça da Corujeira
Parque Infantil St.ª Luzia	Parque Desportivo Castelo do Queijo
Parque Infantil e Desportivo Parque do Covelo	Espaço de Jogo e Recreio do Bairro do Falcão
Parque Infantil Amial (na Av. Flor da Rosa)	Parque Desportivo Praça dos Álamos (Ramalde)
Parque Infantil Azenha (na R. das Berlengas)	Parque Desportivo Jardim de Sarah Afonso
Parque Infantil Associação de Moradores do Campo Alegre (na R. João Martins Branco)	Parque Desportivo Jardim Ezequiel Campos (na R. Ezequiel Campos)
	Parque Desportivo Avenida Cidade de Xangai (na Av.ª Cidade de Xangai – Ramalde)

Figura 25. Parques Infantis e Desportivos ao ar livre, existentes no Porto em 2022
Fonte: CMP

2.5 REDE DE TRANSPORTES E MOBILIDADE URBANA

De acordo com dados de 2017, relativos ao *National Inventory Report*, elaborado pela Agência Portuguesa do Ambiente, a nível nacional o setor dos transportes representava 24,2% da totalidade de emissões de gases com efeito de estufa, sendo grande parte resultante do tráfego rodoviário, tendo aumentado 68% desde 1990. Após o crescimento constante das emissões até ao início dos anos 2000, ao qual se seguiu um período de estabilização, após 2005, registou-se um decréscimo das emissões deste setor. Mais recentemente, tem-se registado, contudo, uma inversão desta tendência a nível nacional, com o aumento de 8,4% das emissões nacionais dos transportes no período entre 2013 e 2017.

Neste sentido, a sustentabilidade da mobilidade urbana tem impacto ambiental, nas alterações climáticas, na equação energética, na economia e na saúde pública, de forma que a transição de hábitos com consequente alteração de comportamentos se configura como essencial.

De seguida, descreve-se, de forma sintética, as infraestruturas ferroviárias ligeira (metro), ultraligeira (elétrico) e pesada (comboios) e o serviço de autocarros, assim como o domínio do automóvel como meio de transporte, que, à luz da evidência, é incompatível com o processo de sustentabilidade. Um inquérito à mobilidade efetuado em 2017 pela área metropolitana do Porto mostrou o predomínio das deslocações em automóvel, onde cerca de 67,6% das deslocações na área metropolitana são realizadas recorrendo ao transporte individual com consequências nas emissões de gases com efeitos estufa, no consumo energético, na sinistralidade e congestionamento. A menor predisposição da população mais jovem para a lógica do “carro próprio” já é uma realidade e a sua primeira aquisição tem vindo a ser retardada. Na Revisão do Plano Diretor Municipal estimou-se que, para o cumprimento da política de transportes a que a cidade se propôs, a utilização do transporte individual motorizado deveria situar-se abaixo dos 50%, em 2021, acompanhado do aumento da utilização dos transportes públicos, da bicicleta e das deslocações a pé. As conclusões revelam a importância do contributo que as infraestruturas têm para aumentarem a percentagem de pessoas que, tendo acesso a automóvel, concluem que essa é a pior das soluções para muitas das suas deslocações. As políticas de estacionamento diferenciadas (em função do tipo – residentes, rotativo, emprego, cargas/descargas) é um dos principais fatores apontado para a diminuição da utilização do automóvel, nomeadamente a abolição gradual do estacionamento de emprego privativo comprado na via pública. No entanto, esta medida tem também o efeito perverso da ocupação em 2ª fila e em linha amarela, sendo difícil de impedir apenas através da atuação das forças policiais.

Em suma, uma melhoria dos transportes, das infraestruturas pedonal e ciclável e a alteração do paradigma do estacionamento, parecem ser os pilares fundamentais, tornando o sistema de acessibilidade e mobilidade urbana mais multimodal e não tão assente no domínio do automóvel.

Uma boa e robusta **Rede de Metro** contribui fortemente para o objetivo anteriormente enunciado. A 1ª linha da rede de metro da cidade foi inaugurada em dezembro de 2002, sendo que, até 2011, esteve sempre em constante crescimento. Desde 2011, a rede de metro distribui-se por 6 linhas, 82 estações (14 subterrâneas) e 102 veículos, servindo uma totalidade de 7 concelhos (Porto, Gondomar, Maia, Matosinhos, Póvoa do Varzim, Vila do Conde e Vila Nova de Gaia) (Figura 26). A cada hora, 9 000 pessoas podem ser transportadas em cada linha, 60% dos clientes têm menos de 35 anos e 30% são estudantes. O metro do Porto, movido a eletricidade e, por isso, não poluente, pode atingir uma velocidade máxima de 80 km/hora. É ainda extremamente silencioso quando comparado com o transporte convencional, contribuindo para diminuir os níveis de poluição sonora. O metro do Porto criou mais de 30 mil m² de novas superfícies verdes e foram plantadas mais de 1 300 árvores no âmbito de obras de requalificação urbana complementares à rede. Devido ao metro do Porto, 12 mil automóveis deixaram de circular, tendo deixado de ser emitidas 55 mil toneladas de CO₂ por ano.

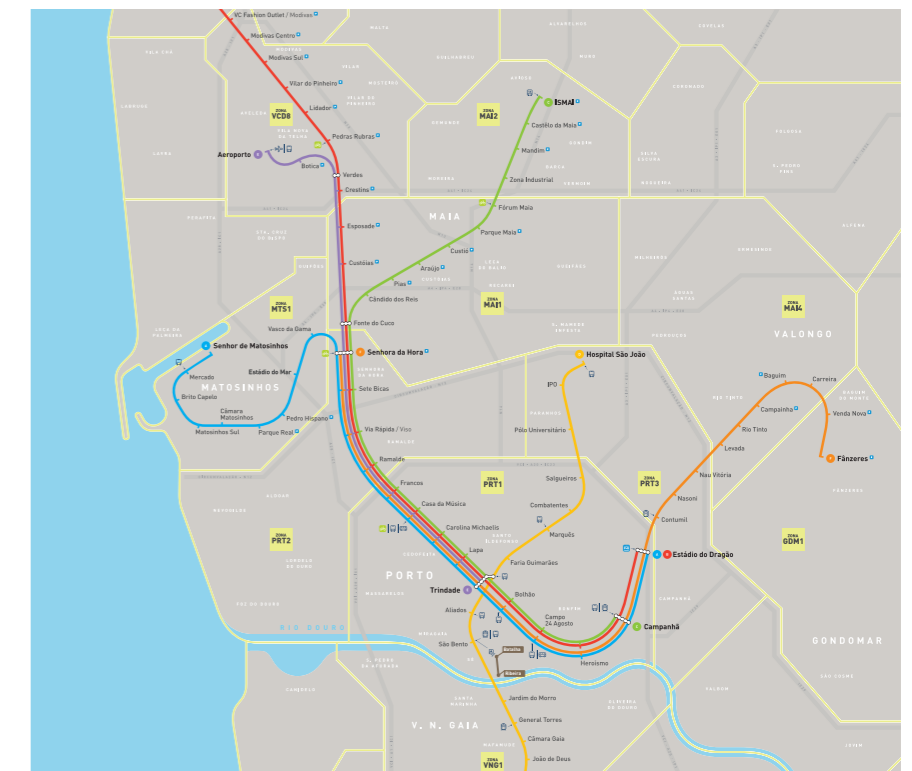
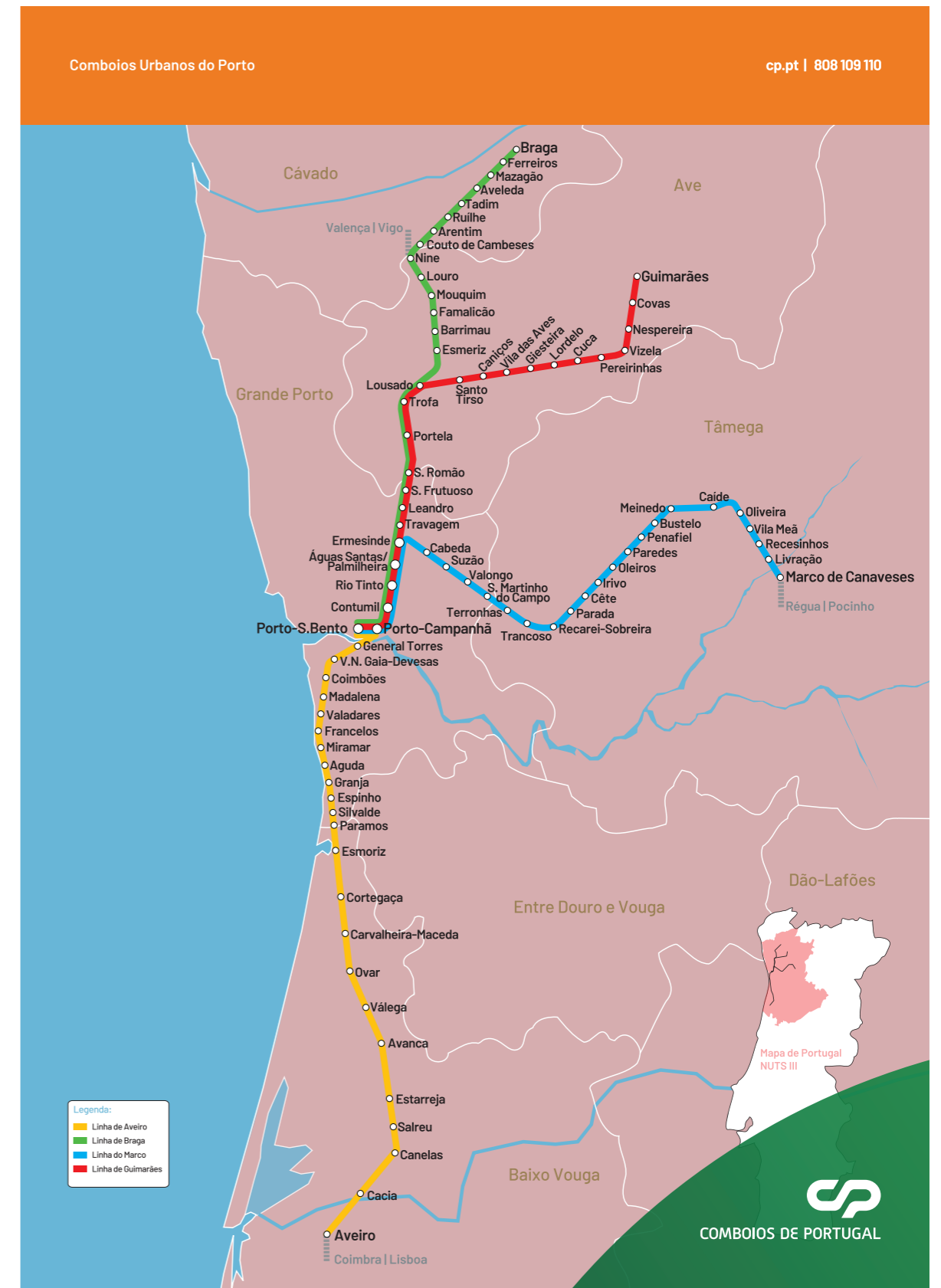


Figura 26. Linhas e estações da rede de Metro do Porto, em 2022
Fonte: Metro do Porto

Em relação aos **Autocarros** que circulam na cidade, promovidos por diferentes operadores (não só com linhas dentro da cidade, como também nos movimentos pendulares) o que se tem verificado é que o número de linhas e os intervalos de passagem são ainda insuficientes e os tempos de viagem são muito longos. A falta de atratividade do autocarro aumenta a utilização do “carro próprio”. Nas cidades em que a rede ferroviária ultraligeira foi protegida por corredores dedicados, os autocarros são uma alternativa rápida e com boa capacidade. Uma perspetiva estratégica aponta ainda a expansão do Elétrico como transporte do futuro em complemento do metro, e não apenas como instrumento de mobilidade turística tal qual se encontra atualmente. A sua expansão poderá incluir Matosinhos e Vila Nova de Gaia através da utilização do tabuleiro inferior da Ponte D. Luís I.

A **Rede Ferroviária Pesada** da cidade é operada pela Comboios de Portugal. Os “Urbanos do Porto” incluem serviços para Aveiro, Caíde, Guimarães e Braga e serão ampliados à Régua e a Viana do Castelo (Figura 27). No entanto, a estrutura ferroviária atual não tem possibilidades de se manter como solução a longo prazo, quer devido à acumulação de tráfego de mercadorias com passageiros, quer pela necessidade de redução de tempos de viagem, sendo necessária a sua reestruturação e é possível que a solução passe por uma fórmula europeia que viabilize o financiamento da mesma.

56 |



157 |

Figura 27. Mapa da Rede Comboios Urbanos do Porto, em 2022.
Fonte: Comboios de Portugal

Em 2021, a duração média dos movimentos pendulares da população residente empregada ou estudante no Porto é de 20,3 minutos, valor superior ao observado para a região norte (18,3 minutos) mas muito similar ao registado para o continente (20,1 minutos). Segundo o INE, em 2017, no que respeita às deslocações por todos os motivos, o modo “a pé” resolvia cerca de 31% das deslocações realizadas em dias úteis na cidade, sendo este valor superior ao registado em 2011 (21%). A utilização da bicicleta tem também vindo a aumentar na última década mas quase exclusivamente por motivos turísticos ou para utilização lúdica ou física, e sobretudo ao fim de semana. No conjunto dos movimentos urbanos na cidade a utilização de bicicleta para deslocações diárias, em 2017, era residual, representando apenas cerca de 0,36% do total. O incremento desta utilização é um dos desígnios da política europeia para as cidades. Em 2013, a cidade do Porto dispunha de uma **Rede Ciclável** com cerca de 29 km, para uma área de cerca de 42 km². A zona ocidental da cidade encontrava-se mais bem dotada destas infraestruturas, em contraste com as zonas central e oriental da cidade que, com exceção do Parque Oriental e das frentes de água, não possuíam outras vias destinada a bicicletas. A rede estava, assim, organizada em 5 ciclovias: Marginal, Viaduto da Prelada, Foz da Ribeira da Granja, Boavista e Asprela. Entretanto, fruto do investimento nesta matéria, a infraestrutura de modos suaves (onde se inclui a rede ciclável) tem vindo a crescer na cidade, contando a atual rede ciclável com cerca de 35 km de extensão (Figura 28), sendo que, em estações de metro e de comboio, se disponibilizam locais para estacionamento de bicicletas. O município pretende chegar aos 54 km de extensão de rede ciclável (Figura 29) e garantir a ligação entre zonas habitacionais e equipamentos como, por exemplo, universidades e escolas.

58 |

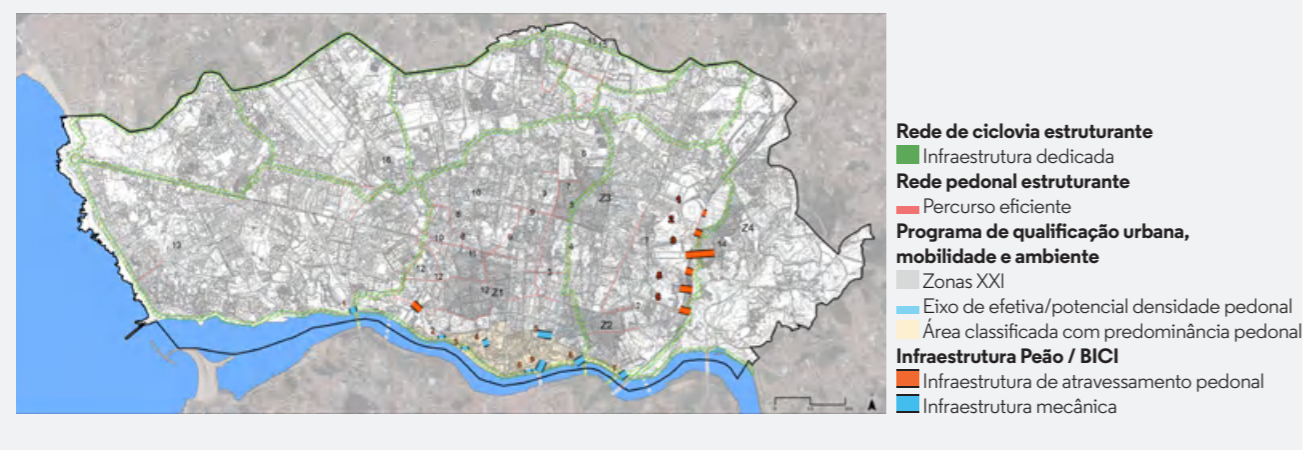


Figura 28. Carta de Infraestruturas de modos suaves do Porto
 Fonte: Plano Diretor Municipal, CMP, 2021

Na cidade existem também serviços de partilha em modos suaves de transporte, vulgarmente conhecidos como “*sharing* de trotinetas ou bicicletas”, para utilização pública durante períodos de curta duração. Os pontos de partilha estão identificados por marcações azuis no pavimento, complementados com sinalética vertical e a sua localização pode ser consultada em mapa no site da CMP. É de referir que a Universidade do Porto promove, desde 2018, um sistema de partilha de bicicletas destinado aos seus estudantes, docentes e funcionários, no âmbito do Projeto “U-Bike, Academia a Pedalar”, que visa incentivar a mobilidade ciclável e que conta com mais de duas centenas e meia de bicicletas elétricas.

| 59



■ Ciclovias Executadas
 ■ Ciclovias Planeadas

Figura 29. Ciclovias executadas e planejadas na cidade do Porto, em 2022
 Fonte: CMP

1. Dados Demográficos

De acordo com os dados censitários mais recentes (2021), a cidade do Porto tem uma população residente de 231 828 habitantes, representando 13,4% da população da área metropolitana do Porto, 6,5% da população da região norte e 2,2% da população residente no continente (Figura 30). O grupo etário mais jovem (0 aos 14 anos) representa 11,4% (26 438) da população da cidade, apresentando uma variação negativa de 0,5% face a 2011. A população com 65 ou mais anos representa 26% dos residentes (60 220), sendo maioritariamente (54%) mulheres.

Local de Residência	Grandes grupos etários					
	0-14			15-24		
	HM	H	M	HM	H	M
Continente	1 264 897	648 287	616 610	1 031 893	527 456	504 437
Norte	440 223	225 622	219 382	386 009	196 816	1 229 010
Porto	26 438	13 468	12 970	23 325	11 810	11 515

Local de Residência	Grandes grupos etários					
	25-64			65 ou mais		
	HM	H	M	HM	H	M
Continente	5 225 859	2 511 245	2 714 614	2 334 944	1 000 997	1 333 947
Norte	1 950 456	935 903	437 221	810 386	349 732	437 221
Porto	121 845	57 378	64 467	60 220	23 505	36 715

Local de Residência	Sexo		
	Total		
	HM	H	M
Continente	9 857 593	4 687 985	5 169 608
Norte	3 587 074	1 708 073	1 879 001
Porto	231 828	106 161	125 667

Figura 30. População residente(nº), por local de residência, idade e sexo
Fonte: CENSOS 2021, INE

II. Quem somos?

1. Dados Demográficos
2. Dados Socioeconómicos
3. Grupos Sociais Vulneráveis

Ao longo do século XX, e até ao início da década de 80, houve um aumento da população residente na cidade. Nas décadas seguintes a população veio sempre a diminuir até 2018, altura a partir da qual se verificou uma tendência de crescimento da população residente pelo 4º ano consecutivo (2018-2021) (Figuras 31 e 32). Entre 2011 e 2021, seguindo a tendência nacional e também do observado na região norte (com exceção de Vila Nova de Gaia, Valongo, Póvoa de Varzim e de Vila do Conde), a variação populacional na cidade do Porto apresenta uma evolução negativa, tendo diminuído 2,4% (Figura 33).

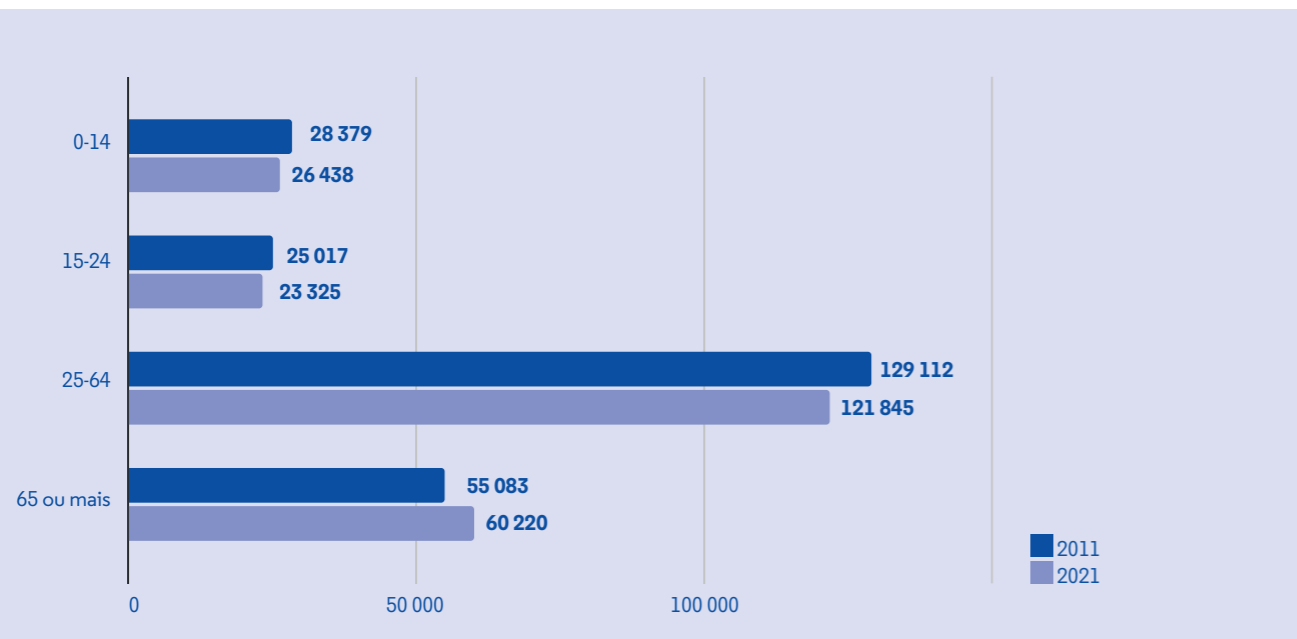


Figura 31. Evolução da população residente na cidade do Porto, entre 2011 e 2021, por idade
Fonte: CENSOS, INE

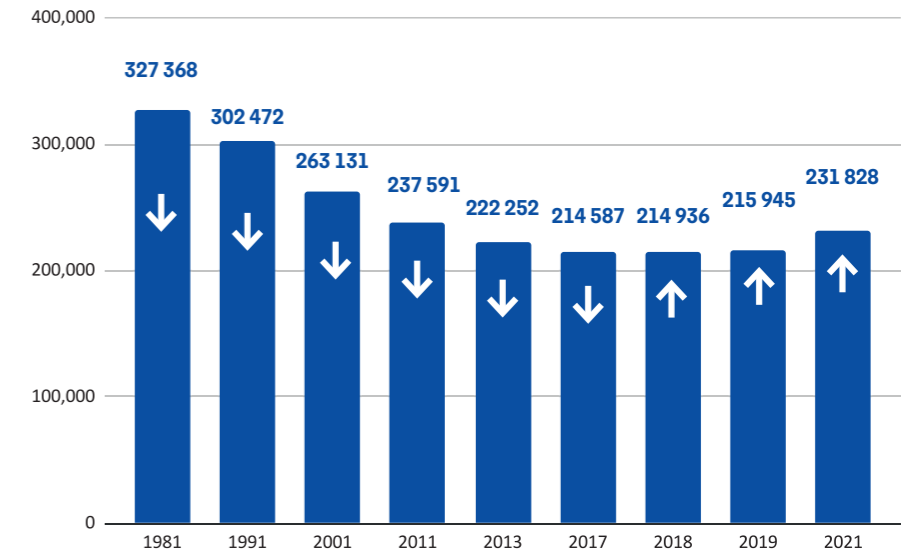


Figura 32. Evolução da População no Porto, 1981-2021
Fonte: INE

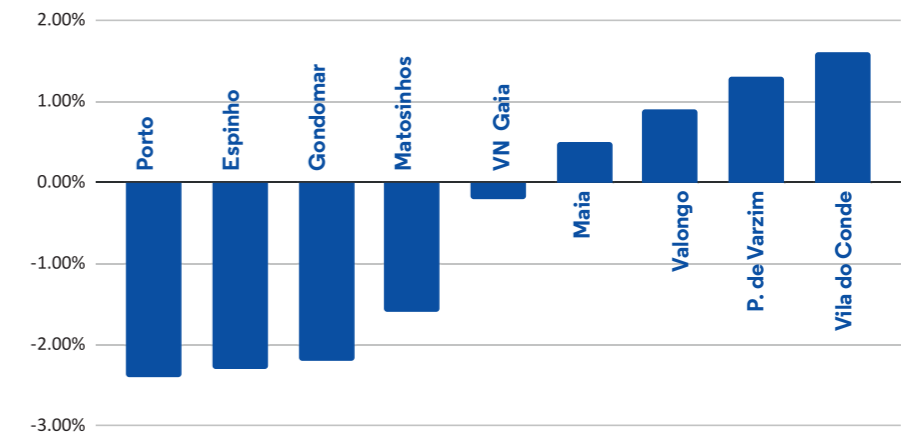


Figura 33. Variação Populacional, no Grande Porto, entre as décadas 1981 - 2021
Fonte: CENSOS, INE

As freguesias da cidade com mais população são Paranhos, com 45 890 habitantes, sendo também a freguesia que apresenta a maior taxa de crescimento face a 2011 (3,6%), seguida de Ramalde, com 38 849 habitantes e uma taxa de crescimento também positiva (2,2%). Em sentido contrário, Campanhã foi quem perdeu mais habitantes (- 9,1%) tendo atualmente 29 674 habitantes. O Bonfim é a freguesia menos populosa da cidade (22 981), tendo também registado uma evolução negativa face a 2011 (Figuras 34 e 35).

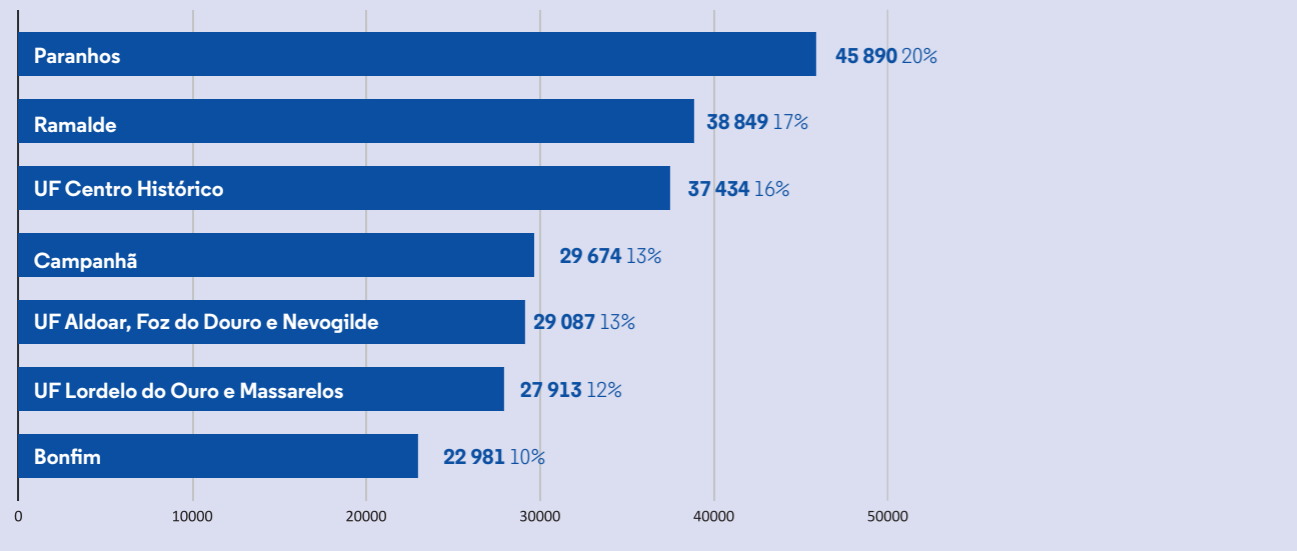


Figura 34. População residente na cidade do Porto, por freguesia, em 2021
 Fonte: CENSOS 2021, INE

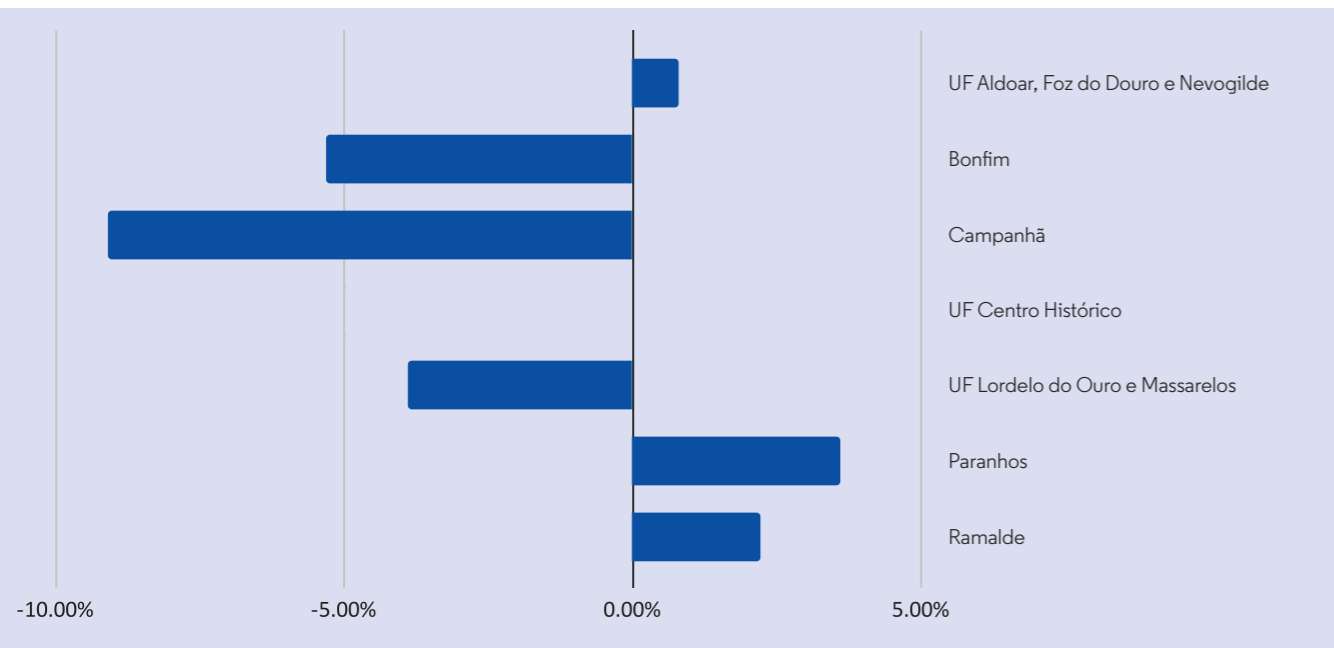


Figura 35. Variação Populacional nas freguesias do Porto, entre as décadas 1981-2021
 Fonte: CENSOS, INE



A **Densidade Populacional** tem vindo a diminuir: em 2001, a cidade apresentava um valor de 6 340,5 indivíduos/ km², tendo este valor baixado para 5 786,1 em 2011 e para 5 615,5 em 2021. Apesar desta tendência decrescente, segundo a PORDATA, em 2021, o Porto era o segundo concelho do país onde residiam mais pessoas, em média, por km² (Figura 36).

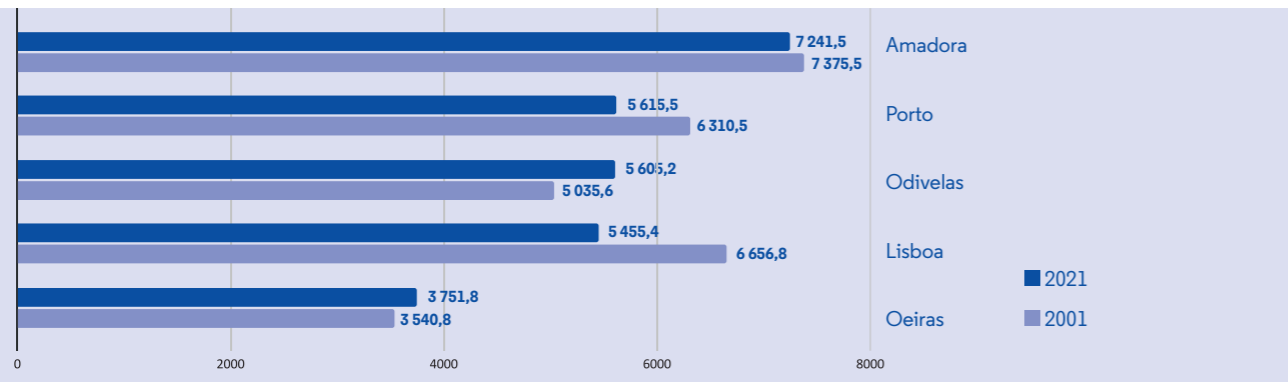


Figura 36. Densidade populacional: onde há mais e menos pessoas, em média/ km², 2001 e 2021
Fonte: CENSOS, INE

66 |

Segundo a última informação censitária (2021), as freguesias na cidade que apresentam maior densidade populacional são Bonfim, Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé e São Nicolau e as freguesias com menor densidade são Campanhã, Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde (Figura 37).

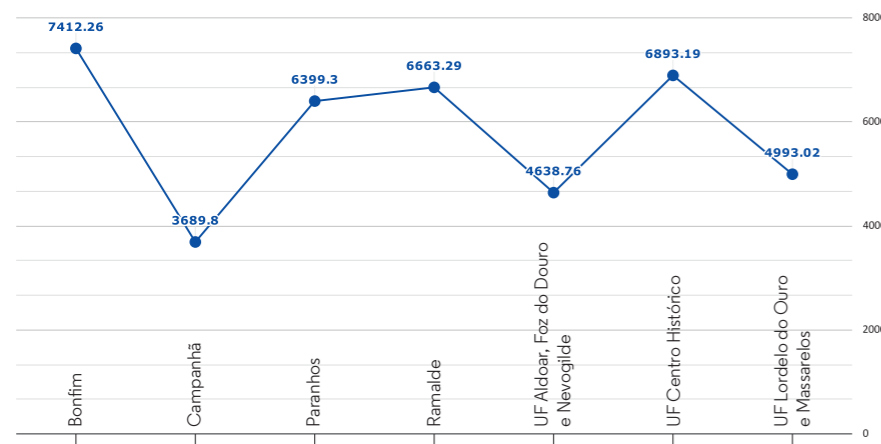


Figura 37. Densidade populacional na cidade do Porto, por freguesia, em 2021
Fonte: CENSOS, INE

Apesar de, entre 2015 e 2017, se ter registado um aumento, a tendência negativa na variação da **Taxa de Natalidade**, verificada na cidade, entre 2001 e 2011, tem-se mantido desde 2018, sendo em 2021 de 7,9 nados vivos por 1 000 habitantes, valor, ainda assim, superior ao da região norte (6,9) e ao do continente (7,7) (Figura 38).

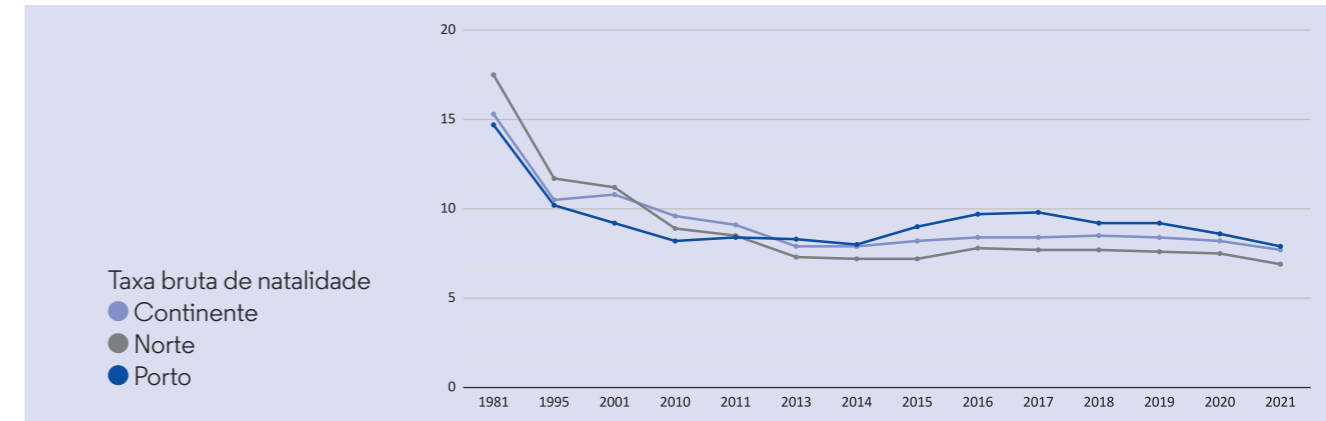


Figura 38. Evolução da Taxa bruta de natalidade de 1981 a 2021
Fonte: CENSOS, INE

O **Índice Sintético de Fecundidade** (número médio de crianças vivas nascidas por mulher, em idade fértil, dos 15 aos 49 anos), apresentou, na cidade do Porto, entre 2001 e 2017, uma tendência crescente, tendo vindo a diminuir desde essa data, sendo em 2021 de 1,25 crianças por mulher, valor ligeiramente superior aos da região norte (1,20) e igual ao do continente (1,25). É de referir que 2,1 crianças por mulher é o valor do índice considerado como mínimo para assegurar a substituição de gerações, nos países mais desenvolvidos (Figura 39).

167 |

Local de residência	2001	2011	2017	2018	2019	2020	2021
Continente	1,44	1,35	1,38	1,42	1,43	Pro 1,42	Pro 1,25
Região Norte	1,42	1,24	1,24	1,25	1,25	Pro 1,27	Pro 1,20
Porto	1,32	1,40	1,90	1,80	1,79	Pro 1,50	Pro 1,25

Pro - projeção

Figura 39. Evolução de Índice Sintético de Fecundidade 2001 a 2021
Fonte: CENSOS, INE

A **Esperança de Vida à Nascimento** (81,2 anos no triénio 2018-2020) tem aumentado em ambos os sexos, sendo ligeiramente inferior à da região norte (82,0 anos) e à do continente (81,7), apresentando no sexo feminino um valor superior (84,8 *versus* 77,0) (Figura 40).

Esperança de vida	Continente			ARS Norte			ACeS Porto Ocidental e Porto Oriental		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Triénio 1996-1998	75,8	72,2	79,4	76,0	72,6	79,3	74,9	70,1	79,2
Triénio 2005-2007	79,0	75,6	82,2	79,1	75,8	82,3	78,8	74,9	82,2
Triénio 2018-2020	81,7	78,6	84,6	82,0	78,8	84,8	81,2	77,0	84,8

H - Homens | HM - Homens e Mulheres | M - Mulheres

Figura 40. Esperança de vida à nascença, continente, região norte e ACeS Porto Ocidental e Oriental, triénios 1996-1998, 2005-2007 e 2018-2020

Fonte: Perfil Local de Saúde 2020, ARS Norte

Na cidade mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico verificado no resto do país e que, segundo o INE, só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. O **Índice de Envelhecimento** (nº de pessoas com 65 ou mais anos / nº de pessoas com menos de 15 anos X 100) tem vindo a aumentar no Porto (227,8 em 2021), sendo superior ao da região norte (184,1) e do continente (184,6). Ao contrário do **Índice de Dependência de Jovens** (relação entre a população jovem e a população em idade ativa), que tem vindo a diminuir (18,2 em 2021, valor inferior ao da região norte - 19,5 e ao do continente - 21,4), o **Índice de Dependência das Pessoas Idosas** tem vindo a aumentar (47,6 em 2021), sendo também superior ao da região norte (34,9) e ao do continente (37,5) (Figura 41).

Índice de Envelhecimento			
	2001	2011	2021
Continente	104,5	130,6	184,6
Região Norte	79,8	113,3	184,1
Porto	147,5	194,1	227,8

Índice de Dependência de Jovens			
	2001	2011	2021
Continente	23,3	22,4	20,2
Região Norte	25,5	22,3	18,8
Porto	19,5	18,4	18,2

Índice de Dependência de Idosos			
	2001	2011	2021
Continente	24,6	29,0	37,5
Região Norte	20,5	24,7	34,9
Porto	29,0	37,0	41,6

Figura 41. Índice de Envelhecimento, Dependência de Jovens e de Idosos, 2001-2021

Fonte: CENSOS, INE

Nas últimas décadas, têm-se registado significativas **Alterações nas Estruturas Familiares** na cidade. O número de agregados familiares no Porto aumentou 1,4% entre 2011 e 2021, valor inferior à taxa observada para o continente (2,6%) e para a região norte (3,8%). A dimensão das famílias, em termos médios, tem vindo a diminuir, tendência similar ao restante território continental. Entre 2011 e 2021, o número médio de pessoas por família baixou de 2,4 para 2,3 indivíduos.

As variações têm também demonstrado um crescimento das famílias monoparentais e unipessoais (sobretudo de pessoas idosas sós), totalizando as famílias com 1 e 2 pessoas 67% dos agregados familiares no Porto em 2021, tendo aumentado de 30 736 em 2011 para 33 385 em 2021 as famílias unipessoais e, de 32 663 em 2011 para 34 617 em 2021, as famílias com 2 elementos. Também se verificou uma diminuição das famílias numerosas (apenas 5% das famílias têm 5 ou mais elementos em 2021), tendo diminuído de 5 555 em 2011 para 4 613 em 2021, tendência que se mantém nas últimas três décadas (Figuras 42 e 43).

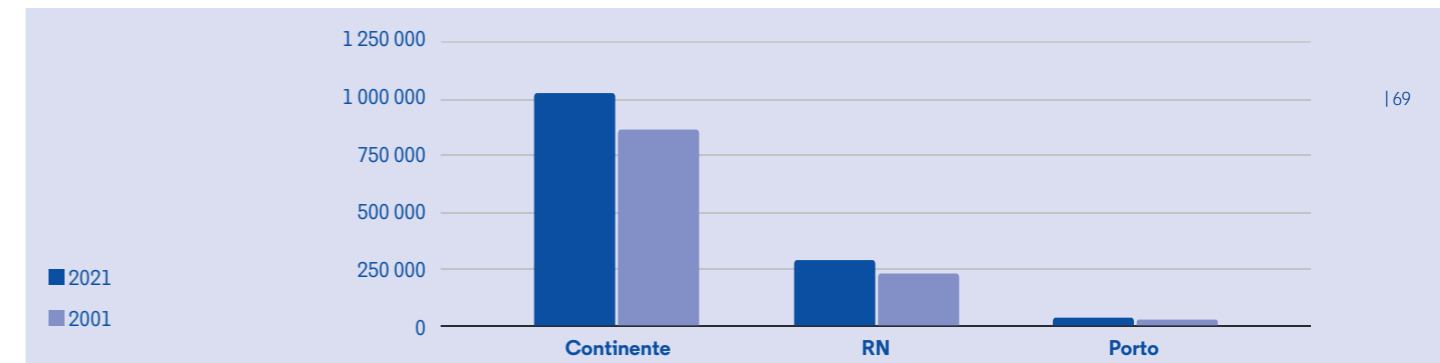


Figura 42. Famílias unipessoais no total da população residente, 2011-2021

Fonte: CENSOS, INE

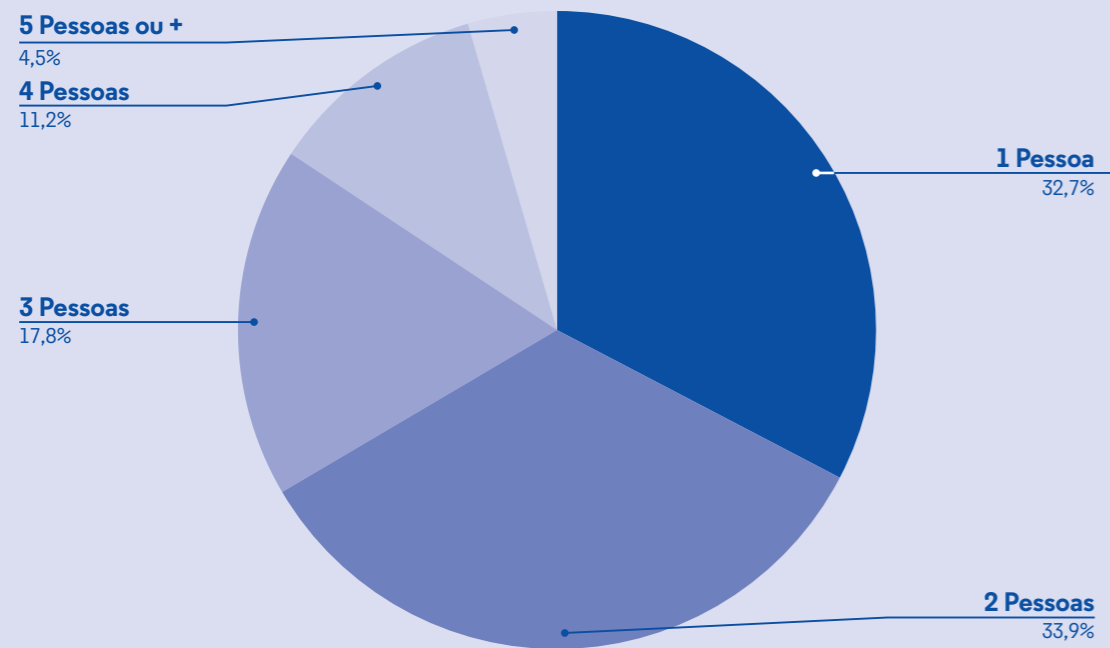


Figura 43. Dimensão dos agregados familiares domésticos privados (%), no Porto, 2021

Fonte: CENSOS 2021, INE

701

Por fim, e ainda relativamente à análise das estruturas familiares no Porto, apesar da tendência decrescente das últimas décadas, verifica-se um aumento do número de casamentos entre 2011 (970) e 2021 (1 372) (confirmada pela taxa de nupcialidade). Relativamente aos divórcios, apesar da tendência crescente das últimas décadas, entre 2011 e 2021 verificou-se uma diminuição dos mesmos, de 706 para 401, tendência confirmada pela taxa de divorcialidade.





2. Dados Socioeconómicos

2.1 EDUCAÇÃO / ESCOLARIDADE

Segundo os últimos censos (2021) a **Escolaridade** da população residente, com 15 ou mais anos, na cidade do Porto melhorou: a proporção de pessoas com ensino superior aumentou de 25%, em 2011, para 35%, em 2021, tendo também a proporção de residentes com o ensino secundário aumentado de 16% para 21%, seguindo as tendências observadas, tanto no continente (de 16% para 24% no ensino superior e de 14% para 21% no ensino secundário) como na região norte (de 12% para 18% no ensino superior e de 14% para 22% no ensino secundário). O ensino básico é o nível de escolaridade completo com maior expressão na população residente na cidade (39%), seguido do ensino superior (35%) (Figura 44).

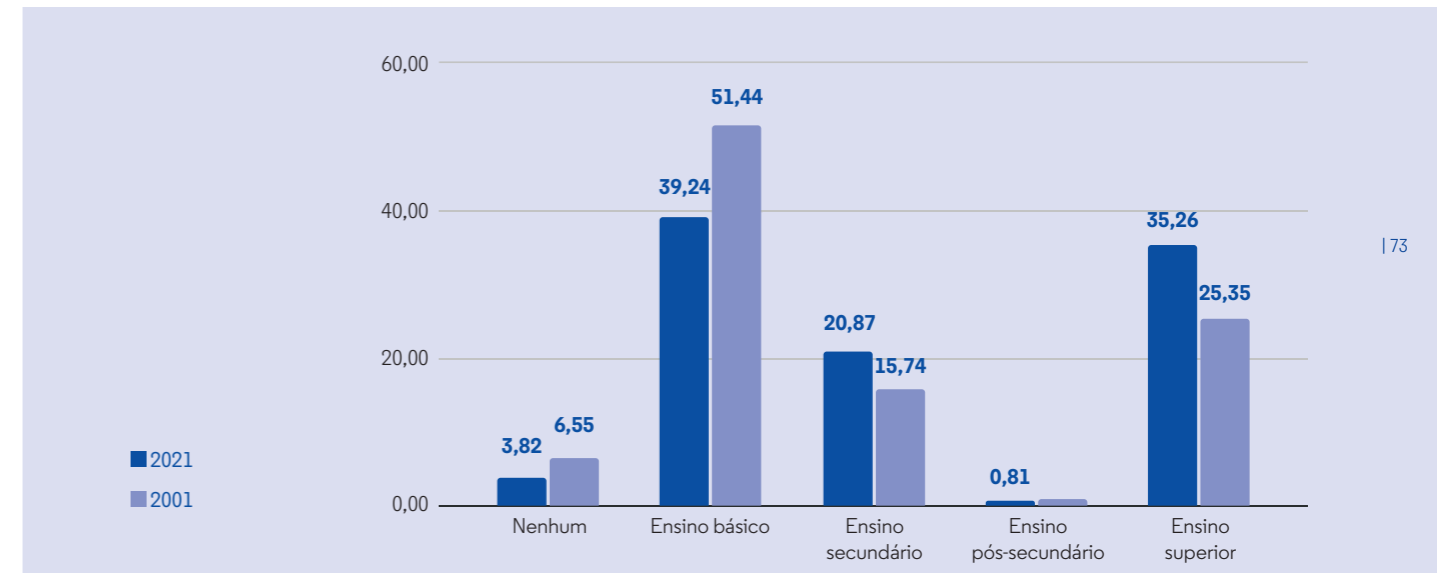


Figura 44. Distribuição (%) da população residente na cidade do Porto, com 15 ou mais anos de idade, por nível de escolaridade completo, comparação entre os anos 2011 e 2021
Fonte: CENSOS, INE

Quando analisamos a distribuição da população residente com o ensino básico completo, constata-se que esta é mais representativa nas zonas mais centrais e orientais da cidade. Por outro lado, é nas freguesias mais ocidentais que se encontram as maiores proporções de indivíduos com o ensino superior completo (Figura 45).

2.2 SITUAÇÃO PERANTE O EMPREGO

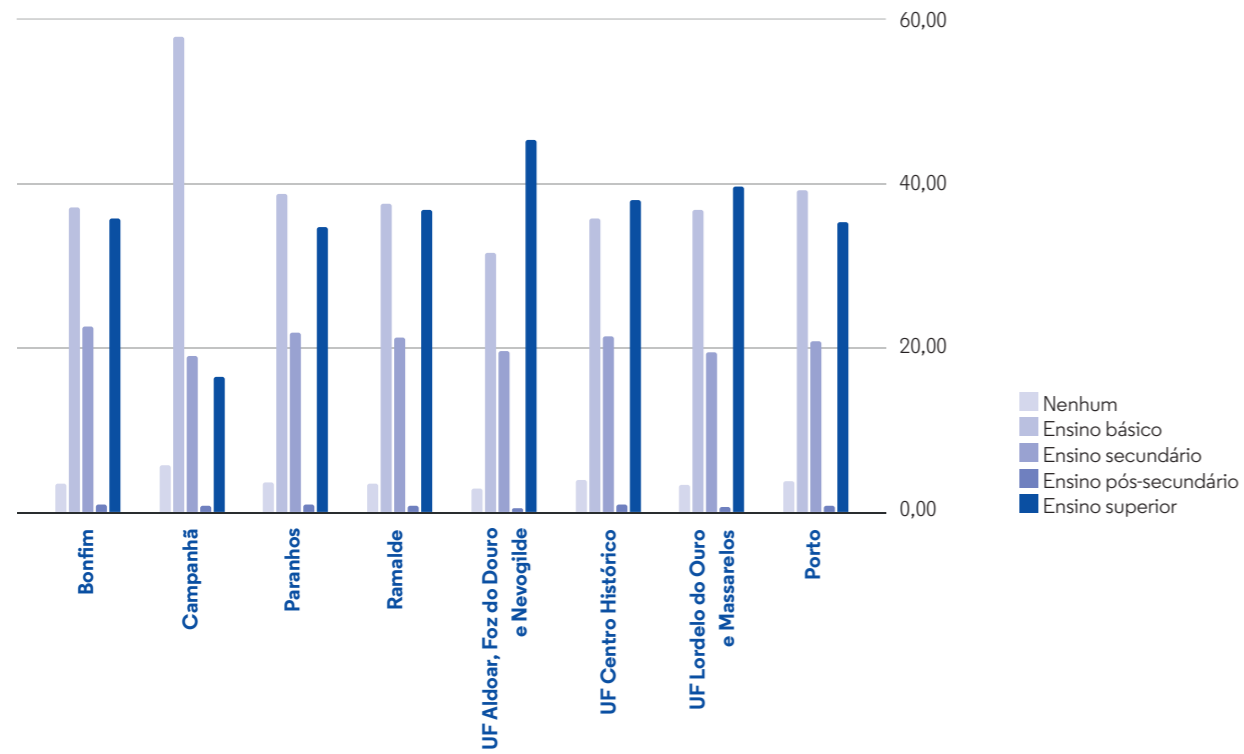


Figura 45. Níveis de escolaridade (em %), da população residente com 15 e mais anos de idade, por freguesia, na cidade do Porto, em 2021
Fonte: CENSOS 2021, INE

Em 2017, segundo dados do Instituto de Emprego e Formação Profissional, as **Pessoas Empregadas** residentes na cidade encontravam-se essencialmente no sector terciário (85,4%), com valores superiores aos da região norte (61,6%) e do continente (70,2%). Dentro do setor terciário, é o terciário económico o mais representativo.

Dados mais recentes (2021), dizem-nos que o número de pessoas desempregadas inscritas no Instituto de Emprego e Formação Profissional diminuiu para 12 596 em 2021, contrariando a evolução crescente registada desde o segundo semestre de 2008, sendo os grupos de pessoas mais representados do sexo feminino (53%) e da faixa etária dos 35 aos 54 anos (42%; 5 300) (Figura 46).

A maioria (92%;11 561,3) já tinha tido um emprego antes (estando

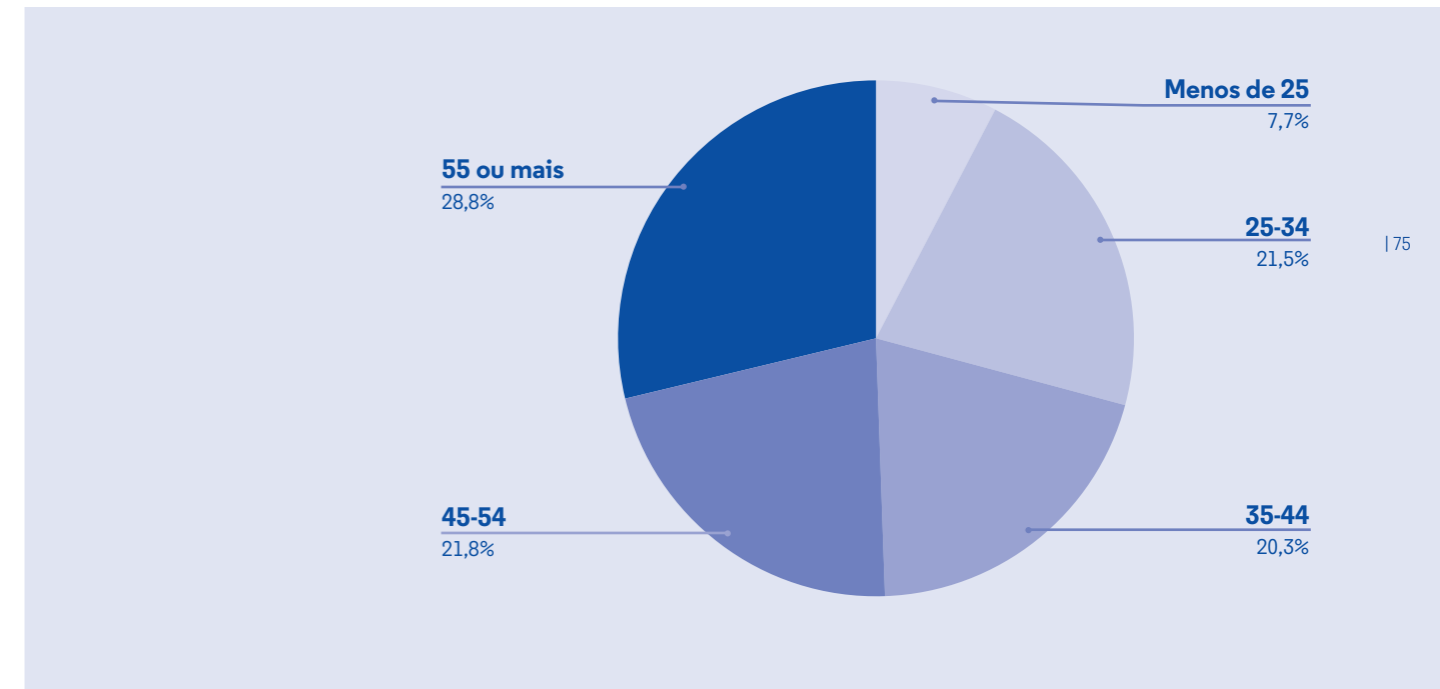


Figura 46. Proporção (%) de pessoas desempregadas residentes no Porto, por grupo etário, 2021
Fonte: CENSOS 2021, INE

agora à procura de um novo emprego), 53% (6 669) encontrava-se desempregada há 1 ou mais anos e 28% (3 503) tinha o ensino secundário (Figura 47).

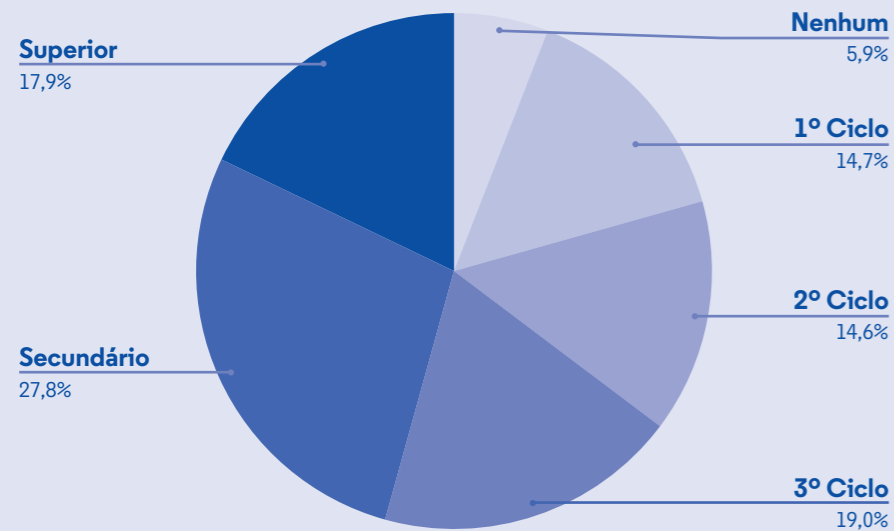


Figura 47. Proporção (%) de pessoas desempregadas residentes no Porto, por nível de escolaridade, 2021
Fonte: CENSOS 2021, INE



2.3 RENDIMENTOS E APOIOS SOCIAIS

Em 2019, na cidade do Porto, o ganho médio mensal (1 416,7 €) das pessoas trabalhadoras por conta de outrem era superior aos da região norte (1 100,4 €) e do continente (1 209,9 €). O mesmo se verifica com o poder de compra per capita (154,0), superior aos valores observados na região norte (93,0) e no continente (100,6), apesar da tendência decrescente verificada nos últimos anos (Figura 48).

Local de residência	Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem				Poder de compra per capita		
	2011	2015	2017	2019	2002	2011	2019
Continente	1 084,6	1 096,7	1 133,3	1 209,9	101,3	100,8	100,6
Norte	949,1	975,0	1 015,6	1 100,4	85,6	89,2	93,0
Porto	1 279,9	1 31,3	1 336,9	1 416,7	176,6	161,7	154,0

Figura 48. Ganho médio mensal (€) das pessoas que trabalham por conta de outrem, evolução 2011 - 2019, e poder de compra (€), por local de residência, evolução 2002-2019
Fonte: INE

Na cidade, a proporção (%) de pessoas beneficiárias (de entre a população com 15 ou mais anos) na qualidade de pensionistas da Segurança Social (34,5), bem como do rendimento social de inserção (7,4) e do subsídio de desemprego (1,7), é superior à da região norte e do continente (Figura 49).

Local de residência	Pensionistas da Segurança Social		Rendimento Social de Inserção		Subsídio de Desemprego	
	Nr. de Beneficiários	Proporção (% 15+anos)	Nr. de Beneficiários	Proporção (% 15+anos)	Nr. de Beneficiários	Proporção (% 15+anos)
Continente	2 757 064	32	237 171	2,8	139 059	1,6
Norte	1 002 002	31,8	93 468	3	51 505	1,6
Porto	70 961	34,5	15 147	7,4	3 579	1,7

Figura 49. Indicadores de suporte social, 2021
Fonte: CENSOS 2021, INE

De referir que o número de residentes na cidade que beneficiaram de algum tipo de **Apoio Social** tem vindo a diminuir, destacando-se o rendimento social de inserção, que contabilizou 15 147 pessoas beneficiárias (18 842 em 2017), seguido do abono de família para crianças e jovens (14 030 em 2021 e 15 065 em 2017), e do subsídio de desemprego (3 579 em 2021 e 3 598 em 2017) (Figura 50).

Tipo de Apoio Social	N.º Beneficiários
Rendimento Social de Inserção	15 147
Abono de Família	14 030
Subsídio de Desemprego	3 579
Subsídio de Bonificação por Deficiência	2 080
Subsídio Social de Desemprego	1 100 *
Subsídio Mensal Vitalício	374 **
Subsídio de Assistência à 3ª Pessoa	331
Subsídio por doença	14 718 *

* 2020 // ** 2017

Figura 50. N.º de pessoas beneficiárias de apoios sociais, residentes no Porto, 2021

Fonte: CENSOS 2021, INE

2.4 SEGURANÇA

A taxa de criminalidade tem vindo a descer desde 2011 de uma forma transversal, quer no continente (de 39,4 para 28,1 / 1 000 habitantes), quer na região norte (33,2 para 24,2 / 1 000 habitantes), mas no Porto diminuiu de forma mais acentuada (de 68,6 para 47,1 / 1 000 habitantes, Figura 51). A taxa de crimes contra a integridade física apresentou um panorama semelhante, com valores no Porto de 6,2 / 1 000 habitantes (em 2011 era de 10,9 / 1 000 habitantes), superiores aos registados para a região norte (com diminuição de 5,6 para 4,3 em 2021) e no continente (de 5,6 para 4,6), verificando-se a descida mais expressiva na cidade ao nível dos crimes por condução de veículo com taxa de alcoolemia superior a 1,2 g / l, para a qual se registou um valor de 0,6 / 1 000 habitantes, inferior aos registados para o continente (1,5 / 1 000 habitantes) e para a região norte (1,3 / 1 000 habitantes) (Figura 52).

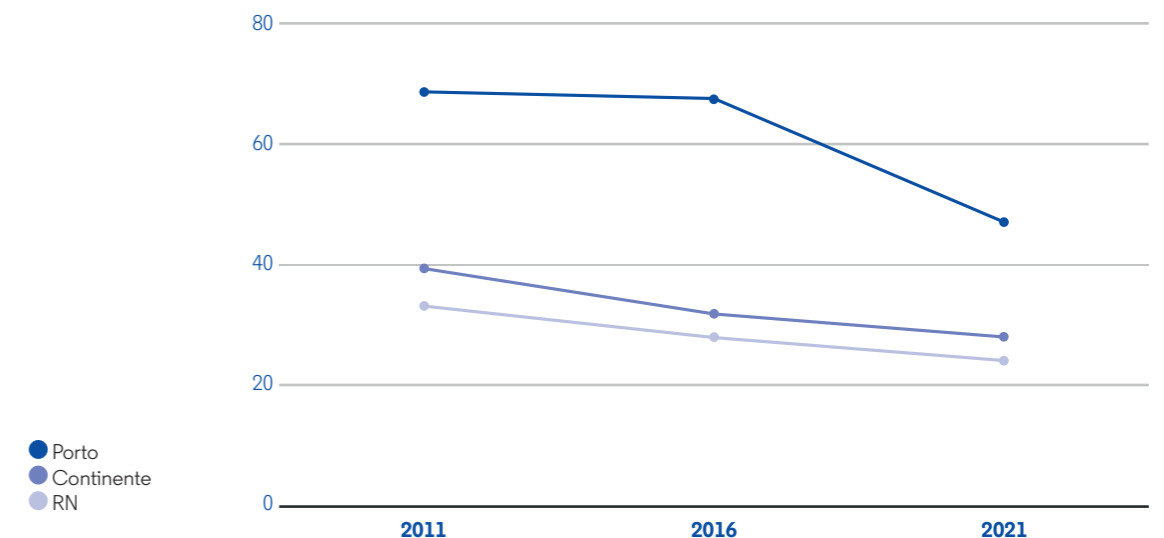


Figura 51. Evolução da taxa de criminalidade (/1 000 habitantes), 2011-2021
Fonte: CENSOS, INE

Taxa de Criminalidade			
	2021	2016	2011
Continente	28,1	31,9	39,4
RN	24,2	28	33,2
Porto	47,1	67,5	68,6

Crimes contra a integridade física			
	2021	2016	2011
Continente	4,6	5	5,6
RN	4,3	5	5,6
Porto	6,2	9,2	10,9

Condução de veículo com taxa de alcoolémia superior a 1,2 g/l			
	2021	2016	2011
Continente	1,5	2	2,2
RN	1,3	1,6	1,8
Porto	0,6	4,7	7,1

Figura 52. Taxas (%) de criminalidade, crimes contra a integridade física e condução com alcoolemia superior a 1,2 g / l (/ 1 000 habitantes), anos 2011, 2016 e 2021
 Fonte: INE

Em 2021, do total de crimes registados pelas diferentes forças policiais, os mais frequentes foram os crimes contra o património e os furtos em veículo motorizado (Figura 53).

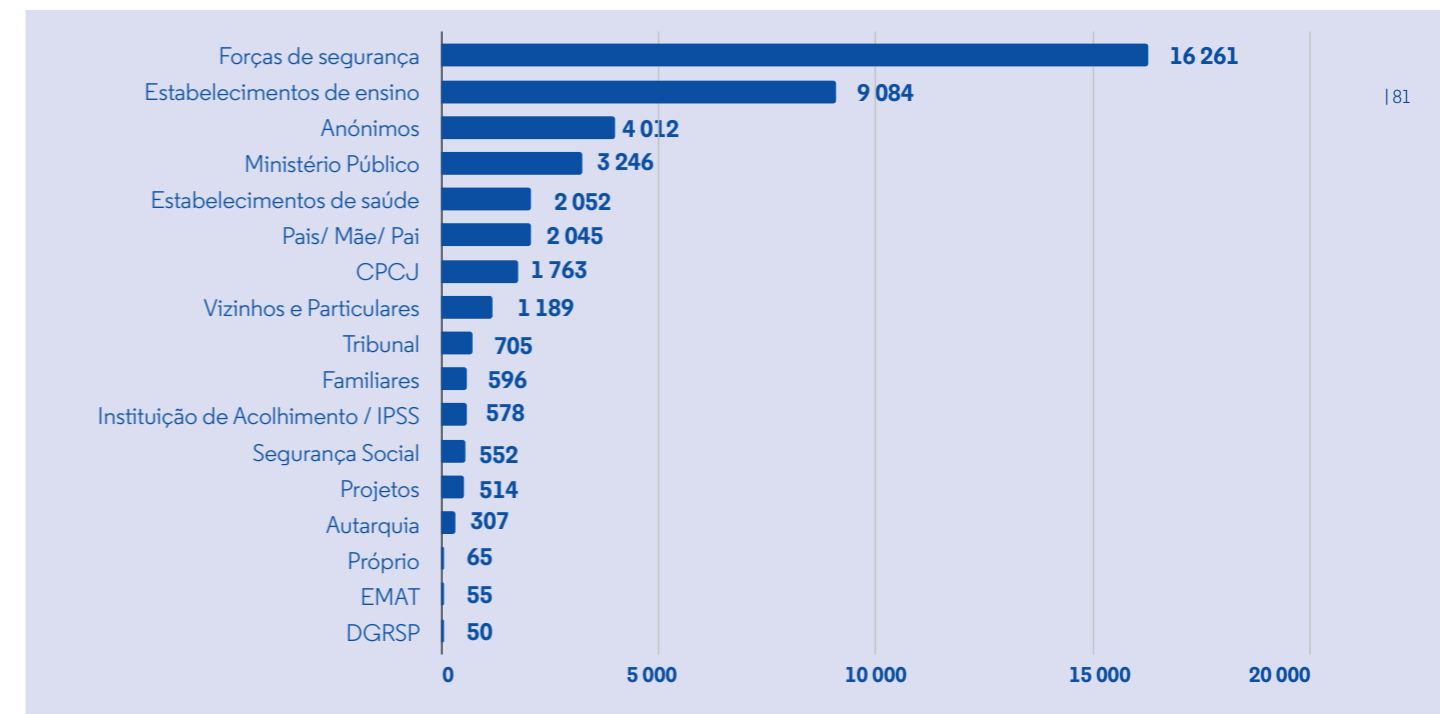
Tipos de Crimes	N.º de Crimes
Crimes contra o património	7 048
Furto de veículo e em veículo motorizado	2 639
Crimes contra as pessoas	2 200
Crimes contra a integridade física	1 451
Crimes previstos em legislação avulsa	957
Ofensa à integridade física voluntária simples	649
Roubo por esticção e na via pública	518
Violência doméstica contra cônjuge ou análogos	514
Crimes contra a vida em sociedade	486
Condução sem habilitação legal	401
Crimes contra o Estado	222
Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2 g/l	145
Crimes contra animais de companhia	29

Figura 53. N.º de crimes registados pelas forças policiais, por categoria/ tipo de crime, no Porto, em 2021
 Fonte: CENSOS 2021, INE

3. Grupos Sociais Vulneráveis

3.1 CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

De acordo com a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ), verificou-se um aumento no número de medidas de promoção e proteção entre 2011 (30 574) e 2018 (34 935), tendo, em 2021, este número diminuído para 29 928, apesar do aumento do número de crianças ou jovens acompanhados nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) em todo o país (67 941 em 2011 para 69 727 em 2021), concentrando-se cerca de metade nos distritos de Lisboa, Porto e Setúbal. A negligência continua a ser a principal situação de perigo. Relativamente às entidades comunicantes, em 2021, mantém-se a tendência de anos anteriores, onde as Forças de Segurança se destacam, com 16 261 comunicações (37,8%), seguindo-se os estabelecimentos de ensino, com 9 084 (21,1%) (Figura 54).



IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social | EMAT - Equipas Multidisciplinares de Apoio aos Tribunais | DGRSP - Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

Figura 54. Entidades sinalizadoras das situações de perigo em 2021
 Fonte: CNPDPCJ, 2021

Ainda segundo dados da CNPDPCJ, em 2021, Portugal teve uma taxa de incidência de comunicações de situações de perigo, diagnosticadas e medidas aplicadas de 2,54 por cada 100 crianças. As CPCJ do Centro e Norte apresentaram uma incidência menor de respetivamente de 2,52 e 2,16 comunicações por 100 crianças. A taxa de incidência nacional de crianças e jovens acompanhadas foi de 4,1 crianças e jovens por cada 100 residentes infantojuvenis no país, tendo a região norte apresentado um valor inferior (3,66).

No Porto, desde 2004, estão constituídas três CPCJ: CPCJ Central, que abrange as freguesias de Paranhos e Ramalde; CPCJ Ocidental, que abrange a União de freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde; a União de freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos e a União de freguesias de Cedofeita, Miragaia, Stº Ildefonso, Sé, S. Nicolau e Vitória; e CPCJ Oriental, que abrange as freguesias de Campanhã e do Bonfim. Em 2021, foram realizadas 1 019 comunicações, existindo uma média mensal de 791 processos ativos nestas 3 CPCJ.



3.2 PESSOAS IDOSAS

Desde a década de 60 que se assiste a uma tendência de aumento da proporção das pessoas residentes com 65 ou mais anos, transversal à cidade, à região norte e ao continente (Figura 55).

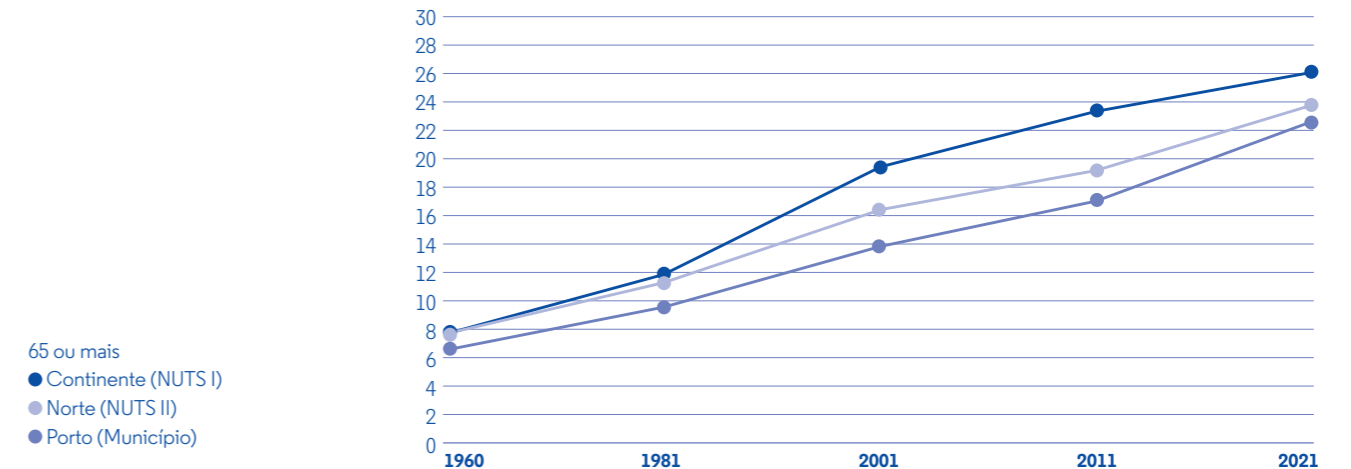


Figura 55. Proporção (%) de pessoas idosas (65 e mais anos), por local de residência, 1960-2021

Fonte: CENSOS 2021, INE

Em 2021, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 26% do total das pessoas residentes no Porto, percentagem superior à da região norte (22,6%) e do continente (23,7%). Nesta faixa etária, as pessoas residentes na cidade são predominantemente do sexo feminino (61%), sendo ainda de realçar que, em 2021, da população residente em habitação com arredamento apoiado (28 428 habitantes), 27% (7 651) eram pessoas idosas.

A questão do isolamento social das pessoas idosas assume um papel importante na cidade, já que, do total das pessoas idosas residentes, quase um quarto vivia só, tendo-se verificado, na última década, um aumento de 2%. As eventuais (in)acessibilidades dos edifícios existentes na cidade, conjugadas com a menor mobilidade característica desta faixa etária, poderão acentuar questões de isolamento e imobilidade.

3.3 PESSOAS COM INCAPACIDADE

Nesta matéria, os dados disponibilizados pelos últimos censos (2021), indicam que as dificuldades ou incapacidades mais reportadas pela população residente na cidade são ao nível da mobilidade (6,21% da população com 5 ou mais anos), designadamente dificuldades em andar ou subir escadas, seguidas da memória ou concentração (3,48%) e da visão (3,40%) (Figura 56). A dificuldade mais sentida (mobilidade), poderá agravar-se pela antiguidade do edificado e dos constrangimentos que daí poderão advir na acessibilidade aos mesmos, já referidos anteriormente.

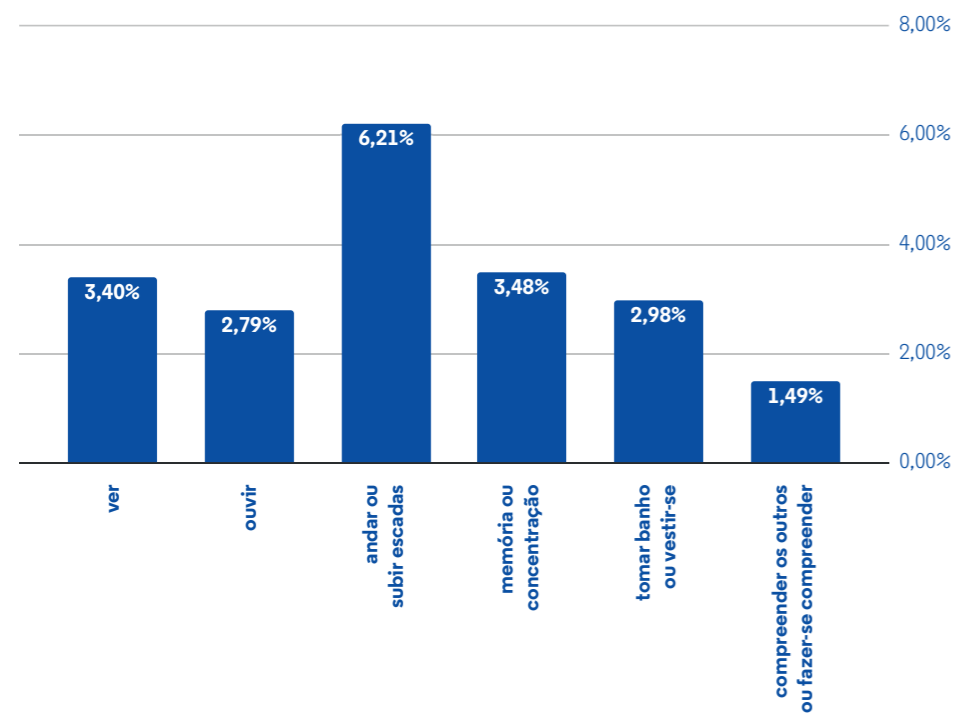


Figura 56. População residente no concelho do Porto por tipo de dificuldade reportada
 Fonte: CENSOS 2021, INE

Quando analisada a informação ao nível da freguesia, verifica-se que é em Campanhã e no Bonfim que existe uma maior proporção da população residente que apresenta pelo menos uma dificuldade (Figura 57).

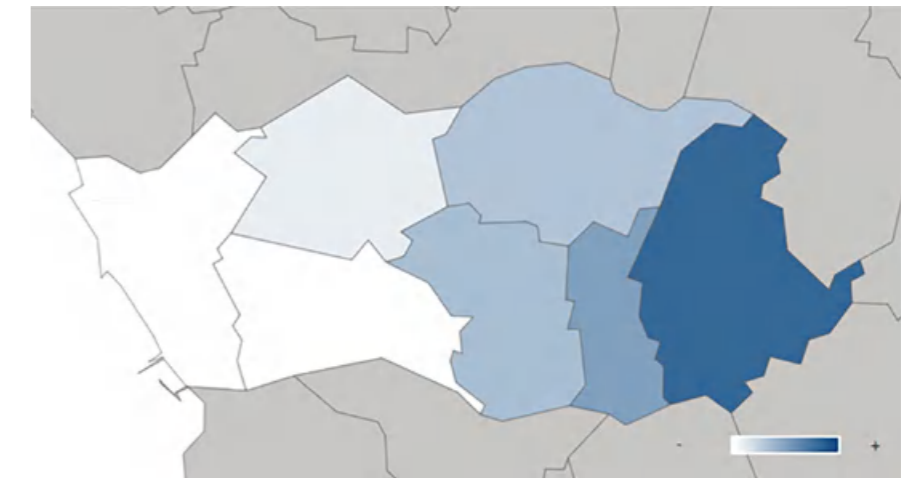


Figura 57. Proporção (%) da população residente, com 5 ou mais anos de idade, com pelo menos uma dificuldade, por freguesia da cidade do Porto, em 2021
 Fonte: CENSOS 2021, INE

3.4 MIGRANTES

Portugal, com uma tradição de emigração, é, desde a viragem do milénio, também destino de imigração e, simultaneamente, porta preferencial de entrada na Europa para as pessoas que falam português.

Entre 2001 e 2021, a proporção de residentes de nacionalidade estrangeira¹ aumentou de 2,3% para 6,7% no país e de 1,6% para 8,1% na cidade do Porto (a cidade que, ao nível da área metropolitana, apresentou maior incremento). A taxa de variação entre 2011 e 2021 foi de 64% no país, 116% na região norte e 150% no Porto. Dentro da área metropolitana, é também no Porto que se encontra o maior número de pessoas estrangeiras residentes (17 137 em 2021), correspondendo a 2,7% do total do país e a 14,3% da região norte. Em 2021, cerca de metade da população estrangeira residente na cidade era natural de um país do continente Americano (9 216 habitantes), e um quarto de um país Europeu (4 956 indivíduos). A imigração de pessoas oriundas de países europeus mais que duplicou entre 2011 e 2021 (de 2 045 para 4 956 pessoas), tendo, no caso de pessoas oriundas dos países africanos, diminuído para cerca de metade (de 1 677 para 899) (Figura 58).

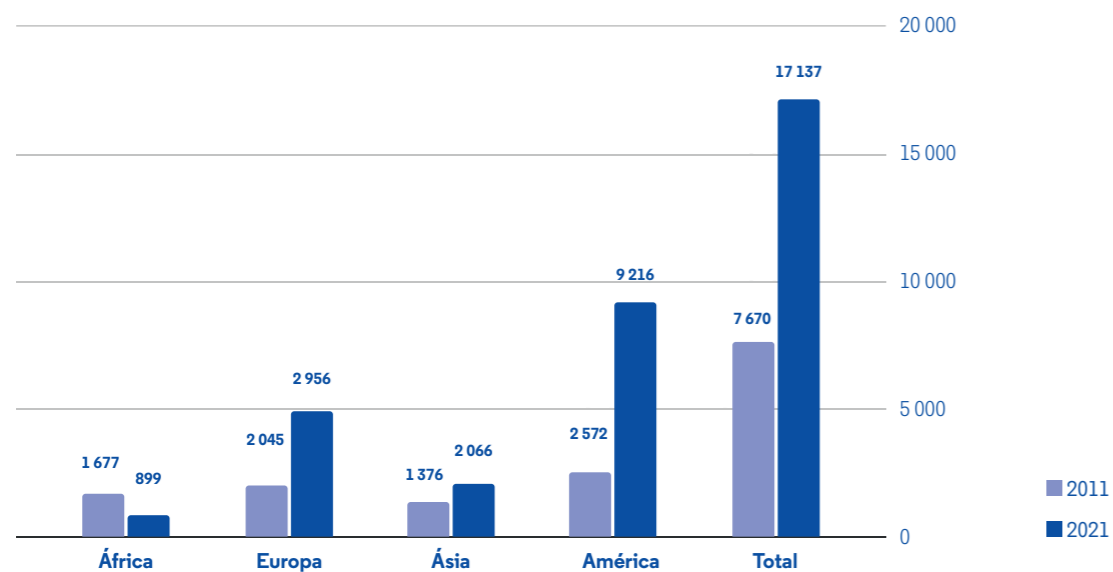


Figura 58. Evolução da imigração no Porto, por continente de origem, entre 2011 e 2021

Fonte: CENSOS, INE

A comunidade com maior representatividade a residir na cidade do Porto é a brasileira (44%; 8 303), seguida da italiana (6,5%), espanhola (4%), francesa (3,6%), angolana (2,8%) e cabo-verdiana (2,7%).

¹ Os dados relativos às pessoas estrangeiras residentes são fornecidos numa base anual pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e referem-se apenas às pessoas que solicitaram estatuto legal de residência.

3.5 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM ABRIGO

Segundo a Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (ENIPSSA), pessoa em situação de sem-abrigo (PSSA) é “aquela que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição socioeconómica e condição de saúde física e mental, se encontre sem teto, vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou paradeiro em local precário, ou sem casa, encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito”. Atualmente está em vigor, a nível nacional, uma ENIPSSA para 2017-2023, aprovada em 2017 em Conselho de Ministros.

Segundo o Inquérito de Caracterização das PSSA, a 31 dezembro de 2021, existiam 730 PSSA na cidade do Porto, 231 em situação de sem teto e 499 em situação de sem casa. Este número coloca o Porto como a 2ª cidade com maior número de PSSA a nível nacional e a 1ª a nível da área metropolitana do porto.

Na cidade do Porto, a ENIPSSA é operacionalizada pelo Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA Porto), criado em fevereiro de 2018 e coordenado pela CMP, que integra 63 entidades públicas e privadas. O NPISA Porto está organizado em 6 eixos de intervenção: 1. Acompanhamento Social, 2. Emprego e Formação, 3. Habitação, 4. Participação e Cidadania, 5. Saúde e 6. Voluntariado. No âmbito dos trabalhos desenvolvidos pelos mesmos, o NPISA Porto prevê a operacionalização de um Plano de Ação próprio. Nesse sentido, no âmbito das necessidades de atuação identificadas pelas entidades parceiras do PMS Porto em matéria de PSSA, existirá sempre uma estreita articulação com o referido Plano de Ação do NPISA Porto. De realçar que este já prevê várias iniciativas ao nível da saúde que objetivam, não só um maior conhecimento do fenómeno das PSSA, como também ações promotoras de mitigação do fenómeno, através da informação, sensibilização e educação, para o reforço de uma intervenção promotora da integração, destacando-se: a criação de um guia de apoio para a acessibilidade das PSSA ao Serviço Nacional de Saúde, a capacitação de profissionais de primeira linha ao nível dos cuidados de saúde e da área social e a melhoria dos circuitos ao nível da referenciação, acompanhamento e retenção pelas diversas estruturas da saúde.

3.6 PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DE GÉNERO E DOMÉSTICA

Portugal, enquanto Estado membro da União Europeia, vincula-se a diferentes acordos internacionais, tais como a Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais do Conselho da Europa de 1953; a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim da ONU de 1995; a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Convenção de Istambul) de 2011, tendo sido o primeiro país a ratificá-la, em 2013. No âmbito nacional, a Lei n.º 61/91 garante proteção às mulheres vítimas de violência e a Lei n.º 112 / 2009 estabelece o regime aplicável à prevenção da violência doméstica (VD). Outros momentos e documentos de referência são os Planos Nacionais de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (sendo o mais recente o de 2014-2017), a Equipa de Análise Retrospectiva de Homicídio em Contexto de Violência Doméstica (criada em 2017) e a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação – Portugal + Igual 2018-2030.

Segundo o Relatório Anual de Segurança Interna, em 2021, o distrito do Porto foi o segundo do País onde se registou maior número de ocorrências participadas de VD, com um total de 4 091 (- 7,6% face a 2020) casos, dos quais 20,2% (991) ocorreram na cidade do Porto. Em Portugal, a VD contra cônjuge ou análogo é a tipologia criminal mais participada (85% da totalidade dos casos, tendo ascendido a 22 524 casos (variação de - 4%). A VD contra menores registou 639 casos (+8,1%) e outros crimes de VD registaram 3 357 casos (- 6,9%). Na cidade do Porto, existe um Plano Municipal de Prevenção e Combate à Violência de Género e Doméstica, atualizado em 2019 e ainda em vigor. À semelhança do referido para as PSSA, no caso da VD, quando identificadas necessidades de atuação neste âmbito, no PMS Porto, as mesmas serão sempre articuladas com o respetivo Plano Municipal existente.



III. Que saúde temos?

Indicadores de Saúde
e Perfil Epidemiológico

1. Mortalidade

A taxa bruta de **Mortalidade** no Porto é superior à média regional e à do continente e apresenta tendência de aumento. Possivelmente, esta diferença é explicada pelo facto de a cidade ter uma população mais envelhecida (Figura 59).

Ano	Continente	Norte	Porto
2003	10.4	8.9	12.1
2008	9.9	8.4	11.6
2011	9.7	8.6	12.0
2012	10.2	9.0	12.1
2013	10.2	9.0	12.6
2014	10.1	8.9	13.4
2015	10.5	9.3	13.2
2016	10.7	9.5	13.6
2017	10.7	9.5	13.7
2018	11.0	9.9	13.9
2019	10.9	9.8	13.9
2020	11,9 ¹	11,2 ^a	14,5 ^a
2021	12,0 ¹	10,3 ^a	13,2 ^a

^a valor preliminar

Figura 59. Evolução da taxa bruta de mortalidade (/1 000 habitantes), por local de residência, 2003-2021
Fonte: INE, PORDATA, 2021

Em relação à **Mortalidade infantil** (óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade por cada 1 000 nados-vivos), os números têm-se mantido estáveis em valores baixos, com exceção do verificado nos anos 2001, 2015 e 2018, nos quais a cidade do Porto registou números mais elevados, por comparação tanto com a região norte como com o continente (Figura 60).

Ano	Continente	Norte	Porto
2001	4.8	5.9	9.1
2010	2.5	2.1	3.1
2011	3.1	3.1	1.0
2012	3.3	2.8	3.8
2013	2.9	2.8	2.1
2014	2.8	2.7	2.3
2015	2.9	2.6	4.6
2016	3.3	3.4	2.9
2017	2.6	2.0	2.9
2018	3.3	2.8	5.1
2019	2.9	2.5	3.0
2020	2.4	2.2	1.6
2021	2.4	2.1	1.1

Figura 60. Evolução da taxa de mortalidade infantil (/1 000 nados-vivos), por local de residência, 2001-2021
Fonte: PORDATA, INE

Para ambos os sexos e todas as idades, na cidade do Porto, e à semelhança do que se verifica ao nível do continente, as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos encabeçam a lista das **Causas de Morte** (Figura 61).

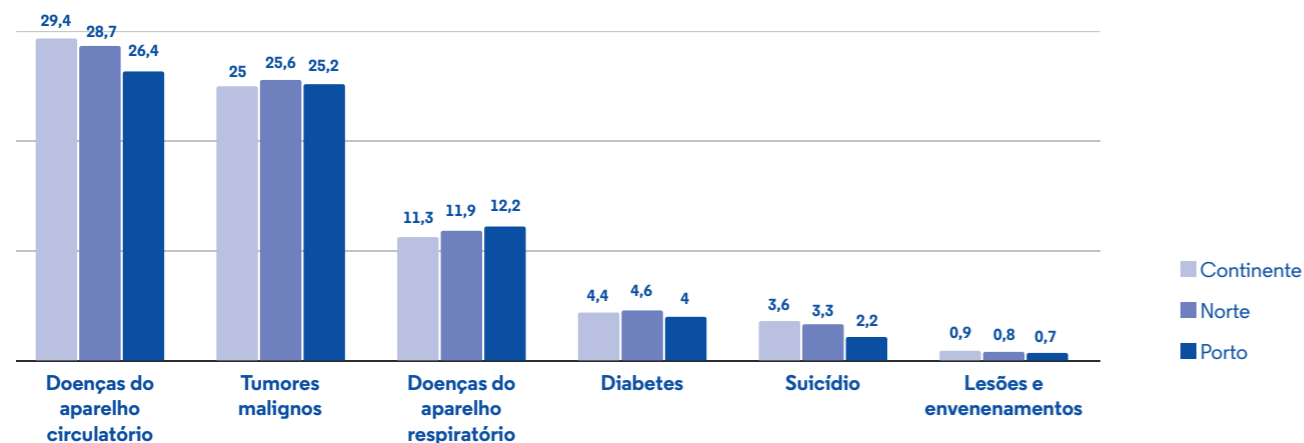


Figura 61. Mortalidade proporcional (%) por grandes grupos de causas de morte, por local de residência, todas as idades, ambos os sexos, 2017-2019
Fonte: PORDATA, INE

A mortalidade apresenta uma distribuição desigual por NUTS II e NUTS III (Figura 62), sendo que na área metropolitana do Porto, no triénio 2017-2019, a **Taxa de Mortalidade Padronizada**² para a idade (TMP) foi inferior à média nacional, tanto na mortalidade para todas as idades como na mortalidade prematura.

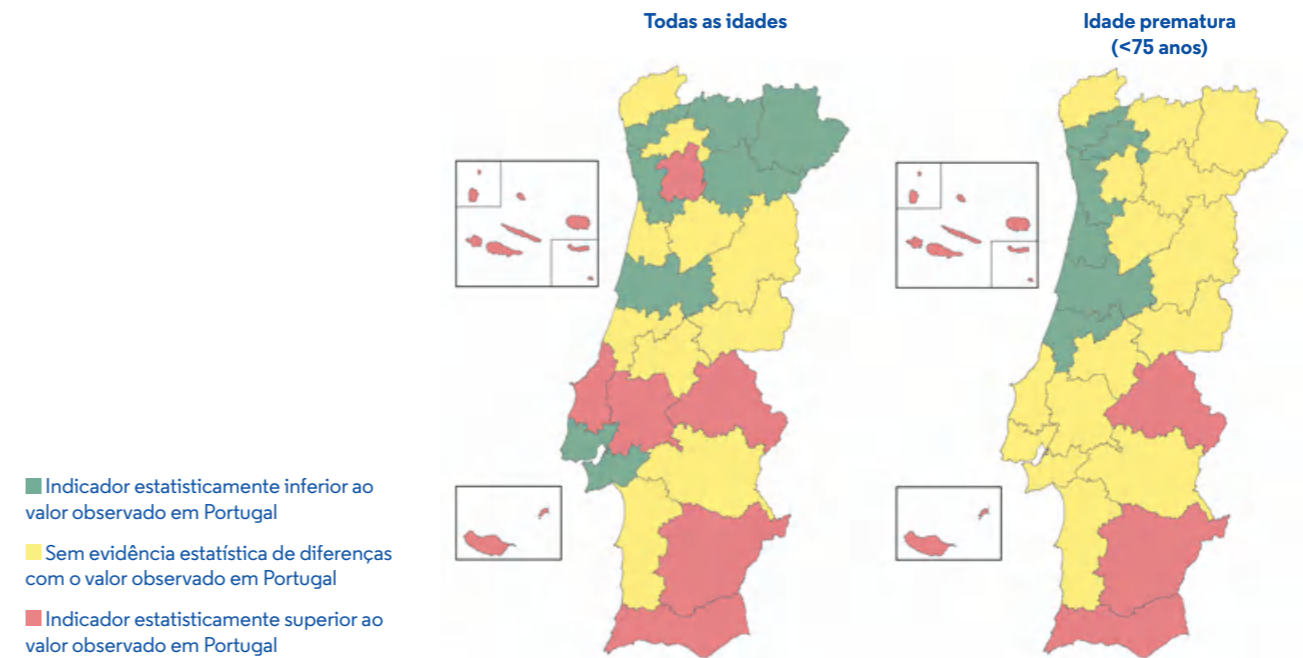


Figura 62. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/ 100 000 habitantes), todas as idades e idade prematura (<75 anos), nas NUTS III de Portugal, ambos os sexos, triénio 2017-2019
Fonte: Plano Nacional de Saúde 2021-2030, DGS

² Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) para a idade é uma taxa de mortalidade que foi padronizada de modo a eliminar os efeitos da diversidade da estrutura etária nas populações a comparar. A idade é um marcador de risco para mortalidade, por este motivo, a probabilidade de morrer aumenta fortemente com a idade, pelo que não deverão ser utilizadas taxas brutas de mortalidade para comparar o risco de morrer entre populações com estruturas etárias diferentes.

Uma análise da variação das taxas de mortalidade prematura padronizada para a idade (idade inferior a 75 anos), entre os triénios 2007-2009 e 2017-2019 (Figura 63), mostra que as três principais causas de morte prematura em Portugal se mantêm as mesmas, designadamente o tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões, as doenças isquémicas do coração e as doenças cerebrovasculares. Apesar de apresentarem uma menor magnitude, é de assinalar os tumores malignos do fígado e pâncreas, pela acentuada variação percentual verificada (37,7 % e 23,1 %, respetivamente), compatível com o aumento da sua importância enquanto causas de morte prematura.

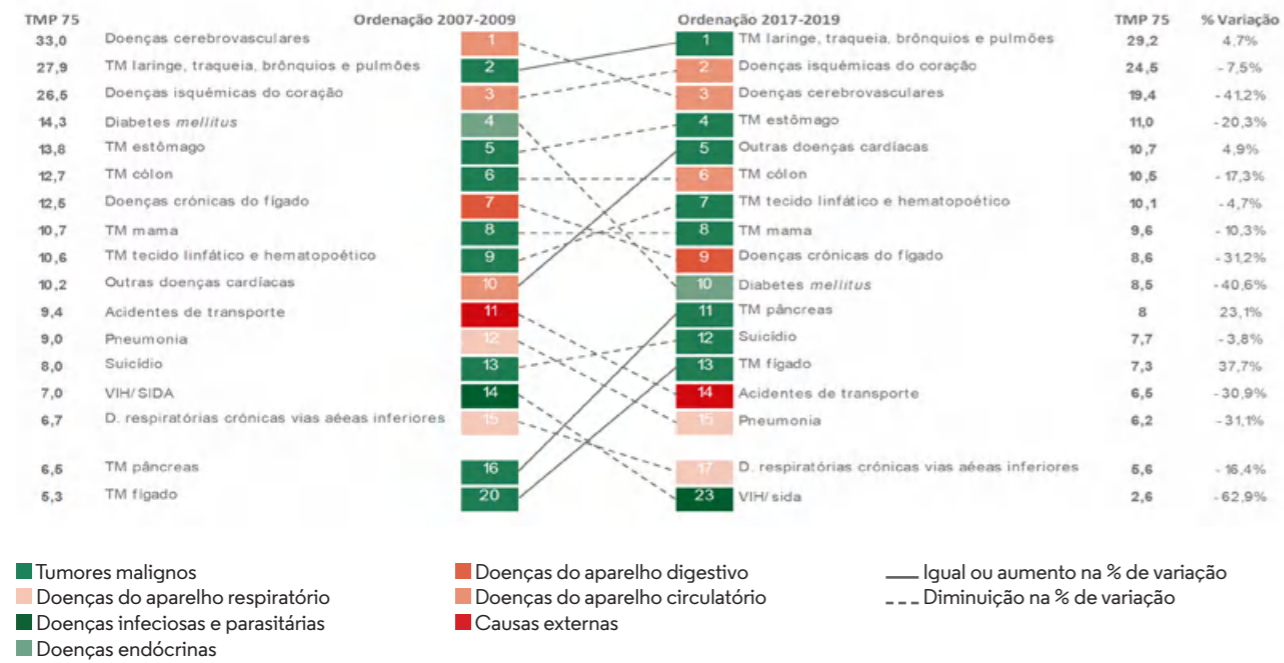
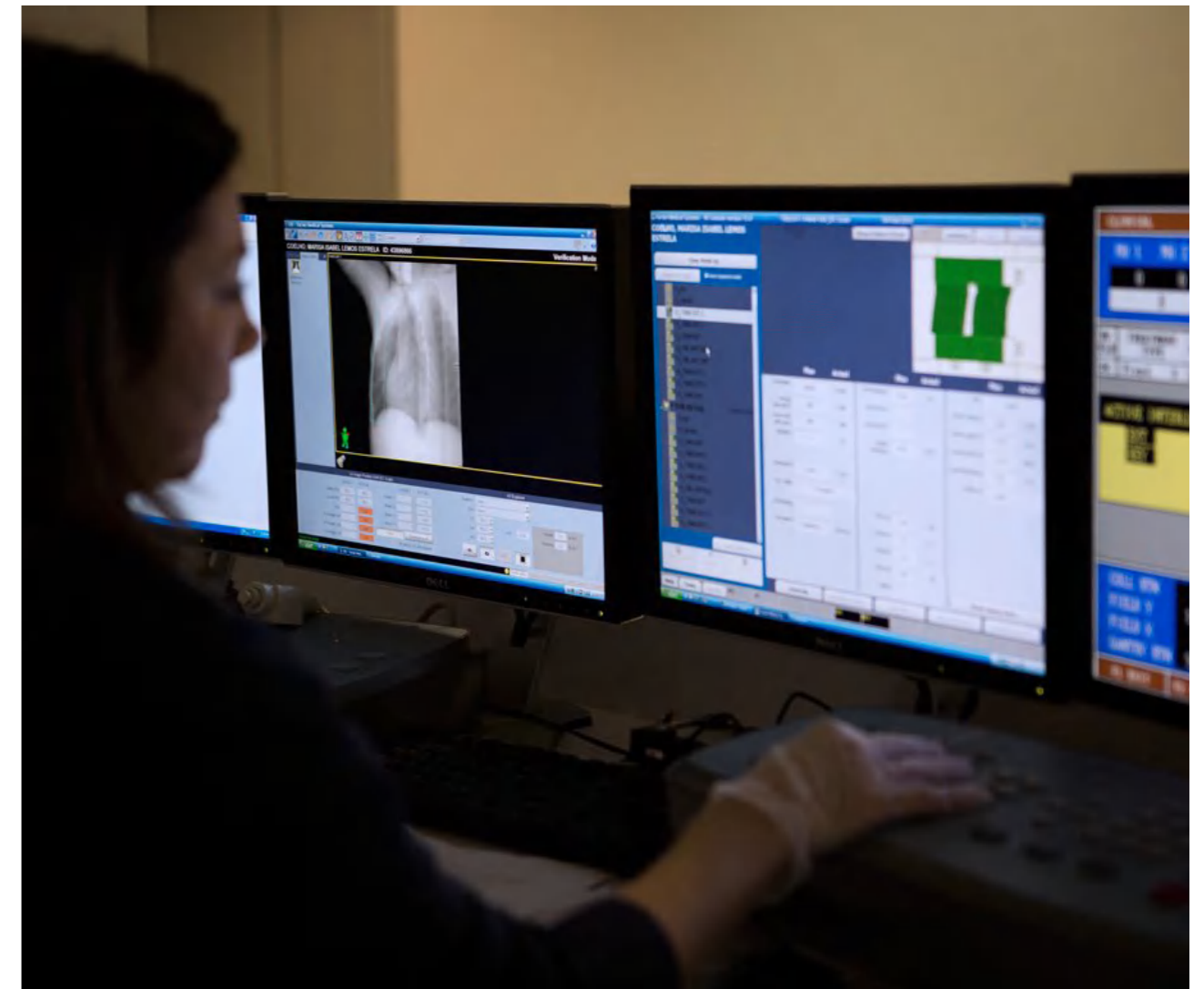


Figura 63. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa padronizada (/ 100 000 habitantes) de mortalidade prematura (população <75 anos) padronizada pela idade, em Portugal, ambos os sexos, triénio 2007-09 e 2017-19
 Fonte: Plano Nacional de Saúde 2021-2030, DGS

Na cidade do Porto, de acordo com a informação disponível para o triénio 2017-2019, a mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório e respiratório aumenta com a idade, ao contrário da mortalidade por causas externas, que diminui. As doenças infecciosas são uma causa importante de mortalidade entre os 30 e os 44 anos e os tumores malignos são responsáveis por cerca de 40 a 45% da mortalidade entre os 50 e os 74 anos. Para as idades inferiores a 75 anos, os tumores malignos e as doenças do aparelho circulatório são os que apresentam maior proporção de mortes (Figura 64).



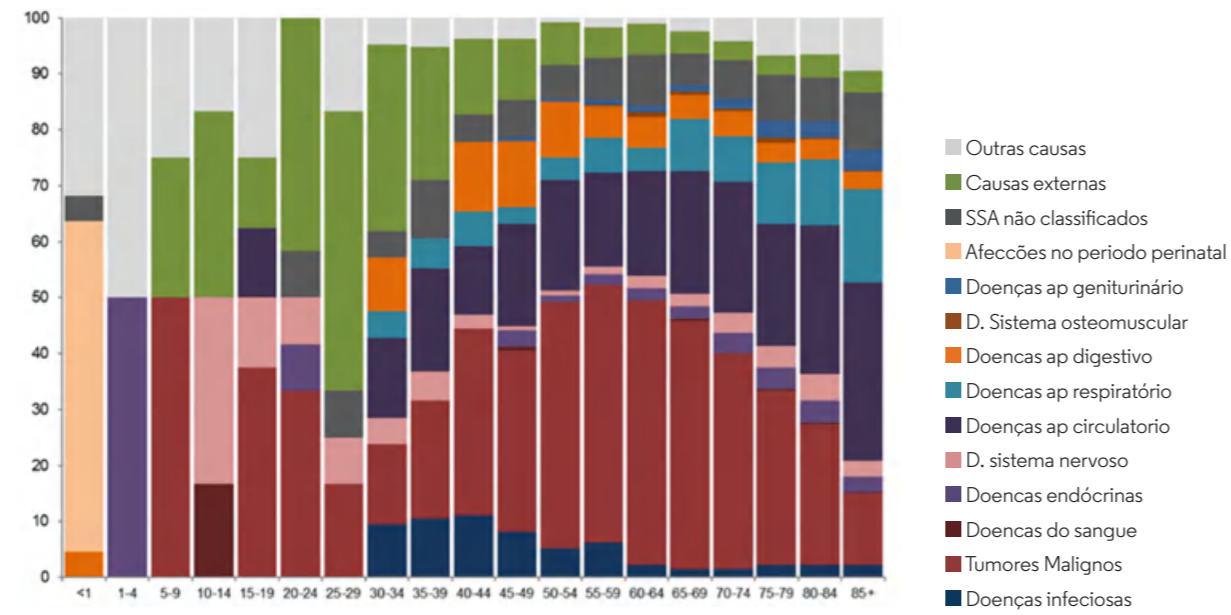


Figura 64. Mortalidade proporcional nos ACeS Porto (agregado) no Triénio 2017-19, por grupo etário para os grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos

Fonte: Perfil Local de Saúde 2020, ARS Norte

Apesar da população envelhecida poder explicar os valores mais elevados de taxa bruta de mortalidade na cidade, verifica-se que, no triénio 2017-2019, a TMP padronizada pela idade, na população com idade inferior a 75 anos, por todas as causas e para ambos os sexos, é significativamente superior na cidade à média registada para a região norte e continente, em ambos os sexos e na sua desagregação.

No sexo masculino, no triénio 2017-2019, as três principais causas de morte prematura foram o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões; as doenças isquémicas do coração e as doenças cerebrovasculares. Já no sexo feminino, as principais causas foram o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões; o tumor maligno da mama e as doenças cerebrovasculares (Figuras 65, 66 e 67).

Grandes grupos de causas de morte	Continente			ARS Norte			ACeS Porto Ocidental e Oriental		
	15-17	16-18	17-19	15-17	16-18	17-19	15-17	16-18	17-19
Todas as causas de morte	329,9	328,2	324,3	317,5	315,7	311,9	369,2	381,8	384,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,0	7,6	7,1	6,2	6,5	6,1	12,0	13,9	13,9
Tuberculose	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	1,4	2,0	2,1
VIH/sida	3,2	3,0	2,7	2,0	2,0	1,9	5,3	6,3	6,6
Tumores malignos	137,6	136,9	136,3	133,5	133,3	133,2	149,0	153,7	155,9
Tumor maligno do lábio, cavidade bucal e faringe	5,8	6,0	5,9	6,3	6,3	5,9	6,4	5,2	5,9
Tumor maligno do esófago	3,7	3,8	3,8	4,1	4,4	4,2	4,0	3,5	3,4
Tumor maligno do estômago	11,4	11,0	11,0	15,3	14,6	14,2	12,8	11,2	10,7
Tumor maligno do cólon	11,2	10,8	10,6	9,7	9,3	9,2	9,0	8,5	9,1
Tumor maligno da junção rectossigmoideia, recto, ânus e canal anal	5,5	5,4	5,2	4,7	4,7	4,5	4,3	4,2	5,0
Tumor maligno do fígado e vias biliares intra-hepáticas	7,0	7,1	7,2	6,7	7,0	7,2	8,6	9,3	9,7
Tumor maligno do pâncreas	7,6	7,8	7,9	7,0	7,2	7,1	7,2	6,7	6,8
Tumor maligno laringe, traqueia, brônquios e pulmões	28,7	28,7	28,8	29,2	29,4	30,3	39,9	42,6	45,8
Melanoma maligno da pele	1,4	1,4	1,4	1,0	1,2	1,2	1,0	1,3	1,2
Tumor maligno do rim, exceto pelve renal	2,0	2,0	2,1	1,8	1,8	1,8	2,4	2,2	1,5
Tumor maligno da bexiga	3,5	3,6	3,2	3,2	3,2	2,9	2,8	3,4	3,3
Tumor maligno do tecido linfático e hematopoético	10,4	10,1	9,9	9,4	8,9	8,7	12,7	12,2	10,7
Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos	1,0	1,0	1,0	0,7	0,8	0,8	0,9	0,7	0,7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	12,5	11,8	11,1	11,0	10,4	10,0	9,6	8,9	9,0
Diabetes Mellitus	9,3	8,7	8,1	8,0	7,6	7,2	6,9	6,9	5,8
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	9,9	10,2	10,2	9,6	9,7	9,6	11,2	11,0	9,7
Doenças do aparelho circulatório	66,7	66,0	64,9	64,4	63,3	62,3	74,2	74,5	74,8
Doenças isquémicas do coração	24,1	24,1	24,0	22,3	22,4	22,6	28,4	28,3	29,4
Outras doenças cardíacas	10,1	10,2	10,4	11,5	11,6	11,8	13,2	13,6	14,5
Doenças cerebrovasculares	20,5	19,8	19,0	20,1	18,8	17,6	19,3	18,8	17,3
Doenças do aparelho respiratório	18,8	18,8	17,6	20,1	19,5	18,6	23,9	24,1	23,7
Pneumonia	6,9	6,8	5,8	6,7	6,6	5,6	8,7	8,4	7,7
Doenças crónicas das vias aéreas inferiores	5,4	5,4	5,4	6,0	5,8	5,8	7,9	6,8	5,9
Doenças do aparelho digestivo	19,0	18,9	18,4	19,8	19,8	19,5	22,8	23,3	23,1
Doenças crónicas do fígado (inclui cirrose)	8,8	8,6	8,4	9,5	9,3	9,5	9,4	9,2	9,2
Doenças do sistema osteomuscular/ tecido conjuntivo	1,4	1,4	1,6	1,4	1,3	1,3	2,2	2,3	1,5
Doenças do aparelho geniturinário	4,0	4,0	3,9	3,6	3,8	3,5	3,6	3,4	4,0
Doenças do rim e ureter	1,6	1,6	1,6	1,3	1,6	1,6	1,5	0,8	1,4
Algumas afecções originadas no período perinatal	2,0	2,1	1,9	2,0	2,1	1,7	1,8	2,5	2,4
Síntomas, sinais e achados anormais não classificados	14,5	14,9	14,9	13,5	13,0	12,2	23,7	25,0	26,5
Causas externas	27,0	26,6	26,7	24,0	24,3	24,6	23,1	26,2	27,0
Acidentes de transporte	6,4	6,3	6,5	4,9	5,1	5,5	3,3	4,1	3,7
Quedas acidentais	2,1	2,1	2,0	2,3	2,2	2,2	1,6	1,9	1,8
Suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente	7,9	7,6	7,6	6,4	6,5	6,4	6,4	8,1	9,1
Lesões (ignora-se se foram acidentais ou intenc. Infligidas)	3,6	3,6	3,7	3,8	3,7	3,4	4,3	4,4	5,6

- A TMP é inferior com significância estatística
- A TMP é inferior sem significância estatística
- A TMP é superior sem significância estatística
- A TMP é superior com significância estatística

Figura 65. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada (/ 100 000 habitantes), nos triénios 2015-2017, 2016-2018 e 2017-2019 (média anual), na população <75 anos, ambos os sexos

Fonte: Perfil Local de Saúde 2020, ARS Norte



Uma análise à variação das taxas de **Anos de Vida Potencial Perdidos**³ (AVPP), em Portugal, entre os triénios 2007-2009 e 2017-2019 (Figura 68), vai ao encontro dos resultados da mortalidade padronizada prematura, evidenciando-se, pela elevada magnitude em 2018-2020, as taxas de AVPP por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, em ambos os sexos, e por doenças isquémicas do coração, sobretudo no sexo masculino. Relativamente à evolução nos 10 anos analisados verifica-se que o maior aumento ocorreu nas doenças isquémicas do coração e outras doenças cardíacas, tumores de fígado e do pâncreas. Por outro lado, as patologias nas quais se registou o maior decréscimo foram: VIH/SIDA, doenças crónicas do fígado e lesões desconhecidas. De destacar que os acidentes de transporte, apesar do decréscimo de 40,6%, ainda se mantêm nas primeiras causas de anos de vida potencial perdidos.

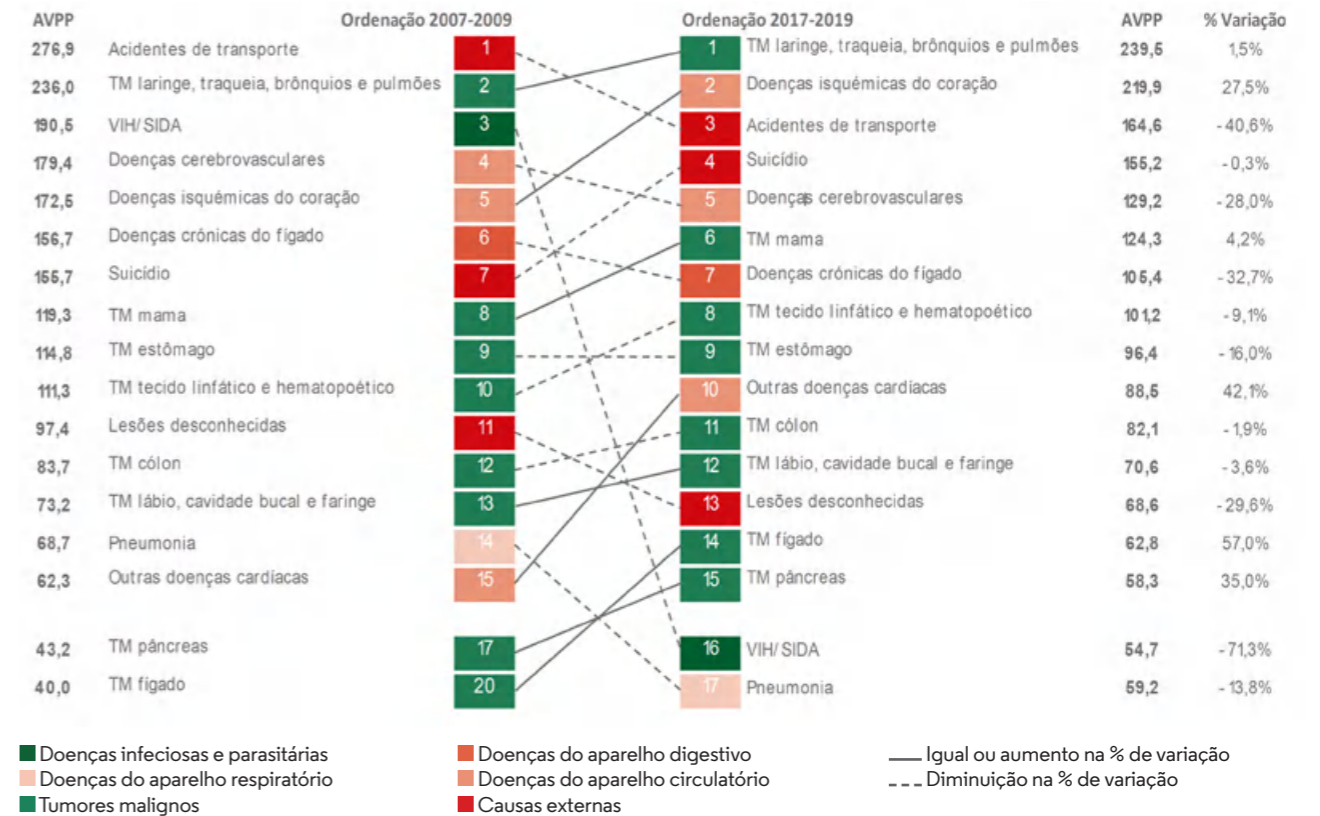


Figura 68. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa padronizada (/ 100 000 habitantes) de AVPP (até aos 70 anos), em Portugal, ambos os sexos, triénio 2007-09 e 2017-19
 Fonte: Plano Nacional de Saúde 2021-2030, DGS

³ Anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) - quantifica o número de anos de vida que teoricamente uma determinada população deixa de viver se morrer prematuramente.

De acordo com dados do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, em Portugal, nos últimos vinte anos, a esperança de vida (EV) à nascença aumentou 4,5 anos (sendo de 81,1 anos no triénio 2018-2020), ao passo que a EV aos 65 anos teve um aumento menor, de 2,6 anos.

Embora se note um aumento do tempo médio de vida em Portugal, este é acompanhado por um acréscimo do tempo de vida vivido em condições incapacitantes, já que a Esperança de Vida Saudável⁴ (EVS), quer à nascença, quer aos 65 anos, registou um aumento entre os anos 1990 e 2017, mas em menor escala (Figura 69).

Portugal	Homens		Mulheres	
	EV (anos)	EVS (anos)	EV (anos)	EVS (anos)
1990	14,1 (14,0 - 14,1)	10,6 (9,6 - 11,4)	17,2 (17,2 - 17,3)	12,8 (11,5 - 13,8)
2017	18,3 (17,9 - 18,8)	13,8(12,5 - 15,0)	21,7(21,2 - 22,1)	16,1(14,5 - 17,5)

Figura 69. Esperança de vida aos 65 anos de idade e esperança de vida saudável aos 65 anos de idade, por sexo, em Portugal (1990 - 2017)

Fonte: Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy for 195 countries and territories, 1990-2017

⁴ Esperança de Vida Saudável (EVS) – número médio de anos que um indivíduo pode esperar viver com saúde geral boa ou muito boa. É uma medida sumária que combina a quantidade (mortalidade) e a qualidade (morbilidade) de vida. É utilizada para exprimir carga de doença e lesões na população, fatores de risco e resultados do trabalho desenvolvido a nível de saúde pública.

Quando se analisam as principais causas de carga de mortalidade, doença e incapacidade em percentagem do total de DALYs⁵ em Portugal e a variação percentual da taxa de DALYs por 100 000 habitantes para cada causa, entre os anos 2009 e 2019 (Figura 70), observa-se um predomínio do grupo das doenças crónicas/não transmissíveis, incluindo as doenças osteomusculares. Entre 2009 e 2019, verifica-se uma variação favorável da taxa de DALYs por lesões devidas a acidentes de viação (- 35,2 %), cirrose hepática (- 16,8 %) e doença renal crónica (- 8,1 %). Ao contrário, observa-se uma variação desfavorável no que respeita a doença de Alzheimer (38,1 %), doenças osteomusculares (16,5 %), infeções respiratórias inferiores (10,8 %), Diabetes Mellitus (8,5 %) e quedas (7,1 %).

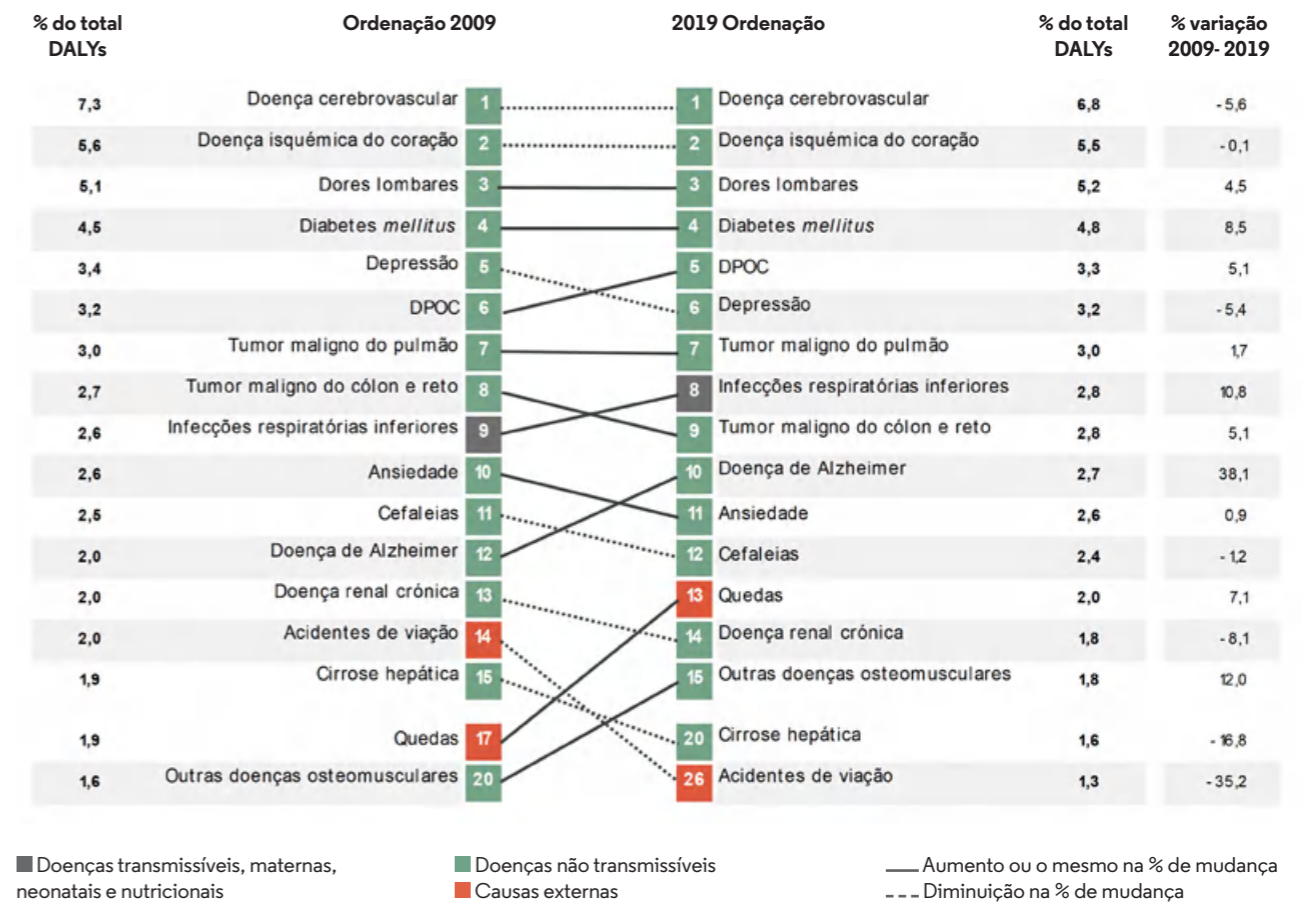


Figura 70. Principais causas de carga de mortalidade, doença e incapacidade (DALYs) e variação percentual, em ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019

Fonte: Plano Nacional de Saúde 2021-2030, DGS

⁵ DALY - combina as estimativas dos anos de vida perdidos por morte prematura (YLL) e dos anos de vida perdidos por doença e/ou incapacidade (YLD). Assim, um DALY é igual à soma YLL+YLD e corresponde a um ano de vida saudável perdido.

A análise da carga de doença e incapacidade (YLDs - anos de vida saudável perdidos) em Portugal e a sua variação percentual entre os anos 2009 e 2019 (Figura 71) é consistente com a análise dos DALYs, registando-se uma contribuição crescente das doenças osteomusculares, designadamente das dores lombares, o que é concordante com os principais resultados, em termos de prevalência de doença auto-declarada, do último Inquérito Nacional de Saúde (2019).

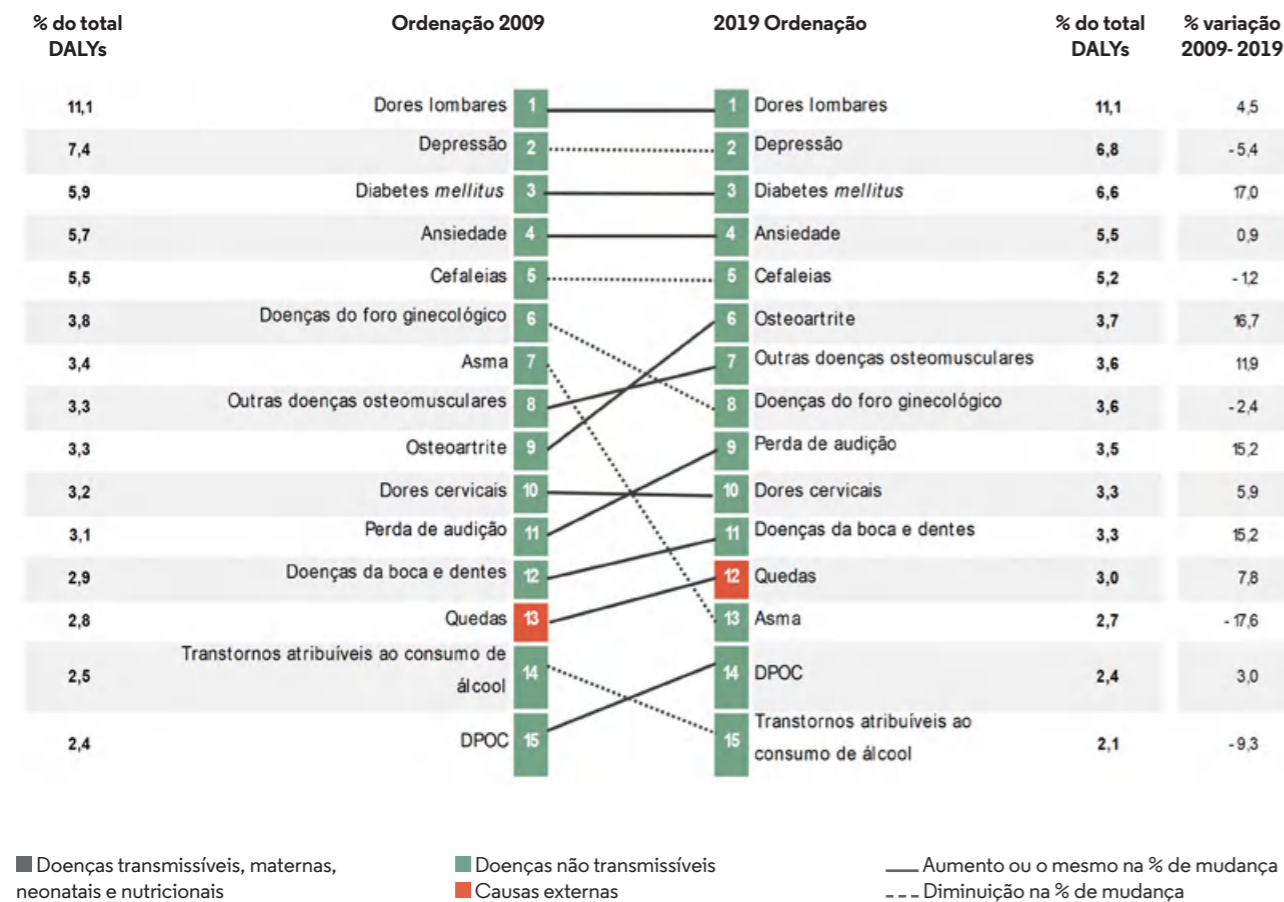


Figura 71. Principais causas de doença e incapacidade (YLD: anos de vida perdidos por doença e/ou incapacidade) e variação percentual, em ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019
 Fonte: Plano Nacional de Saúde 2021-2030, DGS

2. Morbilidade

Entre 2006-08 e 2018-20, a proporção (%) de **Nascimentos Pré Termo** diminuiu no Porto, sendo o valor para a cidade (8,2) superior ao da região norte (7,6) e ao do continente (7,6) (Figura 72). No entanto, a proporção de **Crianças com Baixo Peso à Nascimento** aumentou entre 2006-08 e 2018-20, na cidade do Porto (9,1), sendo este valor superior ao da região norte (8,6) e ao do continente (8,6) (Figura 73).

Local de Residência	06-08	09-11	12-14	18-20
Continente	8,7	8,0	7,9	7,6
ARS Norte	8,7	8,0	7,5	7,6
ACeS Porto Ocidental e Oriental	9,5	8,2	7,4	8,2

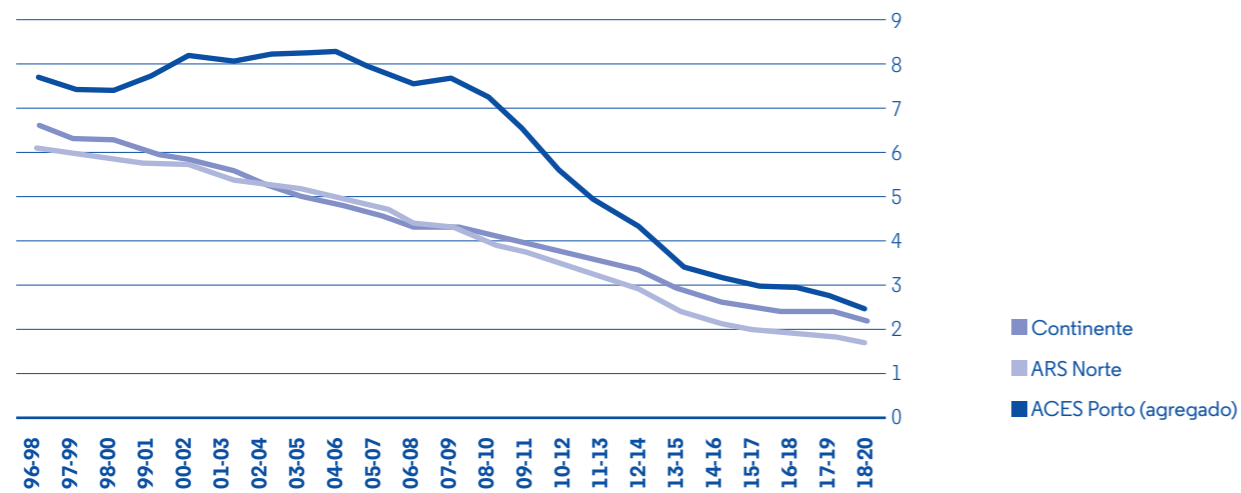
Figura 72. Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo (06-08, 09-11, 12-14, 18-20) (média anual por triénio)
 Fonte: Perfil Local de Saúde 2020, ARS Norte

Local de Residência	06-08	09-11	12-14	18-20
Continente	7,7	8,3	8,7	8,6
ARS Norte	7,6	8,2	8,6	8,6
ACeS Porto Ocidental e Oriental	8,9	9,8	9,6	9,1

Figura 73. Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença (06-08, 09-11, 12-14, 18-20) (média anual por triénio)
 Fonte: Perfil Local de Saúde 2020, ARS Norte

Entre 1996 e 2020, a proporção (%) de **Nascimentos em Mulheres com menos de vinte anos** na cidade tem vindo a descer, sendo em 2020 (2,4%) superior à da região norte (1,7%) e do continente (2,2%). No caso da proporção de **Nascimentos em Mulheres com trinta e cinco ou mais anos**, verifica-se o oposto, tendo este valor vindo a aumentar progressivamente desde 1996, sendo em 2020, no Porto (38,5%) superior aos valores registados na região norte e no continente (33,4%) (Figura 74).

EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO (%) DE NASCIMENTOS EM MULHERES COM IDADE INFERIOR A 20 ANOS, 1996-2020 (MÉDIA ANUAL POR TRIÉNIOS)



EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO (%) DE NASCIMENTOS EM MULHERES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 35 ANOS (06-08, 09-11, 12-14, 18-20) (MÉDIA ANUAL POR TRIÉNIO)

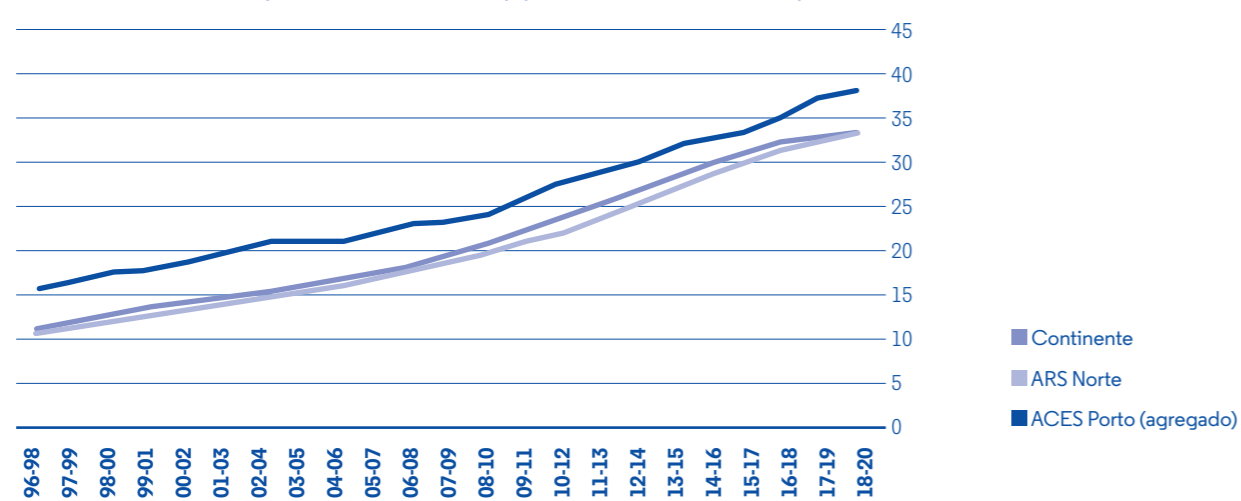


Figura 74. Nascimentos em Mulheres em Idade de Risco, evolução 1996-2020
Fonte: Perfil Local de Saúde 2020, ARS Norte

Em 2020, os seis Principais Diagnósticos Ativos das pessoas inscritas nos ACeS da cidade eram as alterações do metabolismo dos lípidos, a hipertensão arterial, as perturbações depressivas, a obesidade, as doenças dos dentes e gengivas e a diabetes, seguindo o padrão observado para a região norte e para o continente (Figura 75).

Diagnóstico ativo (ICPC-2)	Continente			ARS Norte			ACES Porto Ocidental			ACES Porto Oriental		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Alterações do metabolismo dos lípidos (T93)	24,2	23,2	25,2	26,6	26,1	27,0	22,3	21,2	23,3	24,3	22,8	25,7
Hipertensão (K86 ou K87)	22,4	20,9	23,7	22,5	21,1	23,8	19,6	18,5	20,5	22,3	20,4	24,1
Obesidade (T82)	13,4	11,2	15,4	15,5	12,7	18,0	11,8	9,8	13,5	13,9	11,0	16,4
Perturbações depressivas (P76)	11,7	5,1	17,7	12,4	5,4	18,8	13,1	6,2	19,0	12,3	5,9	17,8
Doenças dos dentes e gengivas (7 anos) (D82)	6,7	6,7	6,6	8,1	8,1	8,0	6,8	5,7	8,0	11,2	10,1	12,3
Diabetes (T89 ou T90)	8,2	8,7	7,7	8,7	9,1	8,3	7,0	7,6	6,6	8,4	8,8	8,1
Osteoartrose do joelho (L90)	5,7	3,6	7,5	6,3	4,0	8,4	4,9	2,5	6,9	5,5	2,8	7,9
Asma (R96)	3,3	2,9	3,7	3,6	3,1	4,0	4,6	4,1	5,0	3,9	3,4	4,3
Osteoporose (L95)	2,6	0,4	4,6	2,5	0,4	4,4	2,9	0,4	5,1	2,8	0,5	4,7
Osteoartrose da anca (L89)	2,8	2,1	3,5	3,2	2,4	3,9	2,3	1,6	2,9	2,5	1,7	3,2
Doença cardíaca isquémica (K74 ou K76)	1,9	2,4	1,4	1,6	2,3	0,9	2,1	3,1	1,2	2,3	3,2	1,5
DPOC (R95)	1,4	1,8	1,0	1,5	2,1	1,0	1,9	2,5	1,4	1,7	2,4	1,2
Trombose / acidente vascular cerebral (K90)	1,3	1,4	1,2	1,3	1,4	1,2	1,1	1,2	1,1	1,4	1,4	1,4
Neoplasia maligna da mama feminina (X76)	1,0	0,0	1,9	1,0	0,0	1,9	1,2	0,0	2,2	1,2	0,0	2,3
Demência (P70)	0,9	0,6	1,2	0,9	0,6	1,2	0,9	0,6	1,2	1,1	0,7	1,5
Enfarte agudo do miocárdio (K75)	0,7	1,1	0,3	0,7	1,1	0,3	0,8	1,2	0,4	0,8	1,2	0,4
Bronquite crónica (R79)	1,0	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9	0,6	0,7	0,6	0,8	0,9	0,8
Neoplasia maligna do cólon e reto (D75)	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6
Neoplasia maligna da próstata (Y77)	0,6	1,3	0,0	0,6	1,2	0,0	0,6	1,2	0,0	0,6	1,2	0,0
Neoplasia maligna do colo do útero (X75)	0,1	0,0	0,3	0,2	0,0	0,3	0,2	0,0	0,4	0,2	0,0	0,4
Neoplasia maligna do brônquio / pulmão (R84)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,1
Neoplasia maligna do estômago (D74)	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica | HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres
ICPC-2 - International Classification of Primary Care

Figura 75. Proporção de pessoas inscritas (%) por diagnóstico ativo (ICPC-2 International Classification of Primary Care), por ACeS, Dezembro 2020
Fonte: Perfil Local de Saúde 2020, ARS Norte

Da análise da evolução das causas de morbilidade, na cidade do Porto, entre 2016 e 2021, identificaram-se algumas alterações no que respeita ao ordenamento das causas, mas as 6 principais causas de morbilidade mantiveram-se as mesmas, no período em análise, em ambos os ACeS: excesso de peso, alterações no metabolismo dos lípidos, hipertensão arterial, abuso do tabaco, obesidade e perturbações depressivas (Figura 76).

ACes Porto Ocidental

2016			2021		
Proporção					Proporção
19,9	Hipertensão	1	1	Excesso de Peso	22,6
18,5	Alterações Metab. Lípidos	2	2	Alterações Metab. Lípidos	22,3
18,2	Abuso do Tabaco	3	3	Hipertensão	19,6
12,2	Perturbações Depressivas	4	4	Abuso do Tabaco	18,0
8,9	Obesidade	5	5	Perturbações Depressivas	13,1
8,8	Excesso de Peso	6	6	Obesidade	11,8
6,9	Diabetes	7	7	Diabetes	7,0
3,9	Asma	8	8	Asma	4,6
2,9	Osteoporose	9	9	Osteoporose	2,9
1,9	Neo Maligna Mama Feminina	10	10	Osteoartrite da Anca	2,3
1,9	Doença Cardíaca Isquémica	11	11	Neo Maligna Mama Feminina	2,2
1,8	Osteoartrite da Anca	12	12	Doença Cardíaca Isquémica	2,1
1,7	DPOC	13	13	DPOC	1,9
1,6	Abuso Crónico do Álcool	14	14	Abuso Crónico do Álcool	1,6
1,2	Trombose/ Acidente Vascular	15	15	Neo Maligna Próstata	1,2
1,1	Neo Maligna Próstata	16	16	Abuso de Drogas	1,2
1,0	Abuso de Drogas	17	17	Trombose/ Acidente Vascular	1,1
1,0	Demência	18	18	Demência	0,9
0,9	Bronquite Crónica	19	19	Enfarte Agudo do Miocárdio	0,8
0,8	Enfarte Agudo do Miocárdio	20	20	Bronquite Crónica	0,6
0,6	Neo.Maligna Cólon/ Recto	21	21	Neo.Maligna Cólon/ Recto	0,6
0,4	Neo Maligna Colo do Útero	22	22	Neo Maligna Colo do Útero	0,4

ACes Porto Oriental

2016			2021		
Proporção					Proporção
22,5	Hipertensão	1	1	Excesso de Peso	24,9
19,7	Alterações Metab. Lípidos	2	2	Alterações Metab. Lípidos	24,3
19,0	Abuso do Tabaco	3	3	Hipertensão	22,3
12,0	Perturbações Depressivas	4	4	Abuso do Tabaco	19,3
8,2	Diabetes	5	5	Obesidade	13,9
8,2	Obesidade	6	6	Perturbações Depressivas	12,3
6,7	Excesso de Peso	7	7	Diabetes	8,4
3,2	Asma	8	8	Asma	3,9
2,7	Osteoporose	9	9	Osteoporose	2,8
2,0	Osteoartrite da Anca	10	10	Osteoartrite da Anca	2,5
2,0	Doença Cardíaca Isquémica	11	11	Neo Maligna Mama Feminina	2,3
2,0	Neo Maligna Mama Feminina	12	12	Doença Cardíaca Isquémica	2,3
1,9	Abuso Crónico do Álcool	13	13	Abuso Crónico do Álcool	1,9
1,7	DPOC	14	14	DPOC	1,7
1,6	Trombose/ Acidente Vascular	15	15	Trombose/ Acidente Vascular	1,4
1,3	Bronquite Crónica	16	16	Neo Maligna Próstata	1,2
1,1	Neo Maligna Próstata	17	17	Abuso de Drogas	1,2
1,1	Demência	18	18	Demência	1,1
1,0	Enfarte Agudo do Miocárdio	19	19	Bronquite Crónica	0,8
0,9	Abuso de Drogas	20	20	Enfarte Agudo do Miocárdio	0,8
0,7	Neo.Maligna Cólon/ Recto	21	21	Neo.Maligna Cólon/ Recto	0,7
0,4	Neo Maligna Colo do Útero	22	22	Neo Maligna Colo do Útero	0,4

Neo. - Neoplasia

Figura 76. Evolução das causas de morbilidade 2016-2021, ambos os sexos, por ACeS

Fonte: Observatório Regional de Saúde, ARS Norte



Relativamente aos **Internamentos Hospitalares** de indivíduos com residência na área geográfica dos ACeS Porto Ocidental e Oriental, de acordo com a informação disponível, em 2016, para ambos os ACeS, as doenças dos aparelhos - circulatório, respiratório e digestivo foram responsáveis por 25 a 30% dos internamentos hospitalares. Relativamente à Doença Mental e comportamental, o número de internamentos por 100 000 habitantes, em 2016, foi de 320 e de 359, respetivamente para as pessoas residentes nas áreas de abrangência dos ACeS Porto Ocidental e Oriental (Figuras 77 e 78). Apesar de este número estar a diminuir em relação aos anos anteriores, os valores são mais elevados do que os registados na região norte (198) e no continente (199).

Causas de Internamento	ACeS Porto Ocidental			Comparador	
	Internamentos	Int. 100 000 hab	Int. padroniz.	Int/ 100 000 pad	
	Int	Int/ 100 000	Int/ 100 000 pad	Norte	Continente
Todas as Causas	10 104	8 220	7 372	7 798	7 977
Doenças infecciosas	555	452	363	264	223
D. infecciosas intestinais (exc. Diarreia)	29	24	24	25	22
Tuberculose	13	11	9	7	9
Septicémia	357	290	206	150	89
VIH	54	44	46	8	15
Neoplasias malignas	748	609	490	491	535
TM cólon, recto e ânus	91	74	57	65	73
TM estômago	29	24	17	38	31
TM da traq. bronq. pulm.	74	60	49	36	42
TM mama	87	71	61	52	56
TM colo do útero	14	11	8	12	15
TM próstata	33	27	21	24	25
Neoplasias benignas	187	152	141	140	139
D sangue e Orgãos hematopoiéticos	42	34	30	51	68
D endócrinas	276	225	199	173	186
Diabetes	101	82	68	50	65
Transt. mentais e comport.	393	320	330	198	199
Demências	6	5	4	4	6
D. mental relac. álcool	14	11	11	16	17
Esquizofrenia	143	116	126	50	52
Perturbações do humor	109	89	86	62	66
Doenças do sistema nervoso	130	106	92	126	131
Doenças dos olhos	94	76	66	47	56
Doenças dos ouvidos	44	36	37	57	52
D. sistema circulatório	1 295	1 054	795	888	1 006
Doença hipertensiva	189	154	106	58	63
Enfarte agudo do miocárdio	127	103	82	89	106
Outras d. cardíacas isquémicas	180	146	118	58	79
Arritmias cardíacas	142	116	87	99	124
Insuficiência cardíaca	218	177	124	175	169
Doença cerebrovascular	200	163	124	221	240
D. sistema respiratório	1 007	819	687	917	899
Pneumonia	276	225	170	339	376
DPOC e bronquiectasias	203	165	130	115	86
Asma	49	40	41	19	24
D. sistema digestivo	955	777	680	780	801
D. apêndice íleo-cecal	45	37	42	68	77
Hérnia inguinal e outras	140	114	94	106	113
D. hepática alcoólica	24	20	17	26	34
Colelitíase	232	189	161	166	172
Doenças do pâncreas	52	42	36	63	56
Doenças da pele	219	178	179	99	92
D. sistema músculo-esquelético	645	525	473	457	341
Artrose da anca	56	46	36	63	44
Artrose do joelho	118	96	76	99	68
Doenças do sistema genito-urinário	639	520	455	521	545
Doenças renais	119	97	77	80	99
Urolitíase	42	34	32	61	55
Gravidez, parto e puerpério	887	722	899	773	854
Condições no período perinatal	37	30	30	28	22
Malformações congénitas	41	33	36	42	46
Sintomas, sinais e outros achados clínicos	126	103	82	130	121
Lesões e envenenamentos	855	696	569	627	639
Fracturas do fémur	210	171	116	123	129
Fracturas da perna e do tornozelo	58	47	44	50	54
Factores que influenciam estado saúde	929	756	739	987	1 021
Causas externas	858	698	565	667	701
Acidentes veículos a motor	41	33	32	40	44
Lesões autoprovocadas int.	10	8	8	18	21

Figura 77. Perfil de morbilidade hospitalar por causas específicas, ACeS Porto Ocidental, ambos os sexos, todas as idades, 2016
 Fonte: Observatório Regional de Saúde, ARS Norte

TM – Tumor Maligno | DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica | D. - Doenças | Int. - Internamentos

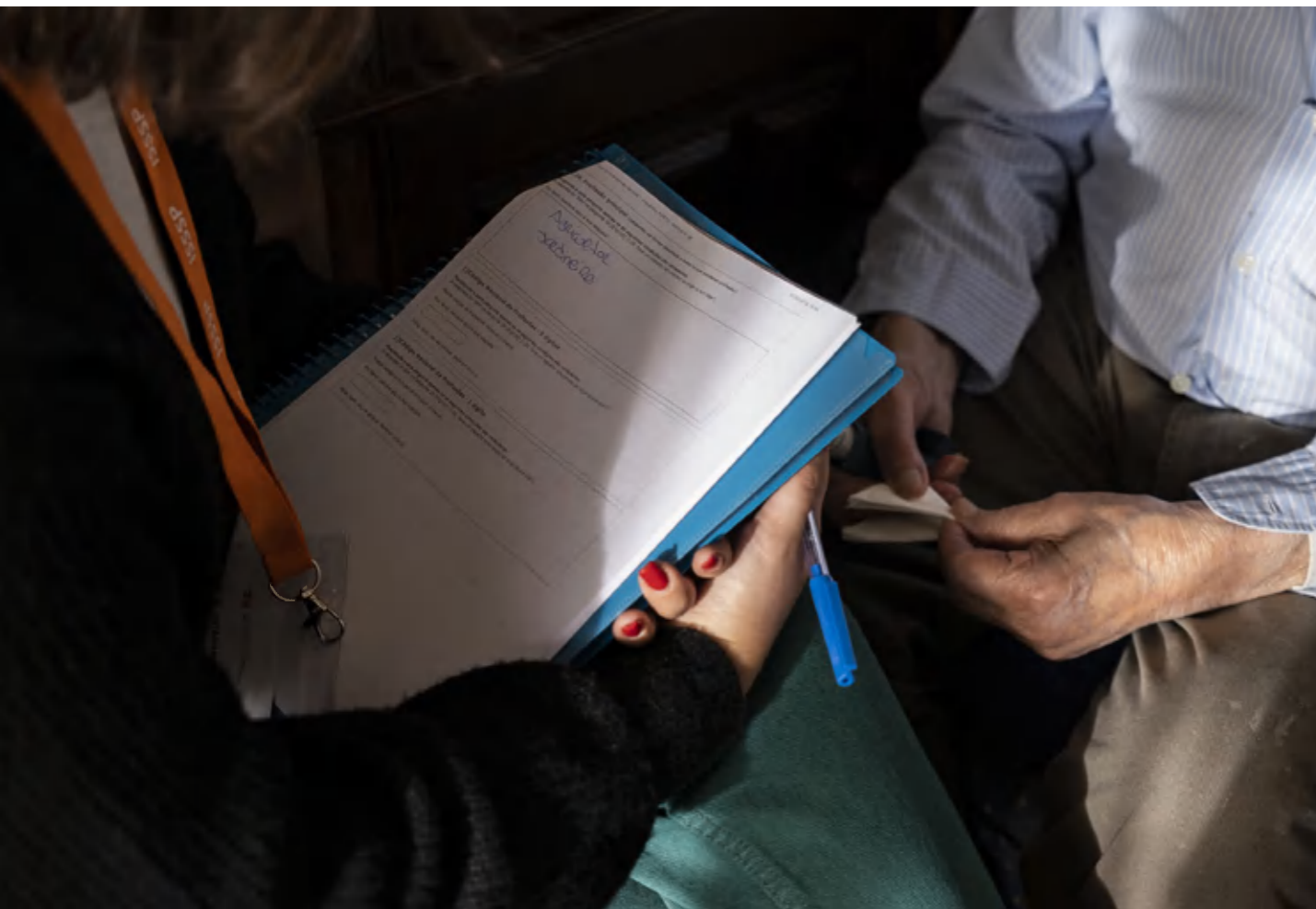


Figura 78. Perfil de morbilidade hospitalar por causas específicas, ACeS Porto Oriental, ambos os sexos, todas as idades, 2016
 Fonte: Observatório Regional de Saúde, ARS Norte

Causas de Internamento	ACeS Porto Oriental			Comparador	
	Internamentos	Int. 100 000 hab	Int. padroniz.	Int/ 100 000 pad	
	Int	Int/ 100 000	Int/ 100 000 pad	Norte	Continente
Todas as Causas	10 104	8 220	7 372	7 798	7 977
Doenças infecciosas	172	188	169	264	223
D. infecciosas intestinais (exc. Diarreia)	9	10	12	25	22
Tuberculose	5	5	6	7	9
Septicémia	78	85	62	150	89
VIH	43	47	50	8	15
Neoplasias malignas	376	411	324	491	535
TM cólon, recto e ânus	47	51	37	65	73
TM estômago	26	28	22	38	31
TM da traq. bronq. pulm.	32	35	27	36	42
TM mama	36	39	34	52	56
TM colo do útero	20	22	20	12	15
TM próstata	26	28	20	24	25
Neoplasias benignas	91	100	89	140	139
D sangue e Orgãos hematopoiéticos	15	16	14	51	68
D endócrinas	131	143	137	173	186
Diabetes	35	38	33	50	65
Transt. mentais e comport.	328	359	367	198	199
Demências	4	4	3	4	6
D. mental relac. álcool	10	11	11	16	17
Esquizofrenia	110	120	129	50	52
Perturbações do humor	113	124	118	62	66
Doenças do sistema nervoso	88	96	86	126	131
Doenças dos olhos	39	43	34	47	56
Doenças dos ouvidos	29	32	36	57	52
D. sistema circulatório	498	545	408	888	1,006
Doença hipertensiva	46	50	34	58	63
Enfarte agudo do miocárdio	45	49	39	89	106
Outras d. cardíacas isquémicas	60	66	48	58	79
Arritmias cardíacas	38	42	30	99	124
Insuficiência cardíaca	72	79	52	175	169
Doença cerebrovascular	86	94	69	221	240
D. sistema respiratório	370	405	354	917	899
Pneumonia	90	98	77	339	376
DPOC e bronquiectasias	62	68	49	115	86
Asma	8	9	9	19	24
D. sistema digestivo	415	454	408	780	801
D. apêndice íleo-cecal	23	25	31	68	77
Hérnia inguinal e outras	86	94	76	106	113
D. hepática alcoólica	14	15	15	26	34
Colelitíase	95	104	94	166	172
Doenças do pâncreas	19	21	18	63	56
Doenças da pele	120	131	142	99	92
D. sistema músculo-esquelético	393	430	356	457	341
Artrose da anca	45	49	36	63	44
Artrose do joelho	79	86	64	99	68
Doenças do sistema genito-urinário	400	437	383	521	545
Doenças renais	48	52	43	80	99
Urolitíase	33	36	36	61	55
Gravidez, parto e puerpério	705	771	978	773	854
Condições no período perinatal	19	21	23	28	22
Malformações congénitas	21	23	28	42	46
Sintomas, sinais e outros achados clínicos	56	61	58	130	121
Lesões e envenenamentos	307	336	287	627	639
Fracturas do fémur	39	43	29	123	129
Fracturas da perna e do tornozelo	14	15	14	50	54
Fatores que influenciam estado saúde	687	751	812	987	1,021
Causas externas	324	354	301	667	701
Acidentes veículos a motor	18	20	20	40	44
Lesões autoprovocadas int.	10	11	11	18	21

A figura 79 descreve os internamentos por doenças mentais e comportamentais, em 2016, nas pessoas residentes nas áreas de influência dos ACeS Porto Ocidental e Oriental, respetivamente, por sexo e idade. Os principais motivos de internamento por doença mental, em 2016, estavam relacionados com alcoolismo (dependência alcoólica e consumo/abuso álcool), dependência ou consumo/abuso de drogas, quadros demenciais e perturbações da personalidade.

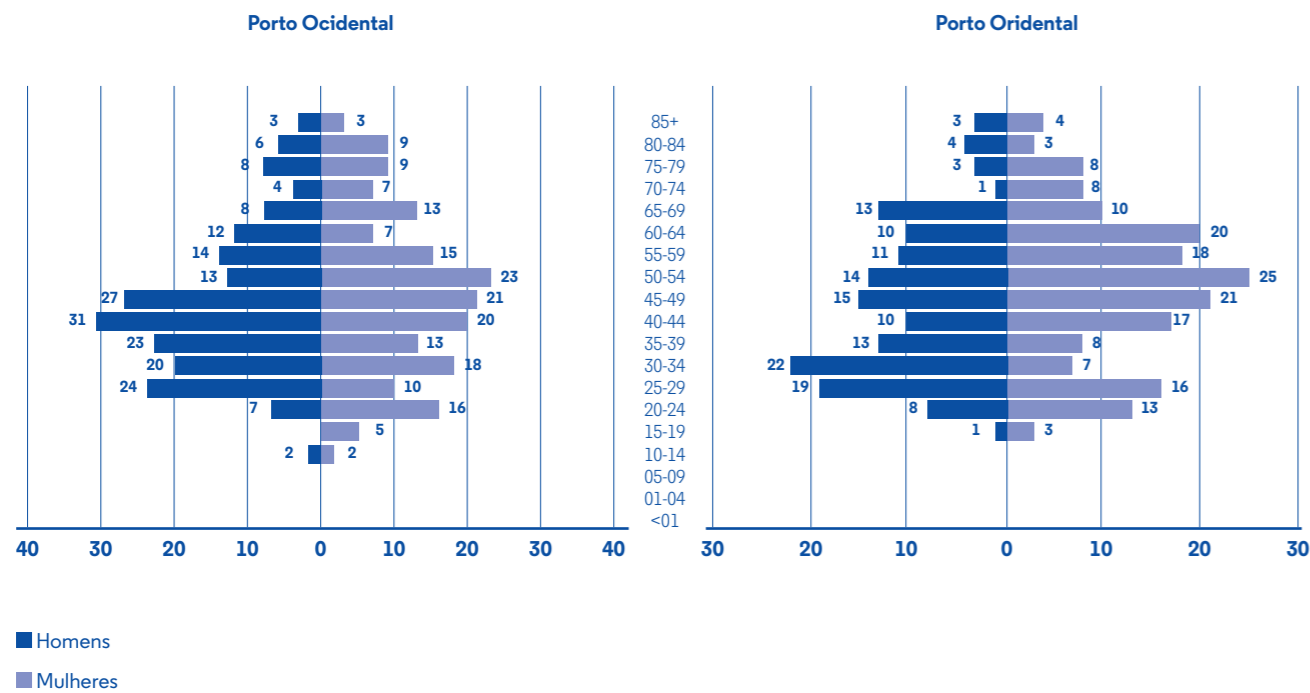


Figura 79. Distribuição do número de internamentos por doenças mentais e comportamentais nas pessoas residentes nas áreas de abrangência dos ACeS Porto Ocidental e Oriental, por grupo etário, sexo e ACeS, 2016.

Fonte: Observatório Regional de Saúde, ARS Norte

Relativamente ao consumo de **Medicamentos** associados à área da **Saúde Mental**, a nível nacional, observa-se um aumento em termos de dose diária definida, na prescrição de medicamentos antidepressivos entre os anos 2000 e 2019 e novamente entre 2019 e 2020, sendo este de 124 dose diária definida por 1 000 hab/ dia em 2020, colocando Portugal em 2º lugar dos países da OCDE com os valores mais elevados (Figura 80). Segundo informação disponibilizada pelo SICAD, em 2021, 5 em cada 100 jovens com 18 anos já consumiram tranquilizantes ou sedativos alguma vez, com ou sem prescrição médica.

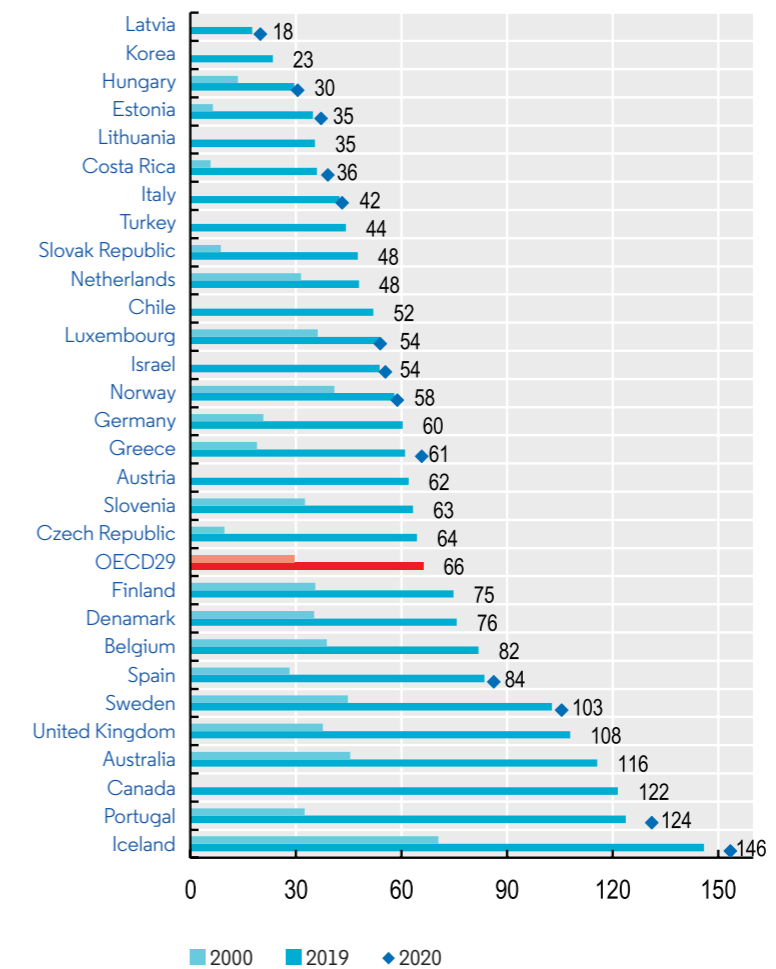


Figura 80. Evolução do consumo de medicamentos antidepressivos (consumo por dose diária definida por 1 000 hab/ dia), OCDE, anos 2000, 2019 e 2020
Fonte: OCDE, 2021

Relativamente às **Doenças de Notificação Obrigatória**, tem-se observado uma diminuição no número de novos casos de infeção por **VIH/Sida**, em Portugal (entre 2012 e 2021 verificou-se uma redução de 48% no número de novos casos de infeção por VIH e de 66% em novos casos de Sida), assim como na região norte e no Porto (Figuras 81 e 82). Apesar da diminuição acentuada de novos casos e da estabilização dos valores nos últimos anos, o Porto é um dos concelhos com maior incidência de infeção a nível nacional e o principal na região norte. É também por este motivo que a cidade subscreveu a Declaração de Paris, tendo definido, com um conjunto alargado de entidades parceiras, a Estratégia **Porto, Cidade Sem Sida**, em implementação desde 2019.

Os casos diagnosticados de infeção VIH diminuíram anualmente em média 6,3% desde 2001 a 2021 na cidade do Porto (Figura 81).

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	20,1	20,1	18,3	18,9	16,9	15,4	14,7	15,2	13,7	12,3	11,1	11,0	11,0	9,2	8,8	9,2	8,4	6,6	5,7	NA	NA
Porto	91,6	96,1	89,9	92,7	76,6	62,6	66,8	60,3	45,3	41,7	29,7	32,6	40,0	29,5	26,3	35,0	28,5	24,7	21,7	15,7	18,6

Figura 81. Evolução da Taxa de incidência (/100 000 habitantes) de VIH, região norte e Cidade do Porto, 2001 - 2021

Fonte: Programa Regional do VIH, ARS Norte

Os casos diagnosticados de infeção Sida diminuíram anualmente em média 27,0% entre 2001 e 2021, na cidade do Porto (Figura 93).

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	11,6	10,8	10,1	9,9	9,5	8,0	7,8	7,2	5,7	5,7	4,4	4,5	3,0	2,5	1,9	2,4	1,6	1,2	1,0	NA	NA
Porto	75,2	68,0	60,8	57,5	55,7	41,5	38,7	28,1	21,4	21,3	9,3	16,1	9,8	5,0	5,5	8,4	5,6	3,3	2,7	2,8	3,9

Figura 82. Evolução da Taxa de incidência (/100000 habitantes) de Sida, região norte e Cidade do Porto, 2001 - 2021

Fonte: Programa Regional do VIH, ARS Norte



Na cidade do Porto, a infeção é mais frequente nos homens do que nas mulheres. Tanto os casos de VIH como de Sida diminuíram substancialmente desde o ano 2001, em ambos os sexos. Em 2021 foram diagnosticados 9 novos casos de VIH em mulheres e 34 em homens, num total de 43 novos casos, tendo-se verificado um aumento do número de novos casos relativamente ao observado no ano precedente (número de novos casos em 2020 foi de 34), não obstante refletirem uma diminuição quando comparados com o ano de 2019, no qual se verificaram 47 novos casos de VIH (Figura 83).

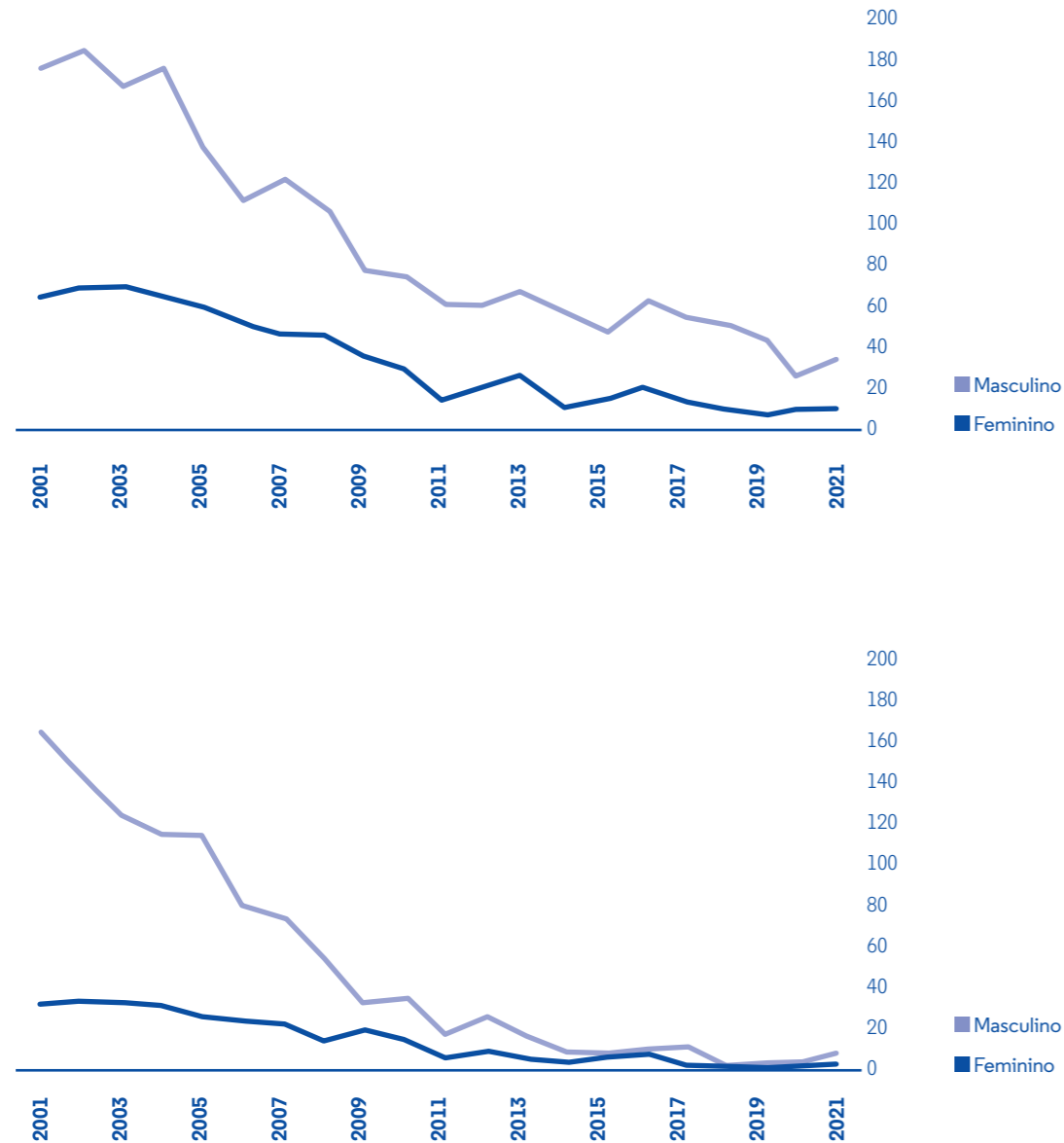


Figura 83. Evolução da Taxa de incidência (/100 000 habitantes) de Sida e de VIH, Cidade do Porto, 2001-2021
 Fonte: Programa Regional do VIH, ARS Norte

A nível nacional, desde o ano 2000, verifica-se uma diminuição acentuada da infeção por VIH/Sida associada à toxicod dependência e um aumento consistente da transmissão sexual como principal via de transmissão (Figura 84).

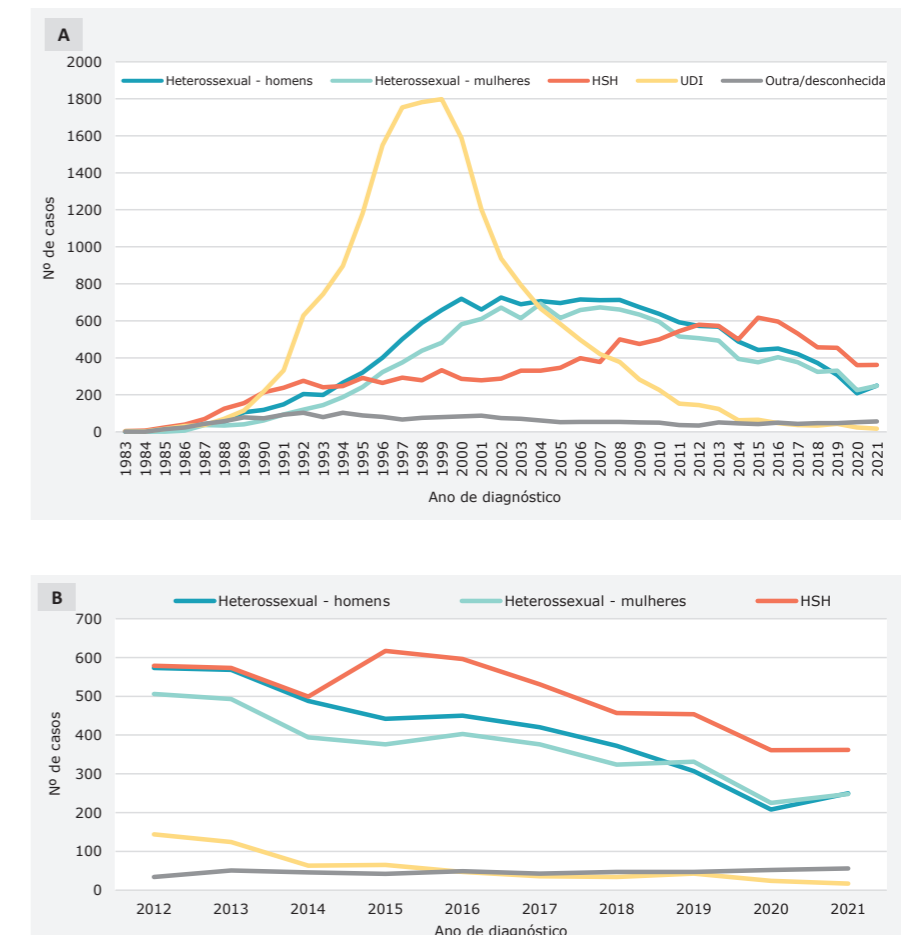


Figura 84. Distribuição do número de casos de Infeção por VIH, por categoria de transmissão e ano de diagnóstico
 Fonte: Infeção por VIH em Portugal, DGS, 2022

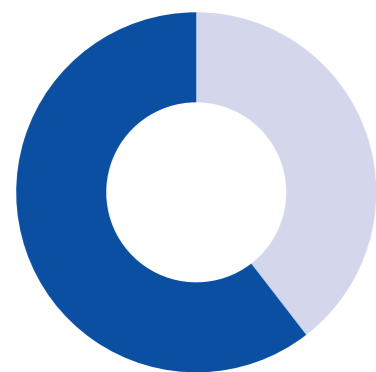
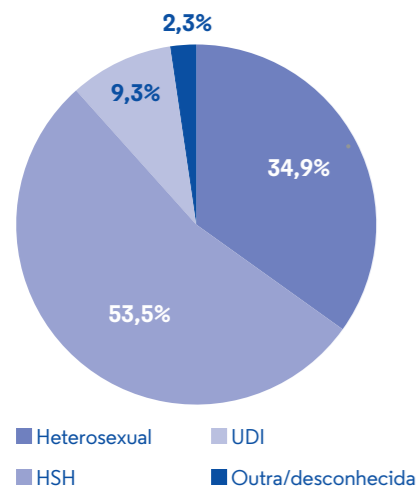
Os dados disponíveis para a cidade do Porto (2021) confirmam esta tendência, na qual a principal via de transmissão é a sexual. Apesar dos resultados já alcançados, continua a observar-se uma elevada taxa de diagnósticos tardios (Figura 85). No que respeita à percentagem de diagnósticos assintomáticos, os dados de 2020 e 2021 revelam uma diminuição acentuada, 67% e 60,5% respetivamente, comparativamente com os observados em 2019 (80,9%).

A INFEÇÃO VIH NA CIDADE DO PORTO

DADOS DO ANO 2021

43 NOVOS CASOS

♂ = 34 ♀ = 9



60,5% Diagnósticos Assintomáticos

HSH - Homens que fazem Sexo com Homens
UDI - Utilizadores de Drogas Injetadas

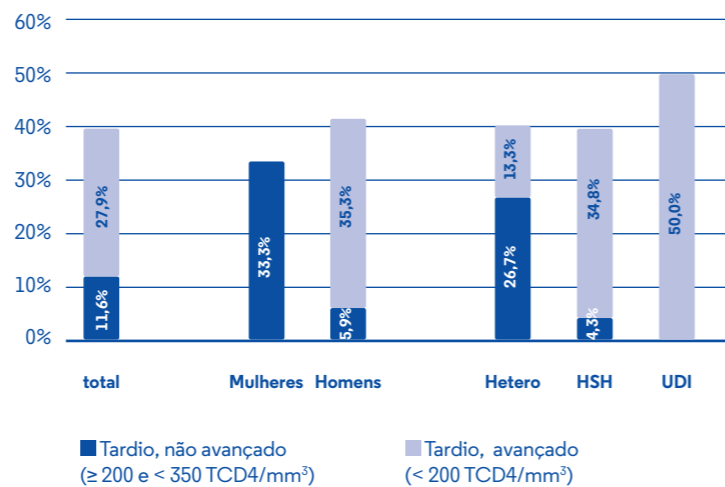
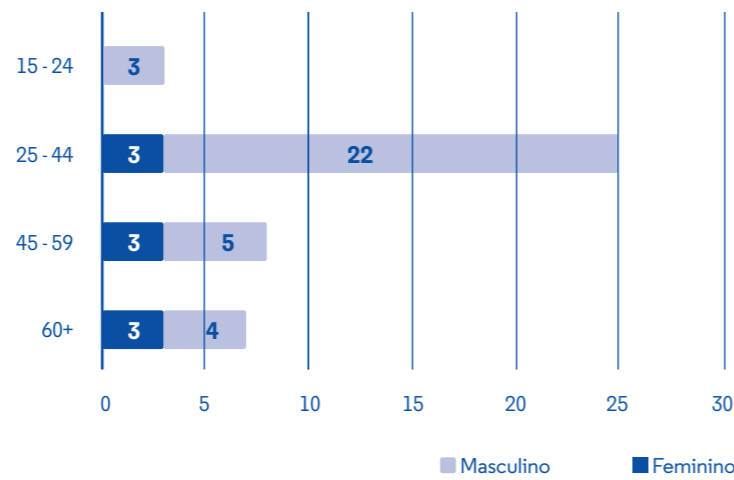


Figura 85. Dados relativos à infeção VIH/Sida na cidade do Porto, em 2021

Fonte: Programa Regional do VIH, ARS Norte, 2021

A iniciativa Fast Track Cities – “Cidades na Via Rápida para Acabar com a Epidemia VIH”, lançada em Paris em dezembro de 2014, no dia mundial de luta contra a SIDA, pretende dar resposta à Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030, no que ao VIH/SIDA diz respeito, designadamente acabar com a epidemia até 2030, colocando as pessoas no centro das respostas, abordando as suas causas de risco e as vulnerabilidades sociais, sobretudo as que potenciam a transmissão do vírus, a não adesão à terapêutica e a não retenção nos cuidados de saúde. O Porto, enquanto cidade subscritora da Declaração de Paris, desde maio de 2017, propôs-se a, juntamente com entidades parceiras locais, nacionais e internacionais, contribuir para a construção de sociedades inclusivas, equitativas e sustentáveis, reduzindo o estigma e atingindo a discriminação zero, através do cumprimento das metas 90-90-90 (por volta de 2020, 90% das pessoas que vivem com a infeção saibam que estão infetadas; 90 % das pessoas que sabem que estão infetadas, estejam em tratamento; e 90% das pessoas que estão em tratamento tenham a infeção controlada). Apostar na prevenção da infeção, no diagnóstico precoce, e na correta e atempada referenciação das pessoas diagnosticadas, para que estas sejam adequadamente acompanhadas nos cuidados de saúde, tem sido a prioridade plasmada no Plano de Ação da Iniciativa Porto, Cidade Sem Sida. No Porto, são várias as entidades que disponibilizam um conjunto diversificado de respostas ao VIH (Figura 86), tanto de saúde como sociais, e que vão desde respostas de deteção precoce e acompanhamento das pessoas infetadas (realização do teste ao VIH com referenciação; consulta de VIH, geral e específica; apoio psicossocial e acompanhamento; serviço de toma com observação direta e tratamento anti retrovírico) a respostas preventivas e de redução de riscos (profilaxia Pré e Pós Exposição; distribuição gratuita de material informativo e preventivo: preservativos e material assético para consumo; vacinação hepatite A, hepatite B e tétano; entre outras). Mais recentemente, em 2021, a Declaração de Paris foi atualizada com metas mais ambiciosas para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento, passando dos 90% para os 95% (metas a cumprir até 2025), no sentido de uma maior aproximação aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030, no que concerne ao VIH/SIDA.

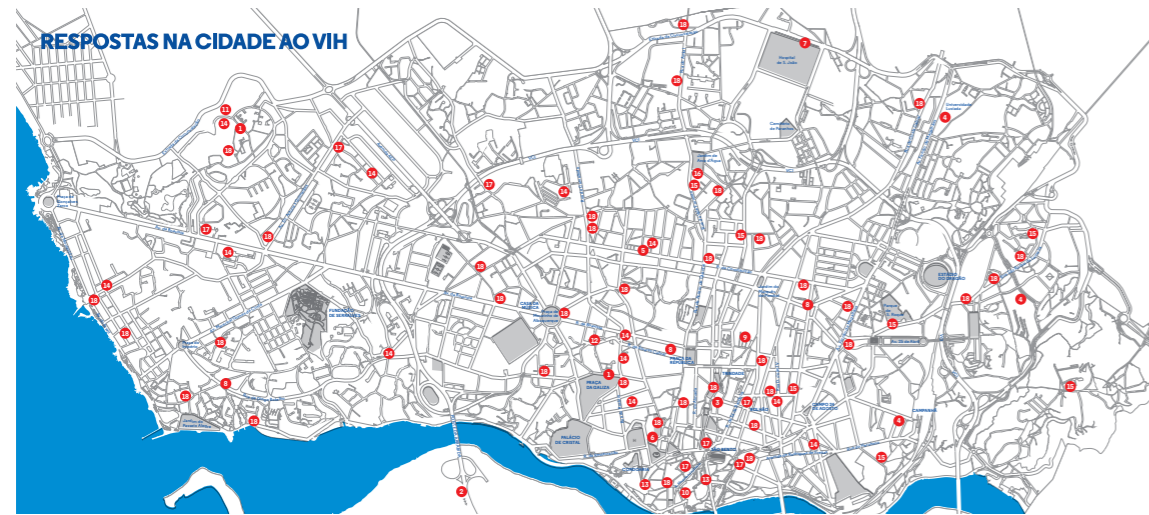


Figura 86. Mapeamento de Respostas ao VIH existentes na cidade do Porto, 2019
 Fonte: G.P.S. (Guia Porto Sem) VIH/ Sida, CMP

A infeção por VIH/Sida adquire especial relevo dada a sua associação à Tuberculose, outro problema importante no concelho do Porto. Em relação a esta doença, tem-se verificado também uma diminuição no distrito do Porto, embora com valores superiores aos da região norte e do continente (Figuras 87 e 88). Relativamente ao concelho do Porto, este apresentou em 2021 uma taxa de notificação de 24,1 casos/100 000 habitantes.

	taxa de notificação 2020	taxa de notificação 2016- 2020
continente	11,1	13,7
região norte	12,0	15,9
distrito do Porto	19,3	24,9

Figura 87. Taxa de notificação de Tuberculose, por ano e quinquénio 2016-2020.
 Fonte: Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal, DGS, 2021

	nº casos 2020	nº casos 2016- 2020
continente	1434	8871
região norte	541	3191
distrito do Porto	349	2215

Figura 88. Número de casos de Tuberculose, por ano e quinquénio 2016-2020
 Fonte: Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal, DGS, 2021

Na cidade, embora se verifique uma descida consistente nos últimos anos (42,3 casos/ 100 000 habitantes em 2018, 25,4 casos/ 100 000 habitantes em 2020 e 24,1 casos/ 100 000 habitantes em 2021), o valor apresentado ainda está longe de ser considerado de baixa incidência. No quinquénio 2017-2021 a cidade do Porto apresentou uma taxa de notificação de 31,7 casos/ 100 000 habitantes, ligeiramente inferior ao do quinquénio 2016-2020 (32,4 casos / 100 000 habitantes).

A figura 89 apresenta a distribuição da proporção dos determinantes sociais na Tuberculose para o distrito do Porto em 2021. Na cidade do Porto, no mesmo ano, apresentaram-se como principais fatores de risco o consumo de drogas (19,6%), a infeção por VIH (17,9%), a doença hepática (14,3%) e o consumo de álcool (14,3%).

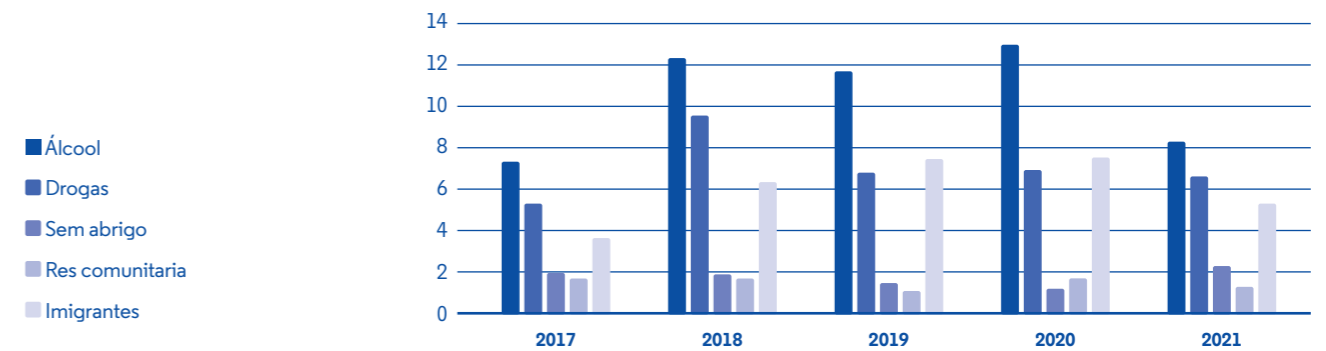


Figura 89. Distribuição da proporção dos determinantes sociais no distrito Porto, 2017-2021
 Fonte: Fonte: SVIG-TB 2022

Atendendo às comorbilidades, em 2021, na cidade do Porto, verifica-se a maior expressão de pessoas infetadas pelo VIH e doença hepática (Figura 90).

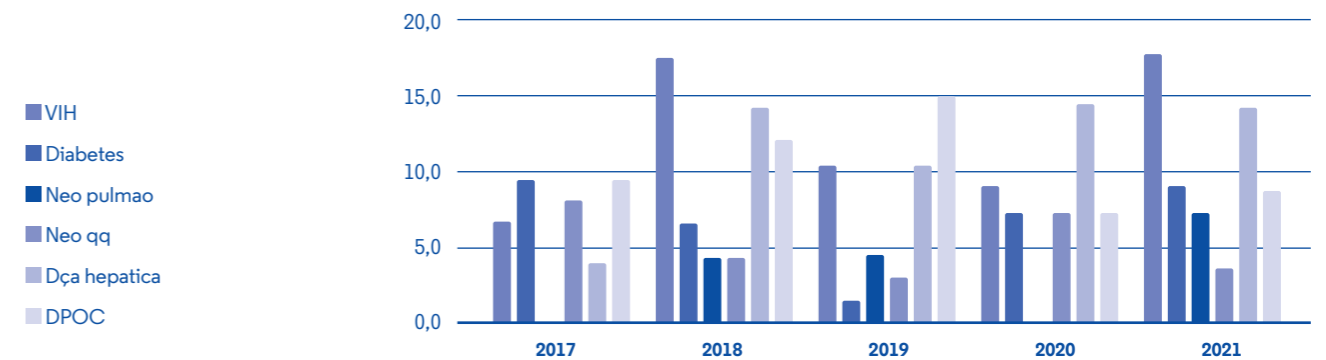


Figura 90. Distribuição da proporção de comorbilidades na cidade, 2017-2021
 Fonte: Fonte: SVIG-TB 2022

Alargando o espectro para todas as **Doenças de Notificação Obrigatória**, verifica-se que as principais notificações às Autoridades de Saúde dos ACeS Porto Ocidental e Oriental, em 2021, foram Sífilis (excluindo Sífilis Congénita), Gonorreia, VIH/Sida e Tuberculose (Figura 91).

Doença	ACeS Porto Ocidental	ACeS Porto Oriental
Campilobacteriose	8	8
Criptosporidíase	0	1
Dengue	1	0
Doença dos Legionários	7	6
Doença invasiva pneumocócica	2	5
Doença invasiva por Haemophilus influenzae	3	1
Doença Meningocócica	1	0
Equinococose/Hidatidose	0	1
Gonorreia (Infeção gonocócica)	25	36
Hepatite B	1	2
Hepatite C	4	2
Infeção por Chlamydia Trachomatis - Excluindo Linfog Venéreo	17	24
Infeção por Chlamydia Trachomatis - Linfogranuloma Venéreo	0	6
Infeção por E. coli produtora da toxina shiga/verocitotoxina (STEC/VTEC) incluindo a síndrome hemolítico-urémica (SHU)	1	0
Leptospirose	1	0
Listeriose	1	1
Salmoneloses não Typhi e não Paratyphi	7	4
Sífilis excluindo Sífilis Congénita	33	36
Sífilis Congénita	0	1
Tuberculose	24	24
VIH (Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana)/SIDA (Síndrome da imunodeficiência adquirida)	37	22
Yersiniose (enterite por Yersinia enterocolitica ou Yersinia pseudotuberculosis)	1	1
Totais	174	181

Figura 91. Casos confirmados de Doenças de Notificação Obrigatória, ACeS Porto Ocidental e Oriental, 2021
Fonte: SINAVE



3. Vacinação

A Vacinação na cidade é, de um modo geral, adequada, tendo, nos últimos anos, sido sempre atingidas coberturas quase universais para a maioria das vacinas previstas no Plano Nacional de Vacinação, nas diferentes coortes de nascimento (esquemas vacinais diferentes em função da idade, Figura 92). Em relação às crianças com a vacina antissarampo, parotidite e rubéola (VASPR), considera-se que a a proporção de vacinadas concede uma imunidade de grupo.

No ACeS Porto Ocidental, a taxa de cobertura vacinal para o Vírus do Papiloma Humano, aos 10 anos, foi de 69,5% e 68,8%, em raparigas e rapazes respetivamente, e no ACeS Oriental de 65,9% e 69,4%.

Em relação à campanha de vacinação da gripe sazonal, em 2021-2022, o ACeS Ocidental vacinou 98% das pessoas residentes em Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI) (80,7% em 2017-18) e o ACeS Oriental 96,4% (95,9% em 2017-18), observando-se assim, em ambos os ACeS, um aumento da cobertura vacinal das pessoas idosas institucionalizadas.

No que diz respeito à vacinação de profissionais, o ACeS Porto Ocidental vacinou 70,2% das pessoas que trabalham em ERPI e 91,6% dos seus profissionais de saúde. Já o ACeS Porto Oriental vacinou 72,6% das pessoas que trabalham em ERPI e 83,1% dos seus profissionais de saúde.

PNV Recomendado		Ocidental	Oriental
Coortes de nascimento	Vacina contra / dose	Cobertura vacinal (%)	
2021	Tuberculose	72.1	69.4
	Hepatite B 1	98.6	98.5
2020	Tétano 3	98.5	99.4
	N. meningitidis B 2	97.7	98.8
	S. pneumoniae-13 2	98.9	99.4
2019	Tétano 4	96.6	98.3
	Sarampo 1	98.1	98.9
	Rubéola 1	98.1	98.9
	N. meningitidis C	98.1	99.0
	N. meningitidis B 3	92.0	96.4
	S. pneumoniae-13 3	98.2	98.8
2015	Tétano 5	94.2	95.7
	Sarampo 2	95.7	97.0
	Rubéola 2	95.7	96.9
2014	Tétano 5	95.4	96.8
	Sarampo 2	96.8	97.5
	Rubéola 2	96.8	97.6

Figura 92. Proporção de indivíduos vacinados, com Plano Nacional Vacinação cumprido, a 31 de dezembro de 2021

Fonte: SINUS

N. – Neisseria

S. - Staphylococcus

4. Rastreios de Base Populacional

Os dados relativos a 2019 revelam o continuado esforço nacional de alargamento dos programas de rastreio. Contudo, a pandemia COVID-19 condicionou, de forma significativa, as atividades de rastreio oncológico em Portugal. No ano de 2020, verificou-se, em todo o território nacional, uma redução da população convidada a participar em todos os programas de rastreio, apesar da estabilidade da taxa de adesão. A abrangência territorial destes programas aumentou, todavia, o seu sucesso está dependente da taxa de adesão e da taxa de cobertura populacional, ou seja, da garantia de que, a todos os cidadãos elegíveis, é dada oportunidade para participar no rastreio. Em 2020, no âmbito do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero da região norte foram convidadas 51 675 mulheres, das quais 44 194 foram rastreadas, o que equivale a uma taxa de adesão de 88% mas a uma taxa de rastreio de 23%. Em 2019, a taxa de rastreio na região norte foi de 56,7%. Devido aos constrangimentos gerados pela pandemia houve uma quebra de 59% no número de mulheres convidadas e de 60% no número de mulheres rastreadas em 2020, face a 2019. Nos ACeS da cidade do Porto, em 2020, foram convidadas para realizar o rastreio do cancro do colo do útero na sua unidade de saúde cerca de 2 557 mulheres, com 2 391 mulheres a efetivarem a colpocitologia, perfazendo uma taxa de adesão ao convite de 94% no ACeS Porto Ocidental e de 93% no ACeS Porto Oriental, mas, à semelhança do observado na região norte, verificou-se uma quebra no número de mulheres convidadas de 56% e de 59% e de mulheres rastreadas de 55% e de 58%, respetivamente nos ACeS Porto Ocidental e Oriental (Figura 93).

ARS Norte ACeS/ULS	Nº Utentes Convidados			Nº Utentes Rastreados			Taxa de Adesão		
	2019	2020	Variação	2019	2020	Variação	2019	2020	Variação
Alto Tâmega e Barroso	2 104	902	-57%	1 917	902	-53%	91%	100%	9%
Aveiro Norte	5 454	2 767	-49%	4 320	1 792	-59%	79%	65%	-14%
Baixo Tâmega	6 455	2 519	-61%	5 706	2 148	-62%	88%	85%	-3%
Barcelos/ Esposende	6 823	2 149	-69%	6 178	2 038	-67%	91%	95%	4%
Braga	7 745	3 255	-58%	7 207	2 977	-59%	93%	91%	-2%
Douro Sul	2 777	1 394	-50%	2 209	1 096	-50%	80%	79%	-1%
Espinho/Gaia	4 054	1 577	-61%	3 501	1 367	-61%	86%	87%	1%
Famalicão	3 709	1 259	-66%	3 573	1 148	-68%	96%	91%	-5%
Feira Arouca	5 187	2 355	-55%	4 413	1 843	-58%	85%	78%	-7%
Gaia	3 996	1 421	-64%	3 129	1 176	-62%	78%	83%	5%
Gerês/Cabreira	4 620	2 640	-43%	4 134	2 640	-36%	89%	100%	11%
Gondomar	3 940	1 436	-64%	3 700	1 203	-67%	94%	84%	-10%
Guimarães/ Vizela/Terras de Basto	11 161	5 016	-55%	9 433	4 187	-56%	85%	83%	-2%
Maia/Valongo	3 888	1 423	-63%	3 661	1 387	-62%	94%	97%	3%
Marão e Douro Norte	3 973	1 884	-53%	3 236	1 476	-54%	81%	78%	-3%
Nordeste	4 604	1 876	-59%	3 299	1 386	-58%	72%	74%	2%
Porto Ocidental	3 397	1 482	-56%	3 069	1 388	-55%	90%	94%	4%
Porto Oriental	2 602	1 075	-59%	2 365	1 003	-58%	91%	93%	2%
Póvoa de Vazim/ Vila do Conde	4 409	2 028	-54%	4 222	1 896	-55%	96%	93%	-3%
Santo Tirso/Trofa	3 957	1 483	-63%	3 195	1 038	-68%	81%	70%	-11%
Alto Minho	9 858	4 357	-56%	7 964	3 607	-55%	81%	83%	2%
Matosinhos	8 140	2 782	-66%	7 868	2 752	-65%	97%	99%	2%
Vale do Sousa Norte	6 197	1 913	-69%	5 157	1 393	-73%	83%	73%	-10%
Vale do Sousa Sul	6 679	2 682	-60%	6 269	2 351	-62%	94%	88%	-6%
ARS Norte	125 729	51 675	-59%	109 725	44 194	-60%	87%	86%	-1%

A ARS Norte é responsável por mais de metade do número de mulheres referenciadas a nível nacional, para cuidados hospitalares, na sequência do rastreio do Cancro do Colo do Útero. Das mulheres rastreadas, foram referenciadas para cuidados hospitalares, a nível nacional, 5% (n=12 570) e 6% (n=6 625) e, na região norte, 6% (n=6 606) e 8% (n=3569), em 2019 e 2020 respetivamente. A pandemia COVID-19 esteve associada a uma redução relativa de 58% da cobertura populacional a nível nacional.

Em 2020, a população alvo do Rastreio de Cancro da Mama foram mulheres dos 45-69 anos. Na região norte, foram convidadas 115 746 e rastreadas 71 400 mulheres (Taxa de adesão=61,7%; Taxa de rastreio=26,6%; Taxa de variação entre 2019 e 2020 =-57%). Nos ACeS Porto Ocidental e Oriental rastrearam-se 9 807 mulheres em 2019 e 4 572 mulheres em 2020 (Taxa de adesão=53,4%; Taxa de variação entre 2019 e 2020=-53%). A ARS Norte é responsável por mais de metade do número de mulheres referenciadas a nível nacional, para cuidados hospitalares, na sequência do Rastreio de Cancro da Mama. Das mulheres rastreadas, foram referenciadas para cuidados hospitalares, a nível nacional 0,5% (n=1 633) e 0,6% (n=1 047) e na região norte 0,6% (n=1 076) e 0,8% (n=542), em 2019 e 2020 respetivamente. A pandemia esteve associada a uma redução relativa de 45% da cobertura populacional a nível nacional (Figura 94).

Figura 93. Dados dos Rastreamentos oncológicos do Cancro do Colo do Útero, por ACeS da região norte, 2019-2020
Fonte: DGS, 2021

ARS Norte ACeS/ULS	Nº Utentes Convidados			Nº Utentes Rastreados			Taxa de Adesão		
	2019	2020	Variação	2019	2020	Variação	2019	2020	Variação
Alto Tâmega e Barroso	12 762	924	-93%	9 442	743	-92%	74.0%	80.4%	6%
Aveiro Norte	5 356	2 842	-47%	3 666	2 558	-30%	68.4%	90.0%	22%
Baixo Tâmega	15 216	7 399	-51%	11 426	5 402	-53%	75.1%	73.0%	-2%
Barcelos/ Esposende	11 496	0	-100%	7 360	0	-100%	64.0%	NA	NA
Braga	15 169	7 153	-53%	10 579	4 347	-59%	69.7%	60.8%	-9%
Douro Sul	7 131	0	-100%	5 242	0	-100%	73.5%	NA	NA
Espinho/Gaia	6 158	0	-100%	4 303	0	-100%	69.9%	NA	NA
Famalicão	4 608	5 894	28%	4 200	4 778	14%	91.1%	81.1%	-10%
Feira/Arouca	13 356	7 616	-43%	8 925	2 174	-76%	66.8%	28.5%	-38%
Gaia	22 207	8 021	-64%	12 342	5 340	-57%	55.6%	66.6%	11%
Gerês/ Cabreira	6 363	0	-100%	4 980	0	-100%	78.3%	NA	NA
Gondomar	16 811	0	-100%	9 065	0	-100%	53.9%	NA	NA
Guimarães/ Vizela/Terras de Basto	15 916	7 507	-53%	12 057	3 978	-67%	75.8%	53.0%	-23%
Maia/ Valongo	23 652	8 856	-63%	6 175	4 721	-24%	26.1%	53.3%	27%
Marão e Douro Norte	148	9 475	6 302%	110	6 932	6 202%	74.3%	73.2%	-1%
Nordeste	7 727	3 478	-55%	6 448	2 673	-59%	83.4%	76.9%	-7%
Porto Ocidental e Porto Oriental	22 639	8 554	-62%	9 807	4 572	-53%	43.3%	53.4%	10%
Póvoa de Vazim/ Vila do Conde	5 696	5 988	5%	4 790	2 826	-41%	84.1%	47.2%	-37%
Santo Tirso/Trofa	4 721	1 489	-68%	3 958	830	-79%	83.8%	55.7%	-28%
Alto Minho	15 864	12 391	-22%	12 467	7 666	-39%	78.6%	61.9%	-17%
Matosinhos	16 964	8 218	-52%	7 219	3 732	-48%	42.6%	45.4%	3%
Vale do Sousa Norte	7 100	5 126	-28%	5 009	3 972	-21%	70.5%	77.5%	7%
Vale do Sousa Sul	9 952	4 815	-52%	6 778	4 156	-39%	68.1%	86.3%	18%
ARS Norte	267 012	115 746	-57%	166 348	71 400	-57%	62.3%	61.7%	-1%

5. Determinantes da Saúde

Atendendo à inúmera informação disponível, consultada e analisada no âmbito da produção deste documento, pretende-se, com este último ponto do terceiro capítulo, responder à questão que o designa “Que Saúde Temos?”, bem como fundamentar a que matérias deveremos estar mais atentos, fazendo uma ponte com o capítulo seguinte “Para Onde Vamos?”. Assim, “Que Saúde Temos?” baseia-se no conhecimento disponível sobre problemas de saúde da população (indicadores de mortalidade e de morbilidade) e determinantes de saúde (fatores de proteção e fatores de risco), ao passo que “Para Onde Vamos?” define as principais necessidades de saúde e as mudanças que desejavelmente deverão ocorrer, resultando na definição de prioridades, objetivos e estratégias para obtenção de ganhos em saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é o resultado de relações complexas entre diferentes determinantes: fatores biológicos (idade, sexo, fatores genéticos), fatores socioeconómicos (dificuldades financeiras, situação face ao emprego, posição socioeconómica, exclusão social), fatores ambientais (habitação, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social) e fatores comportamentais (alimentação, atividade física, consumo de substâncias, comportamento sexual). O conhecimento das características ambientais, em combinação com as características sociais e comportamentais da população, permite uma análise mais aprofundada das vulnerabilidades em saúde.

De entre os determinantes da saúde, os fatores comportamentais estão entre os que mais contribuem para os anos de vida saudável perdidos (DALY), sendo a alimentação, a atividade física e o consumo de substâncias os que têm maior impacto na população. Tratando-se de fatores modificáveis e sensíveis à promoção e aos cuidados de saúde, o potencial benefício de intervenções nestas áreas é elevado, tanto mais quanto mais elevados os níveis de literacia em saúde da população alvo.

Figura 94. Dados dos Rastreamentos oncológicos do Cancro da Mama, por ACeS da região norte, 2019-2020

Fonte: DGS, 2021

A **Literacia em Saúde** pode ser entendida como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação de formas que promovam e mantenham boa saúde” (OMS, 1998). O resultado de um estudo conduzido por Ana Gonçalves (2015), em pessoas adultas da área metropolitana do porto, recorrendo às versões portuguesas do European Health Literacy Survey (HLS-EU) e do teste Newest Vital Sign, mostram que, utilizando dados do HLS-EU, a maioria das pessoas inquiridas apresenta níveis reduzidos de Literacia em Saúde: 42% com nível problemático, e 22% com nível inadequado. O instrumento associado ao estudo também permite identificar as dificuldades sentidas nas tarefas do dia-a-dia relacionadas com a saúde, tendo apresentado maior grau de dificuldade as seguintes: pesquisar informação sobre mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde (64,9%), avaliar o grau de confiança nos meios de comunicação em assuntos relacionados com a doença (56,9%), encontrar informação que permita identificar a sua zona residencial como mais amiga da saúde (55,6%), pesquisar informação para gerir os problemas de saúde mental (51,5%), e tomar decisões para proteção na doença com base em informação dos meios de comunicação (49,8%). A avaliação do mesmo grupo, com o outro instrumento (Newest Vital Sign), revelou um melhor cenário, em que 57,7% da amostra apresentou índices de literacia em saúde adequados. No entanto, o resultado obtido nas pessoas com mais de 65 anos de idade (facto particularmente relevante na cidade do Porto, dado o envelhecimento da população), mostrou níveis de literacia em saúde baixos na maioria (80%), nomeadamente dificuldades em interpretar e usar informação escrita relacionada com a saúde. Segundo este estudo, os níveis de literacia tendem a ser mais baixos com o avançar da idade e nos indivíduos com menor grau de escolaridade.

Um quarto do peso da doença em Portugal parece ser atribuível a fatores, na sua maioria, comportamentais ou modificáveis, dos quais se destacam: alimentação desequilibrada, alteração do metabolismo dos lípidos, comportamentos aditivos (tabaco, álcool e substâncias ilícitas), excesso de peso e obesidade, hipertensão arterial e problemas de saúde mental. A par das alterações demográficas, com marcado envelhecimento da população, fragilidades socioeconómicas e alterações nas redes de suporte familiar ou social que, muitas vezes, estão na base e intensificam fenómenos de isolamento social, estes constituem os determinantes com mais impacto, atualmente, na saúde dos portugueses. Os dados relativos à cidade do Porto parecem estar em linha com os resultados nacionais, verificando-se que as doenças cardiovasculares e oncológicas são as que mais contribuem para a mortalidade prematura e morbidade da população, a par com uma elevada prevalência de patologias/fatores de risco associados a estas doenças, nomeadamente, obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial. Destacam-se, ainda, as perturbações depressivas e do comportamento e a infeção VIH/SIDA.



Uma vez que as ferramentas de avaliação e monitorização que existem no nosso país nem sempre permitem uma obtenção de dados com representatividade ao nível municipal, a informação que se segue baseia-se maioritariamente em dados disponibilizados por estudos locais, bem como nos sistemas de informação disponíveis. Na ausência de informação local, utilizaram-se dados regionais como indicadores da situação na cidade do Porto.

Em relação à **Alimentação**, sabe-se que os hábitos alimentares inadequados, como por exemplo, o consumo insuficiente de hortofrutícolas, o consumo excessivo de sal ou até o consumo excessivo de alimentos com alto teor energético, representam o terceiro fator de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudável em Portugal. Os dados recolhidos em 2009-2010 no âmbito da coorte Geração 21 mostram que, aos 2 anos de idade, 32% das crianças consumia, pelo menos uma vez por dia, doces (chocolates e guloseimas), refrigerantes, bolos (com e sem creme) ou snacks (batatas fritas embaladas, pizza e hambúrguer). Aos 4 anos de idade, a carne era mais consumida que o peixe, 49% das crianças consumia doces (guloseimas e chocolates) diariamente e 52% bebia refrigerantes ou néctares diariamente. Embora praticamente todas as crianças comessem fruta ou hortícolas diariamente, é de realçar que, aos 4 anos de idade, apenas 45% cumpria a recomendação da OMS de 5 ou mais porções diárias e 12% das crianças nunca consumia hortícolas no prato. No seu conjunto, os dados recolhidos mostraram que 23% das crianças de 4 anos de idade têm um padrão alimentar caracterizado por: maior ingestão de alimentos de elevada densidade energética, refrigerantes, laticínios, pão, manteiga/margarina e charcutaria (Lopes, 2015). Ainda com base nos dados da Geração 21 (dados recolhidos em 2012-2014), aos 7 anos de idade, 61% das crianças consumia, pelo menos uma vez por dia, doces, refrigerantes, bolos ou snacks. Embora a sopa de legumes e a fruta fossem consumidas diariamente por cerca de 90% das crianças, apenas 52% consumia diariamente vegetais no prato e só cerca de metade (52%) cumpria as recomendações da OMS de 5 ou mais porções diárias (Durão et al, 2015). Reforçam estas informações os dados de 2019, recolhidos no âmbito do Sistema de Monitorização do Estado Nutricional Infantil e de Atividade Física (SMENIAF), realizado em crianças matriculadas no 1º ciclo do Ensino Básico de escolas da cidade do Porto, no qual cerca de 75% das crianças consumia fruta fresca pelo menos 1 vez por dia e pouco mais de metade (55%) consumia pelo menos 2 vezes por dia. O consumo diário de sopa de legumes e de hortícolas no prato (em cru ou cozinhados), verificava-se em apenas 68% e 43% das crianças, respetivamente (CMP, 2019).

Em adolescentes, os dados da coorte *Epidemiological Health Investigation of Teenagers in Porto* (EPITeen) indicam que 14% dos jovens aos 13 anos tinha uma alimentação caracterizada por uma elevada ingestão de alimentos fast-food e doces e apenas 16% seguia um “padrão alimentar saudável” (Araújo et al, 2015). Esta investigação mostrou ainda que o padrão alimentar seguido na adolescência tende a manter-se no início da vida adulta (21 anos) o que reforça a importância dos hábitos adquiridos em fases precoces da vida (Cruz, Ramos, Lopes e Araújo, 2018). Segundo os dados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), em 2015-2016, a inadequação do consumo de fruta e hortícolas (ingestão inferior a 5 porções diárias) é superior no grupo etário dos adolescentes (10-17 anos) (78%), sendo a prevalência de consumo diário de um ou mais refrigerantes ou néctares de 42% (Lopes et al, 2017).

Na população adulta os dados para a cidade do Porto são escassos e por isso recorreu-se à informação disponível no IAN-AF, segundo o qual, a inadequação do consumo de fruta e hortícolas foi de cerca de 57% nas pessoas adultas e 40% nas pessoas idosas. Por outro lado, 28% das pessoas adultas e 4% nas pessoas idosas consumiam diariamente um ou mais refrigerantes ou néctares. Quanto ao consumo de açúcares livres (açúcares adicionados aos alimentos pela indústria, restauração ou consumidor final, além de açúcares presentes naturalmente no mel, xaropes e sumos de fruta), este representa cerca de 8% do valor energético total diário na população geral e, em cerca de 25% da população nacional, o consumo destes açúcares livres ultrapassa os 10% do aporte energético total, sendo esta prevalência de 24% na população adulta e de 7% nas pessoas idosas. Os alimentos que mais contribuem para o aporte de açúcares livres são o açúcar “de mesa” adicionado a alimentos e bebidas (21%), os doces (como rebuçados, gomas, compotas, mel, chocolates, entre outros) (17%) e os refrigerantes (12%) (Lopes et al, 2017). A coorte EPIteen mostrou que apenas 4,5% de pessoas adultas jovens (27 anos) têm uma alta adesão à dieta mediterrânica, reconhecidamente associada à diminuição do risco de doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente de doenças cardiovasculares (Romagnolo, 2017) e que cerca de 22% e 7% destas pessoas adultas/ jovens apresentam, respetivamente, pré-obesidade e obesidade (Magalhães e Ramos, 2019).

Dentro da análise dos comportamentos, a insegurança alimentar (definida pelo acesso inexistente ou reduzido a alimentos nutricionalmente adequados) tem vindo a adquirir cada vez mais relevância, estando fortemente associada a características individuais e sociodemográficas (escolaridade, ocupação, estrutura familiar e rendimentos). Dados da coorte Geração 21 mostram que 10% das crianças com 10 anos pertencem a uma família com insegurança alimentar (Maia e Santos, 2020). O estudo EPIteen permitiu estimar que, em 2016-2017, 11% das pessoas adultas jovens (26 anos), pertencem a um agregado familiar com insegurança alimentar (Maia et al, 2019 A) e na coorte de base populacional adulta residente no Porto (EPIPorto) a prevalência de insegurança alimentar, estimada em 2014-2015, foi de 17%, sendo as mulheres, as pessoas menos escolarizadas e aquelas que apresentam uma perceção de rendimento familiar insuficiente, os grupos mais propensos a pertencer a uma família com insegurança alimentar (Maia et al, 2019 B).

Relativamente à **Atividade Física**, de acordo com os dados recolhidos no ano 2019 pelo SMENIAF, em crianças matriculadas no 1º ciclo do ensino básico de escolas da cidade do Porto, quando considerada a atividade física em contexto organizado (atividade física desportiva), cerca de 34% das crianças praticava pelo menos 2 horas por semana, 65% praticava uma hora ou menos e 45% não tinha qualquer prática desportiva. Quanto à prática de atividade física em contexto não organizado (brincar ativamente/vigorosamente), cerca de metade passava cerca de uma hora a brincar durante a semana (48%) e o número de horas aumentava significativamente, ao fim de semana, passando a maioria a brincar cerca de três horas ou mais (51%). A percentagem de crianças que nunca brinca ativamente/vigorosamente é 8% durante a semana e 3% durante o fim-de-semana. No que diz respeito ao tempo gasto em atividades sedentárias extraescolares (ver televisão, fazer trabalhos de casa, estar no computador ou noutros dispositivos eletrónicos), mais de 60% despendia cerca de uma hora nesse tipo de atividades durante a semana, sendo esse valor superior nas crianças inscritas no 1º ano (58%) quando comparado com as crianças inscritas no 4º ano (44%). O número de horas despendido em atividades sedentárias aumenta durante o fim-de-semana, sendo que a maioria (45%) referia despendar cerca de duas horas e 39% mais de três (CMP, 2019).

Os dados de estudos realizados em adolescentes suportam que a atividade física diminui ao longo da idade. Um estudo realizado em jovens matriculados entre o 9º e o 12º ano de escolaridade, em escolas públicas da cidade do Porto, mostrou que, apesar de 65% referirem praticar algum desporto, apenas 28% cumpriam a recomendação da OMS de 60 min/dia de prática de atividade física moderada/vigorosa e cerca de 30% descreve a sua atividade de lazer como sedentária (Magalhães et al., 2017).

A avaliação da coorte EPITeen, realizada em 2017-2018, em jovens que tinham, em média, 27 anos de idade, mostrou que cerca de 30% passa a maior parte do tempo sentado e permitiu verificar que ao longo da adolescência e na transição para a idade adulta há um decréscimo do exercício físico.

Quanto às pessoas idosas, de acordo com o “Diagnóstico à realidade social da população sénior do Porto”, com uma amostra de 1 212 pessoas com 65 anos ou mais anos, residentes na cidade do Porto, cerca de metade (50%) não pratica atividade física organizada. Os restantes dedicam, em média, cerca de 3 horas semanais à prática de atividade física, variando entre os 45 minutos e as 17 horas semanais. As atividades mais praticadas são caminhadas (28%), ginástica (24%), pilates/yoga (6%) e natação (5%) (CMP, 2020).

Considerando os dados nacionais e regionais do IAN-AF (2015-2016) (Lopes, Torres, Oliveira & Severo, 2017), a prevalência de prática de atividade física ativa organizada e/ou de lazer programada, com carácter regular, é cerca de 61% nas crianças (3-9 anos), 59% nos adolescentes (10-17 anos), 40% nas pessoas adultas (18-64 anos) e 33% nas pessoas idosas (65- 84 anos). Relativamente à população da região norte, 45% das pessoas inquiridas refere praticar atividade física organizada e/ou de lazer programada como prática regular e cerca de 36% consideram-se sedentárias.

No que concerne ao **Consumo de Substâncias** lícitas, em 2016, das 51 261 pessoas inscritas nos ACeS Porto Ocidental e Porto Oriental 23,5% tinham diagnóstico ativo de abuso de tabaco, ocupando o 3º lugar da lista das principais causas de morbilidade a seguir à hipertensão e à alteração do metabolismo dos lípidos (SIARS, 2017). Os dados da coorte de pessoas adultas EPIPorto recolhidos em 2005-2009 mostram uma prevalência de consumo de tabaco de 17,7% nas mulheres e 35,0% nos homens, descendo estes valores para 11,2% nas mulheres e 18,4% nos homens, nos dados recolhidos em 2013-2015. Os dados da coorte Epiteen estimam que a prevalência de pessoas fumadoras regulares aos 24 anos (2014-2015) era de 18,1% nas raparigas e 33,3% nos rapazes, valores que se mantiveram semelhantes na avaliação aos 27 anos (2017-2018) em que 33% das pessoas inquiridas referiu fumar diariamente ou ocasionalmente.

A caracterização do consumo em adolescentes realizada pelo SICAD em 2019, junto de jovens do ensino público da área metropolitana do Porto, com idades entre os 13 e os 18 anos, estimou que a prevalência de consumo de tabaco ao longo da vida foi de 37%. Já quanto ao uso recente (durante os últimos 12 meses) este valor foi de 28% e o uso atual (nos últimos 30 dias) foi de 16%, sendo estes valores semelhantes aos encontrados para Portugal Continental. O consumo atual de cigarros eletrónicos foi referido por 4% dos adolescentes, valor semelhante ao da média de Portugal Continental. De acordo com os dados da coorte EPITeen, a prevalência de consumo regular de tabaco (fumam todos os dias) aumenta com a idade e de uma forma mais acentuada nos rapazes e no período entre os 17 e 21 anos. Os dados da coorte EPITeen recolhidos aos 13 anos indicam ainda que a idade média de início de uso de tabaco é de 11 anos, tendo os rapazes experimentado o primeiro cigarro mais cedo que raparigas (10,8 vs. 11,4, respetivamente).



Quanto ao consumo de álcool, fator de risco elevado para perturbações neuropsiquiátricas, cirrose hepática e acidentes de viação, os dados recolhidos por rotina nos sistemas de informação avaliam apenas o consumo problemático, sendo que, em 2016, do total das pessoas inscritas nos ACeS Porto Ocidental e Porto Oriental, 2,23% tinham diagnóstico ativo de abuso crónico de álcool (SIARS, 2017). De acordo com os dados da coorte EPIPorto, nas mulheres adultas da cidade, o consumo excessivo (≥ 15 g/dia) variou entre os 14,0% na primeira avaliação (1995-2005), 10,8% na segunda (2005-2009) e 18,4% na terceira (2013-2015). Por outro lado, entre os homens, a proporção de consumo excessivo de álcool (≥ 30 g/dia) variou entre 48,8% na primeira avaliação, 34,4% na segunda avaliação e 40,4% na terceira. Considerando ainda os dados recolhidos no âmbito da coorte EPIPorto, em 2013-2015, quase a totalidade das pessoas adultas avaliadas residentes na cidade declararam já ter consumido bebidas alcoólicas alguma vez na vida, sendo que os homens reportaram mais frequentemente do que as mulheres (98,1% vs. 92,2%, respetivamente). As mulheres indicaram mais frequentemente serem consumidoras ocasionais ou não beberem no momento da avaliação, e os homens são na sua grande maioria consumidores regulares. O consumo excessivo de álcool foi mais frequentemente identificado nos níveis de escolaridade mais baixos, sendo o gradiente mais acentuado nos homens do que nas mulheres (81,4% das mulheres com 6 ou menos anos completos de escolaridade declararam alguma vez ter bebido vs. 66,3% das mulheres com 13 ou mais anos de escolaridade). Na coorte EPITeen, aos 13 anos, mais de metade dos/as adolescentes referiu já ter experimentado bebidas alcoólicas e aos 24 anos esse valor atinge quase a totalidade das pessoas avaliadas (98,8%). Em relação à frequência de consumo de bebidas alcoólicas, com a idade verificou-se um aumento do consumo ocasional ou regular, sendo que os rapazes, à semelhança das pessoas adultas, também reportaram um consumo regular mais frequente (42,6% vs. 21,9% aos 24 anos), enquanto o consumo ocasional foi semelhante entre ambos os sexos (42,3% e 48,4%, para rapazes e raparigas, respetivamente).

De acordo com os dados do SICAD (2019), embora os valores de consumo de álcool nos adolescentes da área metropolitana do Porto seja dos mais baixos de Portugal Continental, os números continuam a ser elevados. Em 2019, 63% dos adolescentes entre os 13 e os 18 anos reportaram consumo de álcool, pelo menos, uma vez na vida. O consumo recente de álcool (nos últimos 12 meses) correspondeu a 54% dos adolescentes e o consumo atual (nos últimos 30 dias) a 33% das pessoas inquiridas. Ainda de acordo com os dados do SICAD (2020), a proporção de adolescentes que reportaram ter-se embriagado nos últimos 12 meses foi de 26%, e consumo em binge nos últimos 30 dias foi de 15%. Na coorte EPITeen, a proporção de adolescentes que reportou já se ter embriagado, pelo menos uma vez, aumentou progressivamente entre os 17 e os 24 anos (27,5% aos 17 vs. 75,0% aos 24 anos), sendo sempre superior nos rapazes (raparigas 20,5% e rapazes 34,9% - aos 17 anos - vs. raparigas 67,2% e rapazes 82,8% aos - aos 24 anos).

Em relação ao consumo de substâncias ilícitas, de acordo com o retrato do uso de substâncias ilícitas na cidade do Porto (ISPUP, 2017), o número de pessoas utilizadoras de qualquer tipo de droga ilícita na cidade era de 6,54/1 000 habitantes dos 15-64 anos, sendo que este valor descia para 1,58/1 000 habitantes quando se tratava da utilização por via injetada.

Na coorte EPITeen, foi avaliada a evolução do consumo de substâncias ilícitas entre os 17 e 24 anos nos adolescentes e jovens do Porto, verificando-se que, aos 17 anos, cerca de 10% já tinha consumido algum tipo de substância ilícita, pelo menos uma vez na vida. Aos 24 anos, 42,3% das raparigas e 55,8% dos rapazes reportaram já ter experimentado alguma substância, sendo a mais consumida a canábica, reportada pela quase totalidade da amostra que referiu já ter usado substâncias ilícitas.

De acordo com o SICAD, em 2019, 13% dos adolescentes da área metropolitana do Porto, entre os 13 e os 18 anos, reportaram já ter experimentado substâncias ilícitas, sendo este valor mais baixo ao encontrado para Portugal Continental. Relativamente ao consumo nos últimos 12 meses, verifica-se que 11% dos adolescentes experimentaram alguma substância ilícita, a canábica foi a substância mais referida (11%), e o consumo das outras substâncias ilícitas foi reportado por 3% das pessoas inquiridas. O consumo atual de substâncias ilícitas (nos últimos 30 dias) foi reportado por 5% das pessoas inquiridas.

Por fim, na interpretação de dados relativos à morbilidade, é também fundamental analisar com detalhe o contexto. Seguindo uma abordagem holística, para esta interpretação dos dados e para o planeamento das intervenções necessárias para promover a saúde da população é fundamental conhecer as suas características (demográficas, sociais, económicas) e o ambiente (físico e construído) em que está inserida. O conhecimento das características ambientais, em combinação com as características sociais, permite uma análise mais aprofundada das vulnerabilidades em saúde. O **Índice de Privação Socioeconómica e Ambiental** surge, assim, como forma de análise do estado de saúde da população, tendo em consideração, entre outros indicadores, a avaliação das condições ambientais, recursos disponíveis, características sociodemográficas da população, movimentos pendulares. Esta ferramenta permite, assim, encontrar um mapa da cidade que pesa todas as características relevantes, na tentativa de encontrar as causas para o peso global dos problemas de saúde que persistem.

Nesse sentido, considerando a globalidade da morbilidade na cidade do Porto, verifica-se que as zonas mais vulneráveis da cidade se encontram principalmente na zona oriental, na baixa da cidade e no Vale da Ribeira da Granja (zona ocidental) (Figura 95).

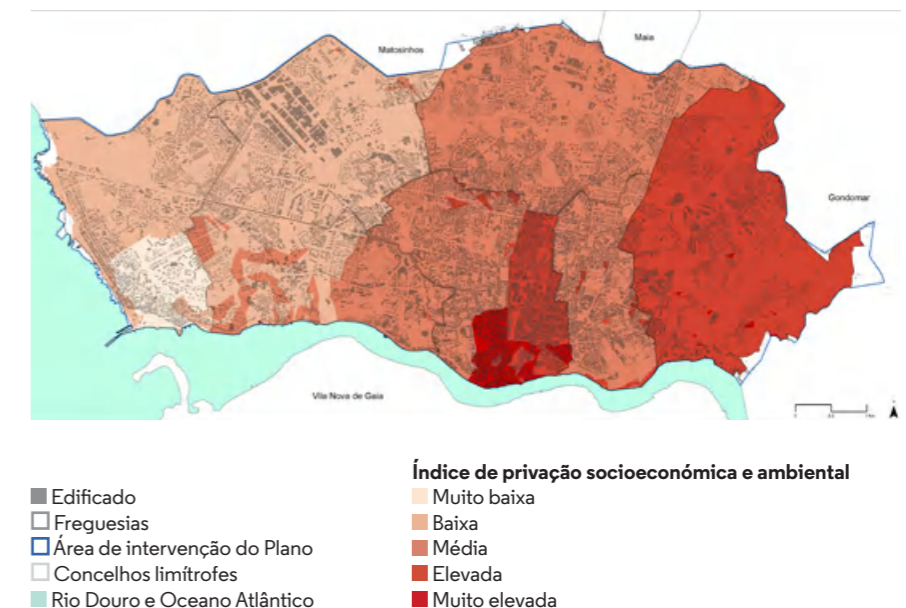


Figura 95. Índice de privação socioeconómica e ambiental para a saúde
Fonte: Revisão do Plano Diretor Municipal, CMP, 2018

IV. Para onde vamos?

Estratégia de elaboração, construção participada e implementação, monitorização e avaliação do plano de ação (2022-2024)

O município do Porto, atendendo às suas especificidades e ciente do seu papel agregador e potenciador de sinergias, entende que deve promover o planeamento estratégico de ações integradas e inovadoras que abordem todos os aspetos da saúde e qualidade de vida das pessoas, numa perspetiva holística, tal como é definido nos princípios das cidades saudáveis. Este entendimento refletiu-se em várias políticas e ações definidas pela edilidade, nomeadamente pela criação da Divisão Municipal de Promoção da Saúde em outubro de 2015 e, mais recentemente, no primeiro trimestre de 2022, pela criação do Pelouro da Saúde e Qualidade de Vida – que abarca também as áreas da Juventude e do Desporto, bem como do Departamento Municipal de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida e Juventude. Assume-se, deste modo, que o município pode desempenhar um papel fundamental nas políticas de promoção de saúde, facilitando a operacionalização, a nível local, do plano nacional de saúde e dos programas prioritários que dele resultam, bem como replicar modelos e iniciativas, no sentido da edificação de uma cidade resiliente e saudável, alavancada em soluções de desenvolvimento social inovadoras e sustentáveis.

Além da responsabilidade na definição de políticas locais que facilitem a criação e manutenção de ambientes promotores de saúde, a autarquia é um agente privilegiado para promover o envolvimento das estruturas existentes no seu território com o objetivo de criar e potenciar projetos e intervenções que respondam às necessidades e prioridades da população. Neste contexto, o município encetou os procedimentos internos necessários para adesão à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, sendo, desde outubro de 2018, um membro efetivo da referida Rede. No decurso desta integração, a CMP entendeu elaborar o seu Plano Municipal de Saúde (PMS) e respetivo Plano de Ação. Com este objetivo deu início a um processo de reflexão alargado para a definição de uma estratégia de saúde para a cidade do Porto com o intuito de promover a qualidade de vida dos cidadãos em todas as fases da sua vida. Desta forma, o município pretende, no domínio da saúde, criar uma ferramenta para a facilitação e desenvolvimento de um trabalho abrangente, complementar e sinérgico que potencie os recursos, responda às necessidades e concorra para a redução de iniquidades no território concelhio.

Reconhecendo a natureza multidimensional da saúde da população, o planeamento de medidas que visem a sua promoção implica a análise de distintos domínios, tais como, rendimento, emprego, saúde e incapacidade, educação e competências, habitação e acessibilidades a bens e serviços. Estas informações são essenciais como instrumentos de apoio à decisão política, à comunidade e aos profissionais, na análise das necessidades em saúde, bem como na priorização dos caminhos a tomar. Ao longo dos três primeiros capítulos deste documento ficou patente que, para a promoção da saúde, no âmbito da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, é essencial uma visão detalhada e integrada das diferentes componentes “as pessoas e os lugares” (*people & place*) e que, para o planeamento de ações e medidas no âmbito da saúde, conhecer detalhadamente “que saúde temos” (capítulo III - indicadores de saúde e perfil epidemiológico) é tão importante como saber e compreender “onde estamos” (capítulo I - caracterização geral do concelho e dos seus recursos) e “quem somos” (capítulo II - demografia com caracterização socioeconómica).

Os dados apresentados nos capítulos anteriores deste documento confirmam que as doenças crónicas são responsáveis por elevadas percentagens de mortalidade, sobretudo prematura, bem como morbidade, condicionando a perda de muitos anos de vida saudável. Os dados disponíveis mostram um aumento da esperança de vida, com conseqüente envelhecimento da população, o que incrementa a probabilidade de desenvolvimento das doenças crónicas que atualmente já apresentam maior prevalência na população.

Perante o envelhecimento da população, o peso das doenças crónicas e a conseqüente pressão sobre os sistemas sociais e de saúde, decorrentes da necessidade de assegurar o acesso a cuidados de qualidade e custo-efetivos, foram definidas políticas nacionais específicas que privilegiam a abordagem integrada das doenças crónicas.

O conhecimento e a informação disponível mostram que a incidência e prevalência da generalidade das doenças crónicas que apresentam maior expressão no território, é condicionada, na sua maioria, por fatores de risco modificáveis. Assim, apostar na atuação focada nos fatores modificáveis, ambientais e individuais, promovendo a alteração dos comportamentos de risco mais comuns, é fundamental para obter uma redução da carga de doença no território.

O planeamento de medidas com o objetivo de os modificar deve ser integrado e os compromissos de operacionalização devem ser assumidos por diferentes partes interessadas, com diferentes responsabilidades, isto não só permitirá uma efetiva rentabilização e maximização dos recursos disponíveis no território, como facilitará a sustentabilidade e continuidade das intervenções a implementar. A Saúde é, assim, um Compromisso de Todos.

Pela dificuldade de concertação de todos os setores e partes interessadas envolvidos neste desígnio, é fundamental que todo o processo esteja enquadrado em objetivos comuns. Neste contexto, importa destacar o enquadramento do PMS do Porto no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da Agenda 2030 das Nações Unidas, adotados por mais de 190 países a nível mundial, que definem as prioridades ao nível do desenvolvimento sustentável para 2030, procurando mobilizar esforços globais, em torno de um conjunto de 17 objetivos e 169 metas, agregados em 5 grandes áreas (Figura 96):

- Pessoas: erradicação da pobreza e fome, promoção da dignidade e da igualdade;
- Planeta: consumo e produção sustentáveis, combate às mudanças climáticas e adequada gestão dos recursos naturais;
- Paz: sociedades pacíficas, justas e inclusivas, livres do medo e da violência;
- Prosperidade: progresso económico e social e realização pessoal;
- Parcerias: integração e mobilização conjunta para benefício das pessoas mais vulneráveis.

O Porto está a trabalhar no seu primeiro Relatório Voluntário Local sobre os ODS 2030. Este é um instrumento recomendado pela Organização das Nações Unidas, que complementa os Relatórios Nacionais dos ODS 2030 e que se revela extremamente útil para as cidades e regiões como forma de reforço do cumprimento das metas dos 17 ODS, bem como para mostrar a capacidade dos governos locais em responder aos seus compromissos. A recolha de indicadores para os 17 ODS na cidade do Porto foi realizada a convite do Joint Research Centre/Comissão Europeia, com o objetivo de testar a metodologia e indicadores propostos no European Handbook for SDGs Voluntary Local Reviews em seis cidades-piloto. Um dos ODS analisado neste primeiro Relatório Voluntário Local do Porto (ainda interno) diz respeito ao ODS 3 – Saúde e Bem-Estar, no qual se agregou informação relativa a 29 indicadores relacionados, sempre que possível, com dados entre os anos 2010 e 2020.



Figura 96. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030

Fonte: Nações Unidas - Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental (UNRIC)



1. Estratégia de elaboração do Plano Municipal de Saúde

O PMS do Porto é entendido como um instrumento agregador das orientações estratégicas das várias entidades parceiras que, em conjunto, concorrem para o grande objetivo de potenciar a saúde e bem-estar dos indivíduos e das comunidades que servem. A sua elaboração é norteadada pelos objetivos e metas apresentados nos Planos Nacional, Regional e Locais de Saúde (orientações DGS, ARS Norte e ACeS Porto Ocidental e Porto Oriental), ajustadas aos objetivos estratégicos do município. Além das orientações nacionais e regionais, a elaboração do PMS implicou a definição de prioridades e estratégias que decorrem das necessidades identificadas através dos indicadores de saúde e reportadas por instituições com atividade no território do município.

A construção do PMS do Porto compreendeu quatro grandes etapas (Figura 97):

Diagnóstico, que permitiu a caracterização geográfica e ambiental do território, a caracterização sociodemográfica da população e a caracterização do seu estado de saúde atual, bem como a auscultação junto da comunidade (cidadãos e instituições);

Definição das Estratégias e Objetivos, que partiu do diagnóstico realizado e considerou, não só as prioridades identificadas durante esse processo, como também a exequibilidade dos resultados nos limites temporais estabelecidos para a vigência deste plano;

Definição do Plano de Ação para o primeiro quadriénio da sua implementação, que teve como ponto de partida a análise das atividades reportadas pelas instituições do território, numa perspetiva de potenciar recursos existentes, promovendo a articulação de diferentes parcerias, públicas e privadas, e colmatando áreas de atuação lacunares.

Adaptação do Plano de Ação às mudanças trazidas pela pandemia SARS-CoV-2 cuja necessidade surgiu após a pausa forçada nos trabalhos de finalização do Plano de Ação (a partir de março de 2020, em resposta às alterações na situação das instituições que desenvolvem as atividades no território do Porto) e que visou reapreciar a aceitabilidade e a exequibilidade dos objetivos e ações sugeridos no período pré-pandémico.

Este trabalho, assente num modelo participativo, promoveu a auscultação e participação das organizações presentes no município, quer no processo de diagnóstico, quer na definição das ações a integrar no plano de ação, com o objetivo de estimular a apropriação do PMS por todos os elementos com relevância para o bem-estar da população do município. Esta perspetiva modelou a construção deste PMS e será a base para a sua concretização, monitorização e avaliação. Atendendo à transversalidade da saúde e dos determinantes, todas as etapas de elaboração do plano foram desenvolvidas em articulação com outros processos de planificação estratégica do município, nomeadamente, a Estratégia “Porto, Cidade Sem Sida”, a Estratégia Municipal de Adaptação às Alterações Climáticas, o Plano de Ação do NPISA Porto, o Plano de Ação de Mobilidade Urbana Sustentável da área metropolitana do Porto, o Plano de Desenvolvimento Social, o Plano Municipal de Prevenção e Combate à Violência de Género e Doméstica, o Plano Municipal de Segurança Rodoviária, entre outros. Esta articulação do PMS com as demais ferramentas de planeamento municipal, pretende que não haja duplicação de iniciativas e desperdício de recursos, facilitando igualmente o usufruto e contribuição do plano para os resultados de outras ações e projetos, previstos no âmbito dos referidos processos de planificação estratégica do município.

148 |

| 149

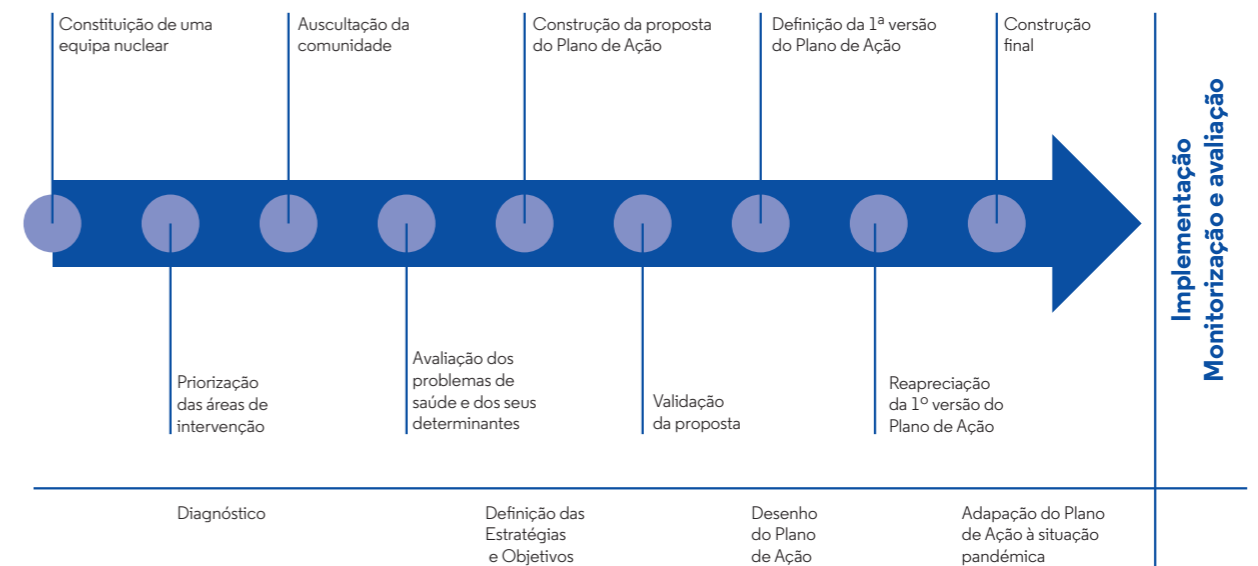


Figura 97. Etapas da construção do Plano Municipal de Saúde

Como parte da estratégia participativa que orientou a construção deste PMS, o trabalho desenvolvido em 2017 e 2018 foi publicamente apresentado em novembro de 2018, nas II Jornadas Municipais de Saúde, sob o tema “PMS do Porto: um instrumento diretor na área das políticas de saúde da cidade”. Nas III Jornadas Municipais de Saúde (janeiro 2020), que decorreram sob o tema Redes Promotoras de Saúde: sinergias locais ao serviço das pessoas, foi apresentado o trabalho que suportou a definição do Plano de Ação do PMS, na Conferência “Trabalho em Rede no Planeamento em Saúde: O Plano de Ação do PMS do Porto”. Nas IV Jornadas Municipais de Saúde (março 2022), sob o tema Promoção da Saúde em continuum: garante da qualidade de vida e bem-estar, foi apresentado o trabalho final de auscultação que suportou os reajustes realizados à proposta do Plano de Ação do PMS, em função das alterações vividas durante a fase pandémica, na Conferência “PMS do Porto: Saúde, um Compromisso de Todos”. O trabalho inerente ao Plano Municipal de Saúde não cessa com a sua elaboração. Após a criação do documento estratégico e do respetivo plano de ação, pretende-se promover uma cultura de recolha sistemática de informação que permita a monitorização das atividades desenvolvidas, a avaliação dos desvios relativamente ao inicialmente programado, e a identificação dos obstáculos à execução dos planos e atividades. Este processo é fundamental para promover uma avaliação sistemática e a adaptação dos planos e atividades para promover a sua efetividade.

2. Construção Participada do Plano Municipal de Saúde

O trabalho para o desenvolvimento do PMS do Porto iniciou-se no segundo trimestre de 2017 com a constituição da equipa nuclear inicial, responsável pelo desenvolvimento técnico deste documento constituída pelo município, através da sua Divisão de Promoção da Saúde, e pelos dois ACeS da cidade (ACeS Porto Ocidental e ACeS Porto Oriental). Numa primeira etapa, a equipa concentrou os seus esforços no diagnóstico da situação e na avaliação dos recursos existentes, só após o término desta tarefa foi possível avançar para o desenho do PMS.

Para a construção do PMS do Porto optou-se por uma metodologia participativa, sustentada nas entidades que integram o Conselho Local de Ação Social do Porto (CLASP), a plataforma de articulação constituída por diferentes parcerias (de cariz variado e origem, tanto pública como privada), cujo principal objetivo é potenciar o trabalho em rede para a intervenção realizada na cidade. Neste sentido, a auscultação e o trabalho sinérgico com as referidas entidades, revelou-se essencial para uma adequação das medidas e ações às reais necessidades e recursos existentes no concelho.

2.1 DIAGNÓSTICO

O processo de diagnóstico incluiu a procura do entendimento do contexto social e o diagnóstico de saúde, pela recolha de informação sobre os eventos de saúde, mas também, sobre os seus determinantes distais e proximais. Partindo do conjunto de informação disponível, numa primeira fase, foram identificadas as áreas de intervenção prioritárias. Após auscultação da comunidade sobre a relevância das áreas propostas, os esforços da equipa concentraram-se na análise e procura de informação que permitisse uma melhor caracterização dos problemas de saúde de acordo com os quatro eixos de intervenção identificados e dos recursos existentes no território.

2.1.1 Priorização das áreas de intervenção

Para a caracterização do território e da população, o processo de diagnóstico começou pelo levantamento exaustivo, compilação e seriação dos dados disponíveis nas diferentes fontes de informação, quer nacionais quer locais. Este processo teve como ponto de partida os Planos de Saúde Locais definidos pelo ACeS Porto Oriental e o ACeS Porto Ocidental, e foi complementado com os indicadores de saúde e sociais recolhidos por rotina através dos sistemas de informação nacionais e regionais existentes, e sempre que possível a informação foi complementada por dados locais considerados relevantes e válidos, nomeadamente, recorrendo a trabalhos científicos que tenham sido desenvolvidos no município. Entre maio e outubro de 2017, a equipa nuclear reuniu mensalmente, no sentido de proceder à análise de toda a documentação recolhida com o objetivo de identificar os problemas de saúde mais relevantes na população da cidade do Porto e identificar quais as áreas prioritárias de intervenção para promover a saúde e o bem-estar desta população. Deste trabalho resultou a proposta de quatro eixos principais de intervenção para o PMS do Porto:

- Eixo 1 - Crescer & Envelhecer no Porto
- Eixo 2 - Bem-estar Emocional, Psicológico e Social
- Eixo 3 - Alimentação Equilibrada
- Eixo 4 - Consumos



2.1.2 Auscultação da comunidade através de Fóruns Participativos

No seguimento desta etapa, o município, por sugestão da equipa nuclear, entendeu apresentar publicamente os quatro eixos, através da dinamização de Fóruns Participativos, desenvolvidos com o principal intuito de propor, discutir e validar os quatro eixos de Intervenção propostos.

Foram promovidos quatro Fóruns, um para cada eixo proposto, que foram amplamente divulgados através de diferentes canais convidando à participação de toda a comunidade. Os Fóruns decorreram ao longo do último trimestre de 2017 e do primeiro trimestre de 2018, no auditório da Casa do Infante, tendo uma duração aproximada de 2h30 cada. Para cada Fórum, foram convidados três peritos das áreas a abranger em cada eixo específico, que davam o mote à discussão, destacando aspetos relativos à realidade concelhia, bem como alguns desafios. Posteriormente, era passada a palavra à audiência, num modelo dinâmico de discussão participada das principais problemáticas e necessidades percebidas e possíveis caminhos para as solucionar/colmatar.

No primeiro fórum, Crescer & Envelhecer no Porto, participaram 68 pessoas, sendo que o mote à discussão foi dado pelos participantes na mesa redonda, composta pelo Prof. Doutor Romeu Mendes (ARS Norte), pelo Dr. João Silva Viana (Centro Hospitalar Universitário S. João) e pelo Prof. Doutor Jorge Mota (Faculdade de Desporto da Universidade do Porto).

De uma forma sumária, as principais conclusões foram: promover um envelhecimento ativo e saudável é fundamental, devendo este ser um processo participado e planeado, que envolva todos; deve-se desmistificar a ideia de que as atividades ligadas ao envelhecimento ativo são só para pessoas mais velhas, focalizando a importância de bem envelhecer ao longo de todo o ciclo de vida, como determinante na melhoria da qualidade de vida, em que todos têm um importante papel a desempenhar na valorização e integração dos processos de bem crescer e envelhecer; a literacia em saúde desempenha um papel basilar numa sociedade que pretende um maior envolvimento e responsabilização do cidadão nos seus percursos, com impacto positivo, tanto na vigilância como na promoção da sua própria saúde, não esquecendo o investimento na promoção da literacia em saúde desde a infância; para a promoção da atividade física regular, deverá rentabilizar-se os espaços (e oferta) já existentes no concelho.

No segundo fórum, Bem-estar Emocional, Psicológico e Social, participaram 43 pessoas, tendo a discussão sido iniciada pelos oradores convidados na mesa redonda, composta pelo Dr. António Roma Torres (Centro Hospitalar Universitário S. João); pela Dra. Natália Costa (ENCONTRAR+SE) e pela Prof.^a Doutora Catarina Ribeiro (Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa). De uma forma sumária, as principais conclusões foram: a promoção do desenvolvimento de competências socioemocionais, logo desde idade precoce, deve ser priorizada; é fundamental atuar na desmistificação e combate ao estigma, diretamente relacionados com a Saúde Mental, sendo necessário promover estratégias para o aumento da literacia em saúde-mental: uma maior consciencialização relativamente ao contexto da doença, sua génese, estratégias de tratamento e aceitação social; os modelos de intervenção têm evoluído, a fim de não dependerem exclusivamente dos psicofármacos como principal modalidade de tratamento, sendo que, neste aspeto, promover atividades promotoras de bem-estar a nível comunitário serão boas apostas no sentido da melhoria da qualidade de vida de todos; é no contexto social que se deverá apostar em estratégias de capacitação que objetivem promover a saúde mental dos cidadãos; os planos municipais de educação e violência doméstica intimamente relacionados com a saúde mental, devem ser projetados de forma integrada, articulada e alvo de criação de sinergias, promovendo a prevenção/atuação a montante nos casos de violência com maior expressão/crescimento recentes.

No terceiro fórum, Alimentação Equilibrada, participaram 89 pessoas, sendo que o mote à discussão foi dado pelas pessoas participantes na mesa redonda, composta pelo Prof. Doutor Pedro Graça (DGS), pela Prof.^a Doutora Carla Lopes (ISPUP) e pela Prof.^a Doutora Carla Rêgo (Hospital CUF Porto). De uma forma sumária, as principais conclusões foram: atendendo às relações e impacto direto que determinados hábitos /padrões de consumo alimentar (por excesso ou defeito) têm no estado de saúde da população, dever-se-á capacitar os cidadãos no sentido da adoção de hábitos protetores; é essencial consciencializar a população para a importância da modulação de fatores precipitantes de doenças crónicas não transmissíveis; a autarquia tem um papel relevante na promoção da saúde neste âmbito já que é uma entidade com um maior alcance de atuação junto da comunidade, em todas as fases do ciclo de vida, podendo impulsionar a implementação de medidas

transformadoras de estilos de vida (oferta alimentar em contexto escolar e nos seus espaços, melhoria dos equipamentos de atividade física e lazer, disponibilização de pontos / bebedouros de água de rede pública, entre outros); o sucesso das intervenções depende, em larga medida, do investimento em projetos promotores de literacia; dever-se-á ter particular atenção aos grupos socioeconomicamente mais vulneráveis; a aposta no desenvolvimento da cultura local, da sustentabilidade alimentar e ambiental e do comércio local contribuirão para a coesão social e territorial e equidade.

No quarto, e último, fórum, Consumos, participaram 95 pessoas, na mesa redonda que deu o mote à discussão participaram o Prof. Doutor Henrique Barros (ISPUP), a Dra. Inês Abraão ((Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, da ARS Norte) e o Dr. Manuel Rosas (Gabinete Cidade Saudável da Câmara Municipal de Viana do Castelo). De uma forma sumária, as principais conclusões foram: o consumo de substâncias lícitas e ilícitas é um problema de saúde pública que requer o envolvimento de todos e não apenas da autarquia; os dados locais são preocupantes relativamente ao consumo de tabaco; os grupos vulneráveis estão mais expostos ao risco do consumo abusivo de substâncias, tanto lícitas como ilícitas, daí ser basilar o desenvolvimento de projetos de prevenção através da capacitação junto destes grupos; trabalhar questões na área da promoção da saúde mental junto das pessoas mais jovens será uma boa forma de prevenir; como nos demais fatores de risco, depois de um bom diagnóstico, será necessário o devido processo de monitorização dos fenómenos até para perceber quais as estratégias que mais resultados potenciarão melhorias do estado de saúde da população.

Na totalidade, 4 Fóruns contaram com 295 pessoas e 48 instituições, de cariz variado (instituições das áreas social, da saúde e da educação, academia, entidades governamentais e organizações da sociedade civil) mas todas com atuação a nível concelhio.

2.1.3. Avaliação dos problemas de saúde e dos seus determinantes

Após a validação dos quatro eixos de intervenção, o processo de diagnóstico centrou-se na procura de informações que permitissem uma melhor caracterização e compreensão dos problemas de saúde relacionados com estes eixos de intervenção e dos seus determinantes. Com este objetivo, a equipa nuclear que, nesta fase, passou também a contar com o ISPUP, procedeu à compilação e análise dos dados disponibilizados pelo ministério da saúde, nomeadamente através da ARS Norte, das informações recolhidas no âmbito das atividades da Administração Central do Sistema de Saúde, e dos dados do Instituto Nacional de Estatística. Para complementar as informações obtidas a partir dos indicadores disponibilizados, ou calculados, a partir de fontes oficiais de dados obtidos por rotina, foram pesquisadas publicações científicas produzidas a partir de amostras da população da cidade do Porto com relevância para o planeamento das estratégias e ações. Além dos dados publicados, foram ainda contactadas instituições que pudessem ter informações que permitissem complementar a caracterização da população.

A análise crítica das informações recolhidas teve como suporte um modelo ecológico que representa uma abordagem holística de saúde e do bem-estar, determinada pela complexa interação entre os fatores ambientais e individuais. Neste contexto, foram também tidas em conta as especificidades das diferentes fases da vida.

Na sequência da abordagem participativa definida para a construção do PMS do Porto, foram auscultados as entidades parceiras do município, com o objetivo de identificar as necessidades sentidas no território (nomeadamente aquelas que não são captadas através dos indicadores recolhidos por rotina nas fontes de informação convencionais), e feito um levantamento dos projetos e atividades em curso ou planeadas no município (e que possam contribuir para a promoção da saúde dos/as munícipes).

2.1.4. Avaliação e priorização das necessidades identificadas pelas entidades que integram o CLASP

A metodologia adotada visou a criação de uma dinâmica participativa de identificação de necessidades a considerar no âmbito do PMS, envolvendo os técnicos das organizações que operam no território do município (Rondas PMS Parceiros). As sessões de trabalho da 1ª Ronda PMS Parceiros tiveram como objetivos principais permitir a recolha e priorização das necessidades que as entidades parceiras identificam na população da cidade, mas também, promover o diálogo entre instituições.

Estas sessões de trabalho decorreram no primeiro trimestre de 2019, tendo sido promovidas um total de seis reuniões, cada uma com uma duração aproximada de 3 h. Das 224 entidades que integravam, àquela data, o CLASP, estiveram presentes 103 (46%) organizações, de diferentes áreas de intervenção, representadas por 137 pessoas. As entidades foram distribuídas por 6 grupos com um número semelhante de instituições da mesma área de intervenção, de modo a promover a diversidade de áreas de intervenção e populações alvo em cada sessão.

O levantamento e priorização das necessidades tiveram como base os quatro eixos do PMS mas, a fim de facilitar a dinâmica de discussão, os referidos eixos foram agregados dois a dois. Assim, em cada sessão, metade das entidades participantes trabalhava os Eixos 1.Crescer e Envelhecer no Porto e 3.Alimentação Equilibrada e a outra metade os Eixos 2.Bem-estar Emocional, Psicológico e Social e 4.Consumos. Esta distribuição foi independente da área de intervenção da instituição representada. Além do trabalho individual e do trabalho de grupo, as sessões incluíam uma apresentação em assembleia para permitir que as pessoas participantes pudessem incorporar a sua contribuição nos dois eixos que não tinham discutido em grupo.

Do trabalho individual foram analisadas 660 frases escritas pelos participantes e avaliada a frequência de cada palavra, independentemente da sua localização na frase ou relação com outras palavras, e respetiva representação numa nuvem de palavras no qual o tamanho das palavras é proporcional à frequência (Figura 98). A avaliação, tendo em conta a força de associação entre palavras, identificou como pares mais frequentemente escritos: “Promover Atividade”, “Saúde Mental” e “Atividade física”. Os pares “Alimentação Saudável”, “Ações sensibilização”, “Promover Ações” e “Doença Mental” foram escritas em mais de 10 frases.



Figura 98. Nuvem de palavras (o tamanho da palavra é proporcional à sua frequência nas frases recolhidas)

A partir do trabalho de grupo e da identificação das intervenções prioritárias, foi possível destacar três grandes grupos de intervenções, transversais aos quatro eixos propostos:

I - Capacitação/Formação

Esta necessidade de capacitação/formação de técnicos e agentes surgiu com dois intuitos:

melhorar a prestação de cuidados e a assistência que é prestada;
capacitar/formar grupos específicos da população, com particular destaque para a capacitação de cuidadores informais, bem como das crianças e jovens, sobretudo no domínio da gestão emocional e decisão relativamente aos consumos de álcool, uso de tabaco e substâncias ilícitas.

II – Coordenação de respostas e meios

De forma transversal e repetida, surgiu a necessidade de coordenação e articulação de respostas, meios e informações. As diferentes formulações apresentadas poderão agrupar-se em três subgrupos:

criação de plataformas que agreguem as respostas e meios disponíveis para as diferentes necessidades;
divulgação de recursos, iniciativas e atividades;
partilha de práticas e informações entre instituições e profissionais.

III – Melhoria da acessibilidade

As questões da melhoria da acessibilidade foram apresentadas tendo como pano de fundo, na maioria dos casos, necessidades quotidianas das pessoas em situação de isolamento e/ou mobilidade reduzida, como forma de prevenção de isolamentos futuros e de integração da pessoa idosa na vida da comunidade.

As necessidades identificadas foram descritas:
transporte/deslocação dos indivíduos para atividades quotidianas (farmácia, correios, consultas, tratamentos, convívios, lazer);
deslocação de equipas multidisciplinares para atendimento a situações de mobilidade reduzida ou nula;
barreiras físicas – arquitetónicas, sensoriais, informativas – e barreiras de atendimento.

Foram ainda identificadas necessidades ao nível da promoção da Atividade Física, nomeadamente no que se refere à gratuidade do acesso e à criação de espaços verdes e disponibilização de equipamentos mais próximos da população (nos bairros sociais, usando equipamentos escolares). Também a inclusão da atividade física em centros de dia e o acesso às mesmas por pessoas em situação de isolamento foram referidas como prioritárias.

O Apoio Domiciliário foi outra das áreas referidas, nomeadamente na necessidade de alterar o tipo de serviços – incluir mais valências na prestação multidisciplinar – e os horários – cobertura para os fins-de-semana e períodos noturnos. O apoio aos Cuidadores Informais tanto na sua capacitação, já referida, como na criação de respostas que possam antecipar e mesmo solucionar crises do cuidador/a e/ou do indivíduo cuidado.

A qualidade da Habitação é referida como necessidade de intervenção, não somente pelas barreiras arquitetónicas, mas também pelas questões da salubridade. Por outro lado, é referida a necessidade de intervenções que promovam e fortaleçam Relações de Proximidade e ativação de redes de solidariedade em formatos mais ou menos institucionais (voluntariado, encontros intergeracionais, integração em dinâmicas comunitárias).



2.1.5. Levantamento das atividades promovidas pelos parceiros

Sendo um dos objetivos do PMS do Porto a promoção das sinergias e a rentabilização dos recursos existentes, ainda no âmbito do diagnóstico, foi desenhado um questionário para recolha da informação que permitiu conhecer e caracterizar os projetos e atividades em curso ou a serem desenvolvidas no curto/médio prazo no município.

O questionário foi remetido, em janeiro de 2019, a todas as entidades que integram o CLASP, àquela data (224). Além de recolher informação sobre as atividades desenvolvidas e planeadas que possam ter impacto em pelo menos um dos quatro eixos prioritários definidos, o questionário permitiu recolher sugestões para promover a articulação entre instituições.

O questionário estava composto por duas partes: Informação geral sobre a entidade promotora: nome de instituição, tipologia, característica do público-alvo.

Informação sobre as atividades em curso ou planeadas: nome da atividade, breve descrição, objetivos, característica do público-alvo (do projeto), área geográfica da intervenção, datas de início e de termo, parcerias da implementação.

Responderam ao questionário eletrónico 136 instituições. A informação fornecida permitiu identificar mais de 200 atividades, iniciativas e projetos promovidos pelas instituições que desenvolvem trabalho no território da cidade, isoladamente ou em parceria com outras. Esta informação foi utilizada como ponto de partida para a identificação das atividades a integrar no Plano de Ação do PMS do Porto com o objetivo de rentabilizar os conhecimentos e os recursos existentes.

2.2 DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS E OBJETIVOS PARA O PLANO DE AÇÃO

O plano de ação do PMS, além de responder às necessidades e prioridades identificadas, deve ser potenciador dos recursos existentes e promover a articulação das diferentes entidades parceiras, públicas e privadas. Assim, a construção do plano de ação teve como ponto de partida as atividades reportadas pelas instituições do território que se enquadravam nos 4 eixos de intervenção identificados e que direta ou indiretamente respondiam às necessidades identificadas como prioritárias. Para este processo, e numa primeira fase, a equipa nuclear definiu um conjunto de objetivos e construiu uma proposta de estratégias para os atingir. Essa proposta foi posteriormente validada com as entidades que integram o CLASP, o que permitiu a incorporação de sugestões e a identificação de fragilidades.

2.2.1 Construção da proposta de estratégias e objetivos para o Plano de Ação

Tendo como base todo o processo de diagnóstico que permitiu identificar e priorizar as necessidades da população, no segundo semestre de 2019, foi analisada a informação disponibilizada pelas entidades parceiras sobre os recursos existentes e, em cada eixo, foram reajustadas as prioridades de intervenção em função do potencial de exequibilidade das respostas.

Para cada eixo, foi definido um conjunto de objetivos, através dos quais se pudesse dar resposta às necessidades identificadas, e propostas estratégias para atingir esses objetivos. A escolha dos objetivos e estratégias teve em conta, não só a priorização previamente efetuada, mas também o potencial de resposta existente ou com possibilidade de ser criada, a existência de informação que pudesse permitir a sua avaliação, e as respostas já previstas noutros instrumentos de planeamento estratégico do município.

Deste trabalho resultou a proposta do Plano de Ação que definiu os objetivos, as estratégias e as ações necessárias para os alcançar. A análise aos projetos em curso e/ou planeados para o território permitiu identificar instituições que já desenvolviam iniciativas enquadrados em alguma das estratégias.

2.2.2. Validação das propostas para o Plano de Ação e identificação das fragilidades

A proposta foi apresentada com as instituições que integram o CLASP, não apenas para ser validada, mas também para poder integrar novas sugestões e identificar fragilidades à sua implementação. Esta estratégia de construção do Plano visou, como já referido, promover a articulação entre entidades e estimular a apropriação do Plano por todos de modo a que, cada entidade parceira possa, no seu planeamento institucional, incorporar as prioridades e estratégias definidas, potenciando os resultados finais.

As sessões de trabalho com as instituições que integram o CLASP, no âmbito da 2ª Ronda PMS Parceiros, decorreram no último trimestre de 2019, designadamente entre os meses de novembro e dezembro. Estas sessões foram organizadas em torno de cada um dos Eixos de Intervenção definidos. Para cada sessão foram convidadas as instituições que tinham referido projetos/ações com relevância para esse Eixo e as instituições que, apesar de não terem respondido ou não terem identificado nenhum projeto específico, desenvolvem as suas atividades em torno desse Eixo. Assim, a mesma entidade pode ter integrado mais do que uma sessão. Além das reuniões específicas por eixo, foi realizada uma reunião adicional para a qual foram convocadas as entidades que na fase de recolha de informação sobre os projetos em curso ou a iniciar não indicaram projetos para nenhum dos 4 Eixos apresentados, mas que se mostraram disponíveis para equacionar o desenvolvimento de ações que respondam às necessidades previamente identificadas. Assim, as reuniões de discussão e validação da proposta do plano de ação contaram com a participação de 65 instituições que integram o CLASP. No âmbito desta discussão, e como respostas às fragilidades identificadas, os participantes realçaram: a importância de divulgar projetos eficazes e boas práticas que possam servir de modelo; a incorporação de ferramentas de prevenção nas instituições colaboradoras e público externo; e a integração de novas entidades parceiras, criando uma rede para a melhoria da articulação e adequação das respostas.

2.3 DEFINIÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

A primeira versão do Plano de Ação incorporou todas as informações recolhidas ao longo do processo de construção e foi desenhada tendo como principal objetivo operacionalizar estratégias que visem a promoção da saúde e o bem-estar da população, valorizando os recursos existentes na comunidade. Como consequência do processo adotado para construir a proposta de plano de ação, várias das ações previstas integram iniciativas já em curso ou planeadas para implementação num curto espaço de tempo. Assim, embora tenham sido identificadas áreas de intervenção para as quais é necessário fazer todo o processo de desenho e implementação, para tantas outras, numa perspetiva de eficiência, o foco estará em potenciar sinergias, robustecer e escalar o que já está a ser implementado, num continuum de articulação e complementaridade entre vários intervenientes neste processo.

Como definido no início do processo, o plano de ação foi construído em torno de quatro eixos de intervenção: Crescer e Envelhecer no Porto; Bem-estar Emocional, Psicológico e Social; Alimentação Equilibrada e Consumos. Para cada eixo foram definidas estratégias, objetivos e metas a alcançar. Foram estabelecidos objetivos, gerais e específicos, e estratégias a operacionalizar através de ações. Todas as ações previstas no plano foram organizadas de acordo com 6 pilares estratégicos: Ambiente Promotor de Saúde; Capacitação e Formação; Comunicação; Facilitação do Acesso; Projetos Integrados e Boas Práticas; e Respostas e Recursos.

2.4 ADAPTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO ÀS MUDANÇAS TRAZIDAS PELA PANDEMIA SARS-COV-2

2.4.1 Validação de respostas e de posicionamento no Plano de Ação por entidades parceiras do PMS Porto

A pandemia, provocada pelo coronavírus, afetou o processo de trabalho da construção e validação do Plano de Ação, suspendendo a interação com as entidades parceiras envolvidas entre março de 2020 e maio de 2021.

Tendo em consideração o impacto pandémico na prestação dos cuidados e nas prioridades das instituições, foi desenhado um questionário para recolha da informação que permitia ajustar o posicionamento das entidades parceiras no Plano de Ação de acordo com as mudanças que surgiram ao longo do período de interrupção forçada.

Com o objetivo de apresentar o resultado do trabalho previamente desenvolvido de construção participada e anunciar a retoma dos trabalhos no âmbito do desenvolvimento do 1º Plano de Ação do Plano Municipal de Saúde foi organizada uma reunião geral que lançou a 3ª Ronda PMS Parceiros e para a qual foram convidados parceiros integrantes da Rede Social do município do Porto.

Durante o mês de junho de 2021 foram organizadas as reuniões tendo como objetivo principal rever os objetivos do Plano de Ação definidos nas fases anteriores, e, em colaboração com as entidades parceiras verificar de que forma as atividades propostas permitem responder a esses objetivos. Quando identificadas situações em que as atividades não eram suficientes para responder ao objetivo, foram recolhidas as propostas de melhoria da resposta.

Para esta ronda de reuniões, as entidades foram organizadas por ciclo de vida dos destinatários das suas respostas sociais. As entidades que trabalham com diferentes grupos etários foram convidadas para o grupo etário onde desenvolvem mais trabalho (quer no número de respostas sociais quer no número de destinatários nessas respostas). Assim, além da reunião geral, na 3ª Ronda, foram organizadas mais quatro reuniões focadas nos seguintes públicos-alvo: crianças e jovens, séniores e população adulta (as entidades deste grupo foram subdivididas em dois subgrupos: entidades mais direcionadas para vulnerabilidade socioeconómica e entidades mais direcionadas para a promoção de saúde nas áreas de adições, VIH, saúde mental, pessoas com necessidades específicas). A opção por um trabalho em torno do ciclo de vida teve como objetivo obrigar a que todas as entidades tivessem contacto com todos os eixos, independentemente de qual o seu âmbito de ação específico.

A discussão da relevância dos objetivos e da conformidade dos mesmos às ações previstas no Plano de Ação apresentado foi organizada, tendo como ponto de partida os objetivos específicos de cada eixo que, por sua vez, foram subdivididos em 2 domínios: objetivos focados nas intervenções desenvolvidas com públicos-alvo e objetivos direcionados para a criação de ambiente favorável ao bem-estar e com constituição e suporte das redes sociais envolvidas nas respostas sociais. Das 98 entidades convidadas participaram 60 (61,2%).

Da discussão gerada pelos participantes destacaram-se: a necessidade de capacitar para a literacia digital, sobretudo no caso de cuidadores formais e informais; a necessidade de criar os postos de acesso digital para quem não tem acesso a equipamentos ou não tem as ferramentas para os utilizar autonomamente; produzir e divulgar à população vulnerável informação sobre como e onde procurar ajuda; identificar melhor as necessidades da população alvo antes de implementar uma intervenção; envolver os impulsionadores/catalisadores da comunidade na dinamização dos equipamentos desportivos nos espaços públicos; apoiar as redes de vizinhança com a formação necessária e com os espaços físicos que possam favorecer a estruturação das redes; criar um grupo de trabalho para desenvolver recomendações/programação de respostas necessárias no atendimento a pessoas com perturbação mental; criar uma bolsa ou uma rede de consultores para desenvolver os projetos de apoio na escolha das intervenções que visem apoiar as populações vulneráveis.

2.4.2 Incorporação das propostas das entidades parceiras e construção final do Plano de Ação

A revisão final do Plano de Ação, realizada pela Equipa Nuclear, teve como objetivo principal adaptar o documento apresentado no início do ano 2020 às mudanças no terreno identificadas pelas entidades parceiras, incorporando as sugestões de melhoria. As ações previstas no âmbito dos pilares estratégicos/ domínios de ação (Ambiente Promotor de Saúde, Capacitação e Formação, Comunicação, Facilitação do Acesso, Projetos Integrados e Boas Práticas, e Respostas e Recursos) foram completadas e/ou reformuladas de acordo com as necessidades sentidas no terreno e identificadas pelas entidades parceiras da rede social. Por exemplo, a sugestão de promover trabalho integrado entre associações no terreno e serviços de saúde foi respondida pela ação “Elaboração de modelo de comunicação interinstitucional”; a proposta de produzir e divulgar à população vulnerável a informação sobre como e onde procurar ajuda foi respondida pela ação “Elaboração de plano de comunicação da informação à população sobre cuidados e serviços disponíveis”.



O processo completo de construção do PMS encontra-se sumariado na Figura 99 e, como referido previamente, todas as etapas foram desenvolvidas em articulação com outros processos de planificação estratégica do município.

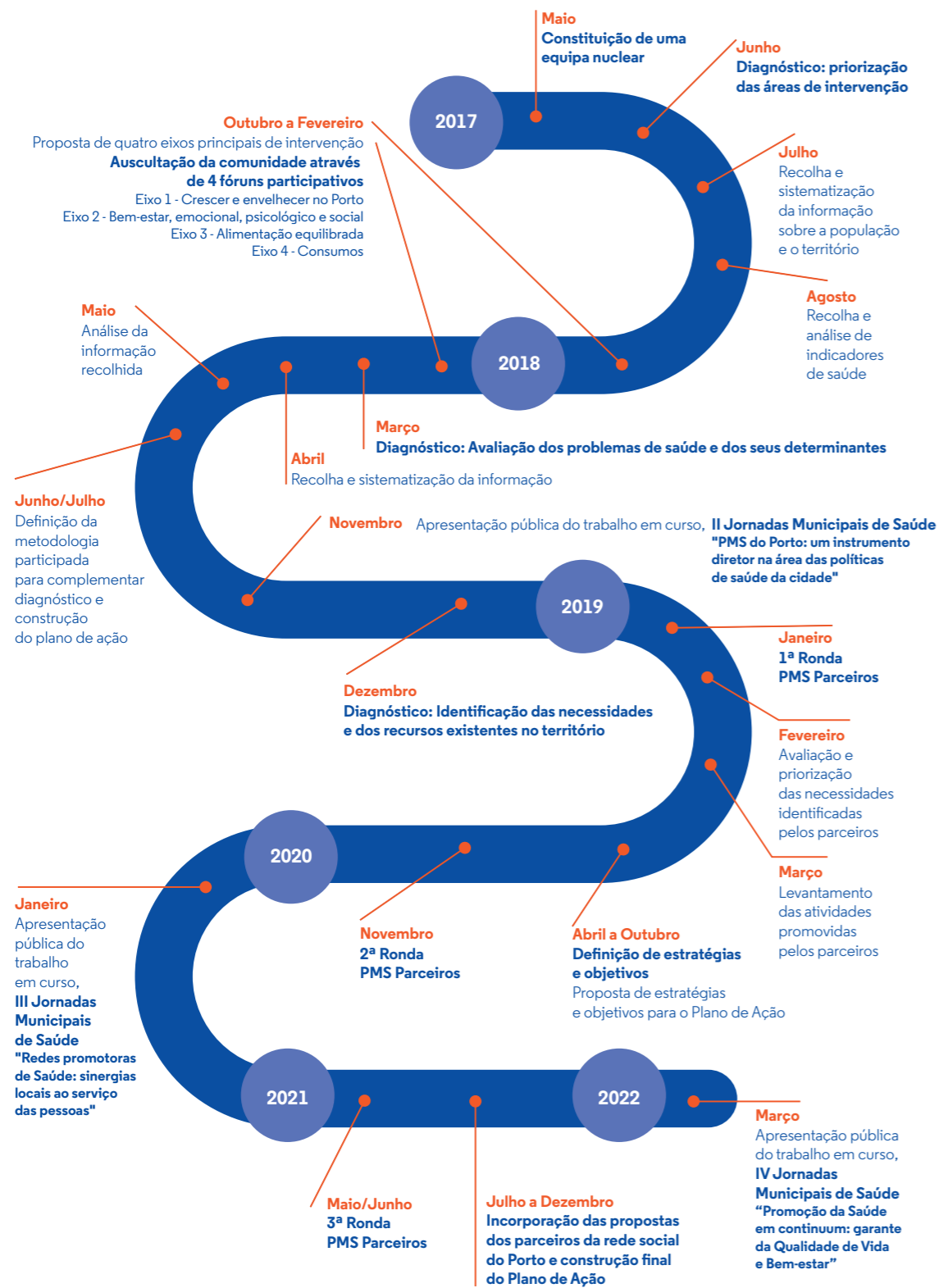
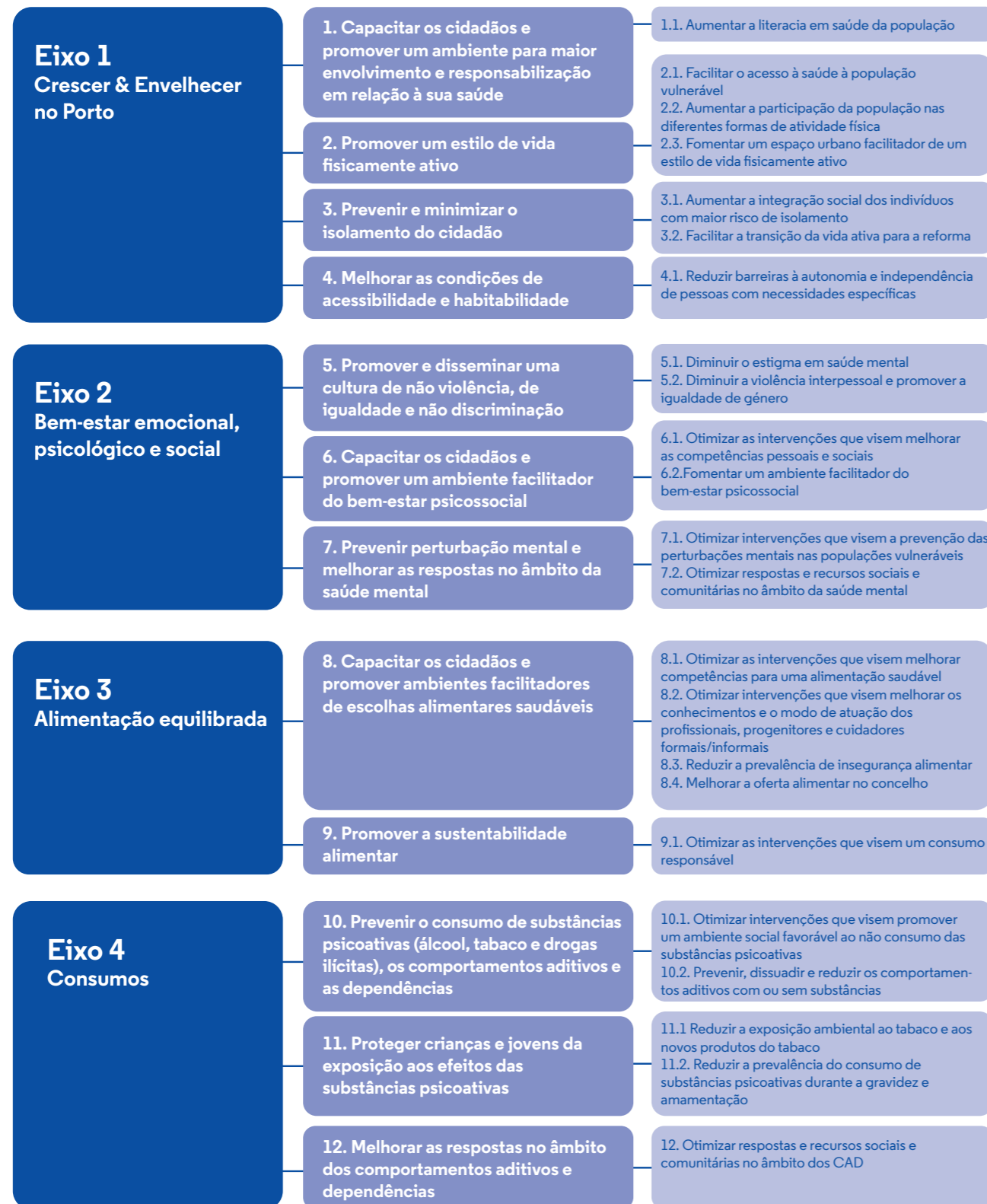


Figura 99. Sumário das atividades realizadas no âmbito de elaboração do PMS do Porto

No final deste processo de construção, o Plano Municipal de Saúde está estruturado em 4 grandes Eixos de Intervenção, validados publicamente, e decorrentes de um diagnóstico detalhado da situação; são concordadas 12 Estratégias, que se desagregam em 23 Objetivos Gerais (Figura 100) e 63 Objetivos Operacionais, a implementar através de 363 ações.

Para a operacionalização do PMS do Porto foi definido um Plano de Ação (apresentado no capítulo V deste documento), cuja construção foi participada por 137 instituições que desenvolvem trabalho no território concelhio, muito distintas entre si, de cariz variado, tanto na génese como nos objetivos, mas que, neste âmbito, contribuíram para uma complementaridade das propostas e das ações. As entidades parceiras locais que aceitaram o convite de participar no processo de construção deste plano, serão, também eles, intervenientes na sua operacionalização.





3. Implementação, Monitorização e Avaliação do Plano de Ação

A estratégia de implementação do PMS passa por um entendimento de que no Porto, a Saúde é um Compromisso de Todos.

Assim, em consonância com a estratégia de trabalho para a construção deste plano, a metodologia de implementação das estratégias e o desenho dos projetos e ações que as concretizam, serão orquestrados com as pessoas intervenientes em cada área. Este será necessariamente um trabalho dinâmico para permitir a adaptação às mudanças naturais em contexto populacional e também às transformações inerentes ao próprio processo de intervenção. O PMS é, em si mesmo, uma ferramenta agregadora de esforços, numa uniformização da atuação concelhia e maximização dos recursos. Inovar e consolidar estratégias e ações, que visem a preservação e a promoção de saúde dos cidadãos, integrando-as nas demais ferramentas de planeamento municipal existentes, bem como nos planos estratégicos dos parceiros é um dos principais desígnios do processo de implementação, tendo como suporte uma metodologia que se pretende sinérgica e de rentabilização dos recursos existentes, sejam eles físicos ou humanos.

A complexidade que um plano com esta abrangência subentende, prevê um Sistema de Avaliação e Monitorização, também ele complexo que, por um lado, garanta uma monitorização próxima da execução das atividades previstas (com os ajustes que se revelem necessários, no âmbito de um planeamento sustentado e adequado), e por outro, permita a avaliação das metas propostas através dos indicadores próprios. Assim, no contexto da implementação deste plano, pretende-se promover uma cultura de recolha sistemática de informação que permita a monitorização das atividades em curso, para avaliação dos desvios relativamente ao inicialmente programado e conseqüente ajuste. Neste processo de avaliação será também estimulada a identificação dos obstáculos à execução das atividades, a fim de promover uma avaliação sistemática e a identificação de estratégias que visem a adaptação dessas atividades para promover a sua efetividade.

Figura 100. Eixos, Estratégias e Objetivos Gerais do Plano de Ação

Os procedimentos para a monitorização e avaliação decorrerão a dois níveis (Figura 101):

Processo: no qual se prevê a avaliação do alcance aos objetivos operacionais e um acompanhamento próximo da evolução na execução das atividades propostas no Plano de Ação. A monitorização da implementação do Plano de Ação será baseada em indicadores para cada objetivo operacional e para cada domínio de ação, definidos ao longo da implementação do plano de ação. Com esta avaliação pretende-se a identificação de desvios ao plano inicialmente previsto e a adaptação da metodologia de implementação sempre que se considere necessário. A avaliação ao nível dos domínios de ação assentará também em mecanismos com recurso adicional à autoavaliação e reflexão pelas entidades que, no terreno, irão operacionalizar as atividades propostas (identificadas, no Plano de Ação, como Entidades Parceiras), e permitirá uma identificação fina das fragilidades existentes nos processos de trabalho, bem como das medidas de mitigação e reajustes que serão necessários adotar.

Efeito: no desenho do plano foram definidas metas, na sua maioria, ao nível dos objetivos gerais (Figura 102). Esta definição é condicionada pela disponibilidade de informação que permita quantificar a situação pré implementação do plano. Assim, a avaliação das metas propostas, na sua generalidade, será realizada antes e após a implementação do plano, utilizando indicadores coerentes com os fatores alvos de intervenção. Os indicadores serão construídos a partir das fontes de informação convencionais e que serviram de suporte ao desenho deste Plano, nomeadamente os dados do Instituto Nacional de Estatística, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e as informações recolhidas no âmbito das atividades da Administração Central do Sistema de Saúde. No entanto, uma vez que a maioria da informação recolhida por rotina não tem representatividade ao nível do município, a escolha de metas e respetivos indicadores está limitada pela informação disponível. Sempre que disponíveis, serão utilizados dados de estudos desenvolvidos ao nível local e, sempre que necessário, poderão ser desenhados estudos específicos, também desenvolvidos ao nível local. Embora as metas sejam avaliadas no final do período a que este plano está referenciado (2022-2024), será recolhida, sempre que possível, informação anual para a análise da evolução dos indicadores e que será utilizada para a indispensável reflexão sobre o processo de implementação.

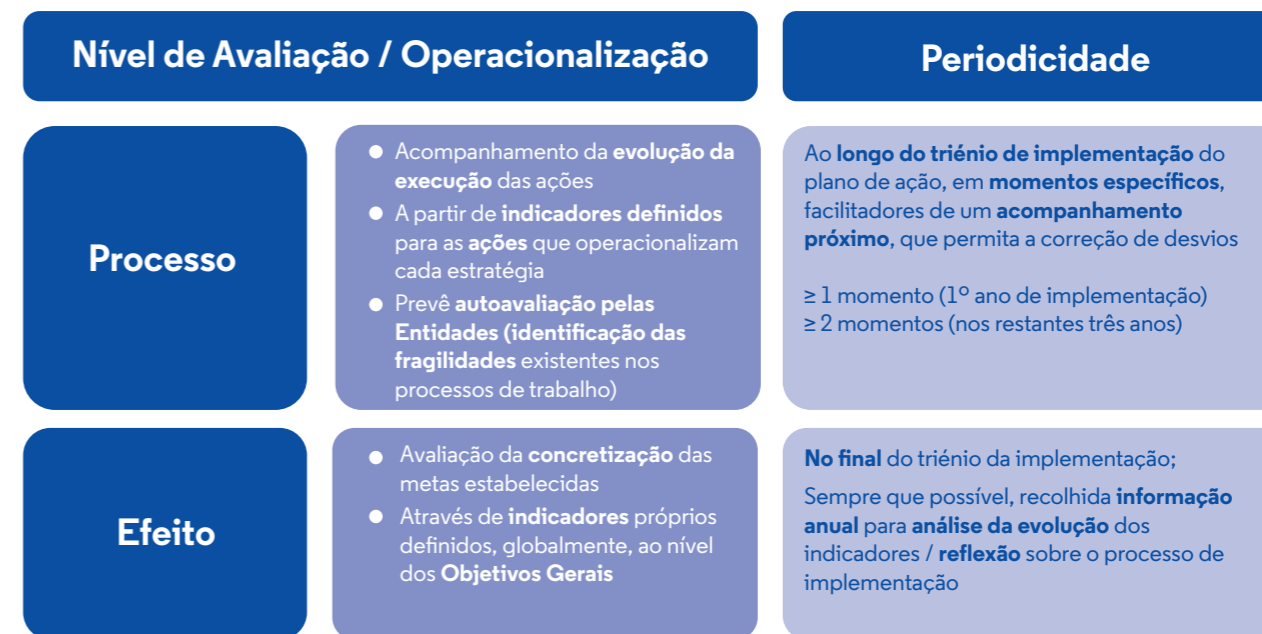
















Figura 101. Avaliação e Monitorização da Implementação do Plano de Ação




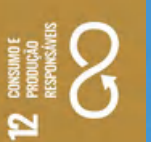



Figura 102. Indicadores de Avaliação (efeito) da Implementação do Plano de Ação




Indicadores	Metas	Fonte de dados	Ponto de partida	Alinhamento ODS 2030
Proporção da população que representa nível de literacia suficiente e excelente (%)	Aumentar em 10% a proporção das pessoas que representam um nível de literacia em saúde suficiente e excelente	Gonçalves A.M. (2015) Literacia em saúde e utilização dos serviços de saúde. Ano de recolha - 2013	Proporção da população que representa nível de literacia suficiente e excelente - 36% da população	
Proporção de adesão ao rastreio do colo útero (%)	Aumentar em 5% a proporção de adesão ao rastreio do colo útero	Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, DGS, 2021	Colo útero: Taxa de Adesão ao Rastreio no ACeS Porto Ocidental 94% e no ACeS Porto Oriental 93%	
Proporção da adesão ao rastreio do Cancro da Mama (%)	Aumentar em 5% a proporção de adesão ao rastreio do cancro da mama	Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, DGS, 2021	Cancro da mama: Taxa de Adesão ao Rastreio ACeS Porto Ocidental e Oriental 53,4%	
Proporção de utilização do cheque-dentista nas crianças (idade 7, 10 e 13 anos) (%)	Aumentar em 5% a proporção de utilização do cheque-dentista nas crianças	Relatório de avaliação anual do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) -2019 ACeS Oriental (2018)	Proporção de crianças que utilizaram o cheque-dentista - 49,4%	

Indicadores	Metas	Fonte de dados	Ponto de partida	Alinhamento ODS 2030
Proporção de adultos que fazem exercício ou desporto com regularidade (%)	Aumentar em 10% a percentagem de adultos que indica fazer exercício ou desporto com regularidade	EpiTeen - 27 (2017-2018)	57,5% dos jovens adultos praticam desporto ou fazem atividade física 1 vez/semana ou mais	
Proporção de crianças com nível de atividade física insuficiente (%)	Reduzir em 10% a proporção de crianças que indicam o nível de atividade física insuficiente	Sistema de Monitorização do Estado Nutricional Infantil e de Atividade Física (SMENIAF, 2019)	65% das crianças praticam atividade física de forma organizada 1h/ semana ou menos 18,7% das crianças praticam atividade física em contexto não organizado durante fim de semana, 1h ou menos	
Proporção de idosos (idade 65 anos ou superior) que não praticam exercício físico (%)	Reduzir em 10% a proporção de idosos que não praticam exercício físico	Perfil da realidade social da população sénior do Porto (2019)	49,7% de idosos não praticam exercícios físicos	

Indicadores	Metas	Fonte de dados	Ponto de partida	Alinhamento ODS 2030
Proporção de idosos (idade 70 anos ou mais) que reportam sentimento de isolamento (%)	Reduzir em 10% a proporção de idosos que indicam o sentimento de isolamento	Projeto Porto. Importa-se (2017)	47,1% de idosos indicam o sentimento de isolamento	 
Proporção de idosos com mais de 70 anos em risco de isolamento social (%)	Reduzir em 5% a proporção de idosos em risco em isolamento	Projeto Porto. Importa-se (2017)	35% de idosos em risco de isolamento social	 
Nível de estigma em relação a doença mental em adolescentes (média)	Reduzir em 10% os níveis de estigma em relação a doença mental em população adolescente	Esanu A. <i>et al.</i> (2020) Stigma towards people with mental disorders in adolescents: Comparison between Portugal and Moldova.	Nível de estigma em relação a doença mental em adolescentes (média, DP) – 24,3 (9,2)	 

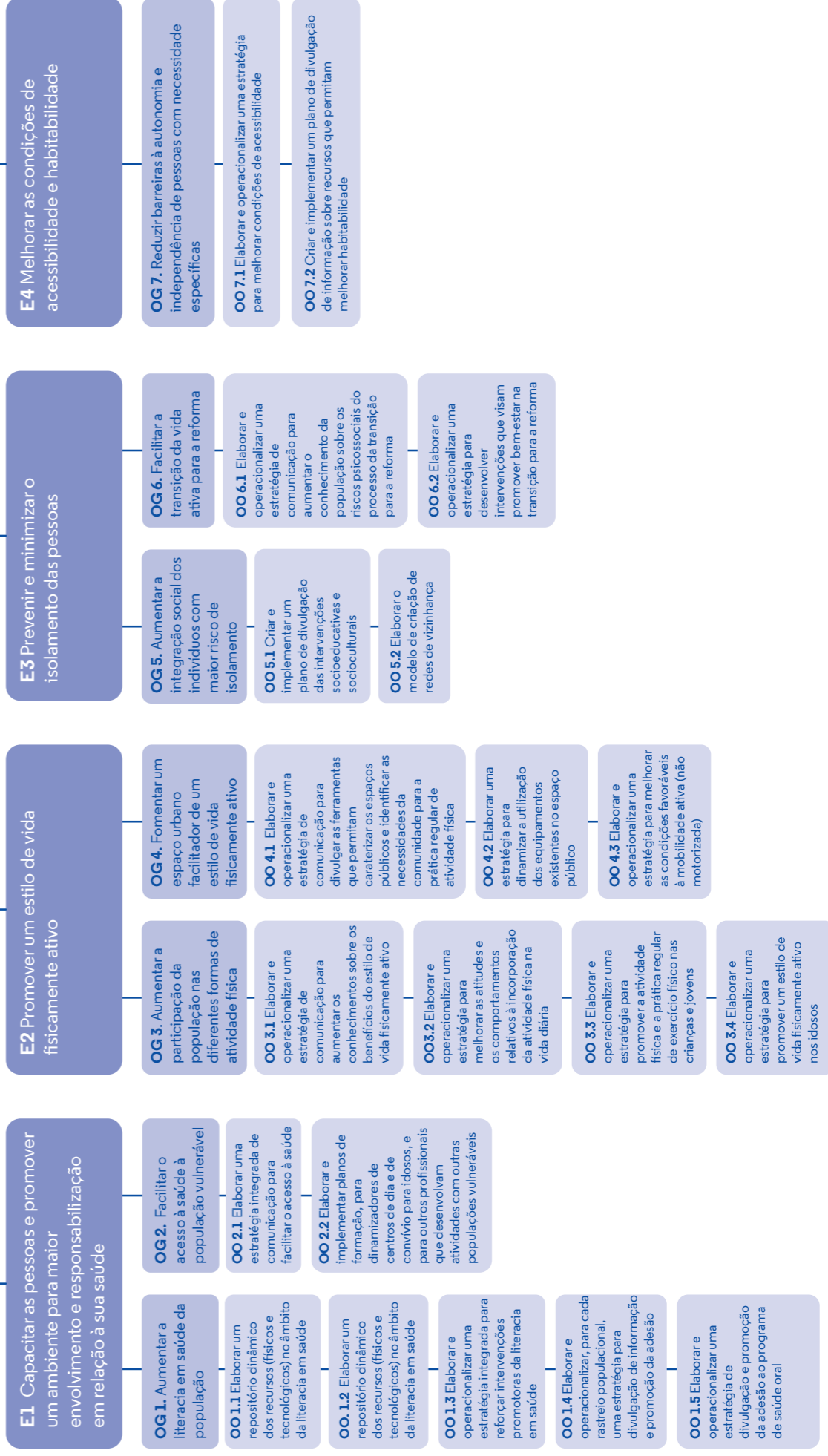
Indicadores	Metas	Fonte de dados	Ponto de partida	Alinhamento ODS 2030
Proporção de crianças com nível baixo do estado de humor geral (%)	Reduzir em 10% a proporção de crianças que representam nível baixo de estado de humor geral	Quanto mais cedo melhor (2019)	Proporção de crianças com nível baixo do estado de humor geral – 5,2%	  
Proporção de crianças que sentiram rejeição por serem provocadas (%)	Reduzir em 10% a proporção de crianças que sentiram rejeição por serem provocadas	Quanto mais cedo melhor (2019)	Proporção de crianças que sentiram rejeição por serem provocados – 10%	  
Proporção de cuidadores informais que apresentam sobrecarga grande ou extrema (%)	Reduzir em 5% a proporção de cuidadores informais que apresentam sobrecarga grande ou extrema	Avaliação do impacto físico, emocional e social do papel do cuidador (2018)	Cuidadores com sobrecarga grande ou extrema – 37,1% (31,5% e 5,6%, respetivamente)	 
Nº de internamentos hospitalares por causa das doenças mentais e comportamentais	Reduzir internamento hospitalar por causa das doenças mentais e comportamentais em 5%	Observatório Regional de Saúde (2016)	Internamentos padronizados pela idade ACeS Porto Ocidental - 330,5/100 000 ACeS Porto Oriental - 367,4/100 000	 

Indicadores	Metas	Fonte de dados	Ponto de partida	Alinhamento ODS 2030
Prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças (%)	Reduzir em 5% a prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças	SMENIAF (2019)	Excesso de peso e obesidade nas crianças – 38,1%	 
Prevalência de excesso de peso e obesidade nos adultos (%)	Estabilizar em zero o crescimento da prevalência de excesso de peso e obesidade nos adultos	Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS) – ACeS Oriental e Ocidental (2018)	Excesso de peso e obesidade nos adultos - 25,9%	 
Proporção de pessoas que cumpre a recomendação do consumo de 5 porções diárias de fruta e hortícolas (%)	Aumentar em 5% a proporção de jovens adultos e crianças que cumprem a recomendação do consumo de 5 porções diárias de fruta e hortícolas	a) EpiTeen-27 – PrediMed (2017-2018) b) Geração XXI (2015-2017)	a) Proporção de jovens adultos que consomem 5 porções diárias - 77,4% b) Proporção de crianças 10 anos que consomem 5 porções diárias – 70,3%	 
Proporção de pessoas com insegurança alimentar (%)	Reduzir em 10% a insegurança alimentar em cada grupo etário	a) Geração XXI (2015-2017) b) EpiTeen (2016) c) EPIPorto (2014-2016)	a) Insegurança alimentar em crianças – 10% b) Insegurança alimentar nos jovens adultos – 11% c) Insegurança alimentar nos adultos – 16,6%	
Quantidade de resíduos orgânicos produzida por habitante (Kg/hab.ano)	Reduzir em 10% a produção de resíduos por habitante (Kg/hab.ano)	Lipor – Relatório Anual de Resíduos Urbanos 2018	Resíduos orgânicos recolhidos pelo município do Porto - 26,1 Kg/hab.ano	

Indicadores	Metas	Fonte de dados	Ponto de partida	Alinhamento ODS 2030
Prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) na população com 15 ou mais anos (%)	Reduzir em 10% a prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) na população com 15 ou mais anos	a) EpiTeen – 27 (2017-2018) b) SIARS - ACeS Oriental e Ocidental (2018)	a) Consumo de tabaco (diário ou ocasional) em jovens adultos – 33,8% b) Proporção dos utentes com abuso de tabaco – 18,8%	
Prevalência de dependência de álcool na população adulta (%)	a) Reduzir em 5% a prevalência de abuso crónico de álcool b) Reduzir em 5% a prevalência de consumo de risco	a) SIARS – ACeS Oriental e Ocidental (2018) b) EpiTeen – 27 (2017-2018)	a) Proporção dos utentes com abuso crónico de álcool – 1,8% b) Indivíduos que se embriagaram nos últimos 12 meses em população adulta – 29,6%	
Prevalência do consumo recente de álcool e tabaco na população adolescente (%)	a) b) Reduzir em 5% as prevalências de consumo nos últimos 12 meses c) Reduzir em 2% a prevalência dos padrões de consumo nocivo (embriaguez)	a) b) c) Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências (ECATD) (alunos dos 13 aos 18 anos de idade) – Área Metropolitana do Porto (2019)	a) Consumo de álcool nos últimos 12 meses (13-18 anos) – 54,2% b) Consumo de tabaco nos últimos 12 meses (13-18 anos) – 27,5% c) Embriaguez severa nos últimos 12 meses (13-18 anos) – 15,3%	
Idade de início do consumo de substâncias psicoativas (anos)	a) Reduzir em 10% o início de consumos aos 13 anos ou menos b) Aumentar 1 ano a idade de início do consumo de tabaco	EpiTeen – 27 (2017-2018)	a) Consumo de bebidas alcoólicas antes dos 13 anos – 11% Uso de tabaco antes dos 13 anos – 25% b) Idade média de início do consumo de tabaco – 15 anos	

V. Plano de Ação do PMS do Porto (2022 - 2024)

Eixo I: Crescer & Envelhecer no Porto



Os objetivos e atividades previstos no Plano de Ação do Eixo 1. Crescer & Envelhecer no Porto surgem como resposta complementar a questões relacionadas com a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, desmistificando a ideia de que as atividades ligadas a esta matéria são só para pessoas mais velhas, focalizando a importância de bem envelhecer ao longo do ciclo de vida, como determinante na melhoria da qualidade de vida, com o papel da Literacia em Saúde, numa perspetiva de maior envolvimento e responsabilização da pessoa nos seus percursos, com impacto positivo, tanto na vigilância como na promoção da sua saúde e com a promoção da atividade física regular, rentabilizando os espaços existentes no concelho para a prática da mesma.

As Entidades que participaram ativamente na definição do Plano de Ação previsto para o Eixo 1 e que desenvolvem atividade específica neste âmbito são:

CMP; ACeS Porto Ocidental e Oriental; 1000Rostos Associação Social; A Benéfica e Previdente – Associação Mutualista; A Benéfica Familiar; ABRAÇO – Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA; Associação Coração Amarelo - Delegação Porto; Associação de Aposentados Pensionistas e Reformados - APRe!; Associação de Ludotecas do Porto; Associação de Moradores de Massarelos; Associação de Promoção da Vida e da Família - Vida Norte; Associação de Solidariedade Coração na Rua; Associação de Solidariedade e Acção Social de Ramalde (ASAS de Ramalde); Associação de Surdos do Porto; Associação dos Albergues Nocturnos do Porto; Associação Infância e Jardim de Infância Carolina Michaëlis; Associação Nun'Alvares de Campanhã; Associação Social e Cultural de S. Nicolau; Associação TODOS; Beneficência Evangélica do Porto; CAIS - Associação de Solidariedade Social; Care Kuidados, Lda; Cáritas Diocesana do Porto; CASA - Centro de Apoio ao Sem Abrigo; Centro Juvenil de Campanhã; Centro Social da Foz do Douro; Centro Social da Legião da Boa Vontade; Centro Social da Paróquia da Areosa; Centro Social da Paróquia de Nossa Senhora da Ajuda; Centro Social da Sé Catedral do Porto; Centro Social das Antas; Centro Social de S. Martinho de Aldoar; Centro Social do Barredo; Centro Social do Exército de Salvação; Centro Social e Paroquia Nossa Senhora da Vitória; Centro Social

Paroquia Nª Sra. Da Boavista; Centro Social Paroquia Santíssimo Sacramento; CNAIM NORTE – Centro Nacional Apoio Integração de Migrantes; Comando Metropolitano da PSP do Porto; Competir - Formação e Serviços, S.A.; Complexo Social Nossa Srª da Paz da Liga dos Combatentes; Cooperativa de Solidariedade Social do Povo Portuense, CRL; CPCJ Porto Oriental; DECO - Associação Portuguesa de Defesa do Consumidor; Diaverum - Investimentos e Serviços Lda; Direcção-Geral de Reinserção Social - Delegação Regional do Norte; Direcção-Geral dos Estabelecimentos Escolares DSR-Norte; EAPN- Rede Europeia Anti Pobreza; FISOOT - Formação Integração Social e Oportunidades de Trabalho, CRL; Florinhas do Lar - Abrigo Sagrado Coração de Jesus; Fundação MOA de Portugal; Fundação Portuguesa “A Comunidade contra a Sida”; G.A.S. Porto - Grupo de Acção Social do Porto; Hospital de Magalhães Lemos; Instituto de Acção Social das Forças Armadas; Instituto Politécnico do Porto IPP; Instituto Português do Desporto e da Juventude, IP; IRSCM - Colégio de Nossa Senhora do Rosário; Junta de Freguesia de Campanhã; Junta de Freguesia de Paranhos; Junta de Freguesia de Ramalde; Junta de Freguesia do Bonfim; KALINA - Associação dos Imigrantes de Leste; Liga Portuguesa Contra o Cancro - Núcleo Regional do Norte; Liga Portuguesa de Proflexia Social; Médicos do Mundo – Delegação Norte; Missionários Combonianos - Amigos da Rua; Mota-Engil, SGPS, S.A.; Mundo a Sorrir - Associação de Médicos Dentistas Solidários Portugueses; Obra de Nossa Senhora das Candeias; Obra Diocesana de Promoção Social - ODPS; Obra Social Nossa Senhora da Boa Viagem; Pony Club do Porto - Associação Solidária - Friends Forever; Previdência Familiar do Porto - Associação Mutualista; ProAsolutions.pt - Arquitetura, Gestão da Acessibilidade e Mobilidade, Lda; Qualificar para Incluir, Associação de Solidariedade Social; Santa Casa da Misericórdia do Porto; SAOM - Serviço de Assistência às Organizações de Maria; Senhor do Bonfim - Associação de Solidariedade Social; Trata-me Por Tu - Associação de Intervenção Comunitária; União das Freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde; União de Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos; União de Freguesias do Centro Histórico; Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional do Porto; Universidade Fernando Pessoa; Venerável Ordem Terceira de S. Francisco do Porto.

EIXO 1: CRESCER E ENVELHECER NO PORTO

Estratégia 1. Capacitar os cidadãos e promover um ambiente para maior envolvimento e responsabilização em relação à sua saúde

Obj Geral 1 | Aumentar a literacia em saúde da população

Obj Operacional 1.1 | Elaborar um repositório dinâmico dos recursos (físicos e tecnológicos) no âmbito da literacia em saúde

Domínio de Ação	Atividades
Respostas e recursos	Identificação e organização dos recursos existentes
	Definição de um procedimento de submissão de recursos criados ou identificados posteriormente
	Atualização regular da disponibilidade dos recursos
	Divulgação dos recursos no âmbito de literacia em saúde

Obj Operacional 1.2 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia integrada de comunicação da informação em saúde

Domínio de Ação	Atividades
Comunicação	Identificação de mensagens chave prioritárias, em função da população alvo
	Identificação dos canais de comunicação disponíveis
	Elaboração de planos de comunicação
	Implementação de planos de comunicação
	Adequação da estratégia de comunicação aos objetivos do PMS
	Identificação de fragilidades no processo de comunicação
	Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas



Obj Operacional 1.3 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia integrada para reforçar intervenções promotoras da literacia em saúde**Domínio de Ação**

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação dos projetos e intervenções existentes
Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 1.4 | Elaborar e operacionalizar, para cada rastreio populacional, uma estratégia para divulgação de informação e promoção da adesão**Domínio de Ação**

Facilitação do acesso

Atividades

Identificação de barreiras à adesão
Identificação de estratégias para redução das barreiras identificadas
Elaboração de uma proposta de estratégias para a promoção da adesão
Implementação de estratégias de promoção da adesão

Obj Operacional 1.5 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de divulgação e promoção da adesão ao programa de saúde oral**Domínio de Ação**

Facilitação do acesso

Atividades

Identificação de barreiras à adesão
Identificação de estratégias para redução das barreiras identificadas
Elaboração de uma proposta de estratégias para a promoção da adesão
Implementação de estratégias de promoção da adesão

Obj Geral 2 | Facilitar o acesso à saúde à população vulnerável

Nota: Em articulação com o PDS, designadamente no desenvolvimento do Objetivo Específico (OE) 9.5 (estratégia de facilitação do acesso à saúde por parte da população sénior, visando não só a constituição de canais de comunicação mais fluidos entre parceiros de rede com respostas vocacionadas para esta população e os serviços de saúde, como também a adaptação dos serviços). Em articulação também com o Plano de Ação do NPISA da cidade, designadamente no desenvolvimento do Eixo 2 (Reforço de uma intervenção promotora da integração das pessoas em situação de sem-abrigo: OE 7D (Assegurar o acesso aos cuidados de saúde), bem como com o Plano de Ação 2021 da Estratégia Porto, Cidade Sem Sida, designadamente no desenvolvimento do Eixo 2 (Diagnóstico, Referênciação e Retenção): Objetivo 2 (Capacitar a intervenção das organizações) e do Eixo 4 (Participação e Articulação): Objetivo 2 (Capacitar os pares no seu trabalho junto dos grupos vulneráveis).

Obj Operacional 2.1 | Elaborar uma estratégia integrada de comunicação para facilitar o acesso à saúde**Domínio de Ação**

Comunicação

Atividades

Identificação e organização dos recursos existentes e da informação sobre cuidados e serviços de apoio disponíveis
Identificação de fragilidades no processo de comunicação com a população e na comunicação e referenciação entre instituições e serviços
Elaboração de uma proposta de medidas para redução das fragilidades identificadas
Identificação de mensagens chave prioritárias para cada público-alvo
Identificação dos canais de comunicação disponíveis, em função do público-alvo
Elaboração de um plano de comunicação da informação à população sobre cuidados e serviços disponíveis
Implementação do plano de comunicação
Elaboração de modelo de comunicação interinstitucional

Obj Operacional 2.2 | Elaborar e implementar planos de formação, para dinamizadores de centros de dia e de convívio para pessoas idosas, e para outros profissionais que desenvolvam atividades com outras populações vulneráveis**Domínio de Ação**

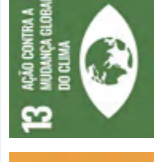
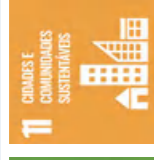
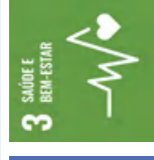
Capacitação e Formação

Atividades

Identificação de necessidades de formação
Elaboração de planos de formação
Implementação de planos de formação

EIXO 1: CRESCER E ENVELHECER NO PORTO

Estratégia 2. Promover um estilo de vida fisicamente ativo



Obj Geral 3 | Aumentar a participação da população nas diferentes formas de atividade física

Obj Operacional 3.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de comunicação para aumentar os conhecimentos sobre os benefícios do estilo de vida fisicamente ativo

Domínio de Ação

Comunicação

Atividades

Identificação dos canais de comunicação disponíveis
Identificação de mensagens chave a divulgar, em função do público-alvo
Elaboração dos planos de comunicação
Implementação dos planos de comunicação

Obj Operacional 3.2 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para melhorar as atitudes e os comportamentos relativos à incorporação da atividade física na vida diária

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação dos projetos e intervenções existentes
Identificação de necessidades não respondidas pelos projetos e intervenções existentes
Elaboração de propostas de potenciais soluções para as necessidades identificadas
Elaboração de modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 3.3 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para promover a atividade física e a prática regular de exercício físico nas crianças e jovens

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação dos projetos e intervenções existentes
Identificação de necessidades não respondidas pelos projetos e intervenções existentes
Elaboração de propostas de potenciais soluções para as necessidades identificadas
Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 3.4 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para promover um estilo de vida fisicamente ativo nas pessoas idosas

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação de projetos e intervenções existentes
Identificação de necessidades não respondidas pelos projetos e intervenções existentes
Elaboração de propostas de potenciais soluções para as necessidades identificadas
Elaboração de modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Geral 4 | Fomentar um espaço urbano facilitador de um estilo de vida fisicamente ativo

Nota: Para a concretização deste objetivo contribuem igualmente os OE1 (Promover a utilização de modos de deslocação saudáveis e sustentáveis), OE2 (Equilibrar a utilização do transporte individual motorizado), OE4 (Equilibrar a afetação do espaço público a diversos modos de transporte) e OE15 (Promover a participação pública através da sensibilização, informação e envolvimento das entidades locais, municipais e intermunicipais) do Plano de Ação de Mobilidade Urbana Sustentável da Área Metropolitana do Porto, bem como os OE1 (Melhorar a gestão na segurança rodoviária; – Objetivo Operacional (OO) 2 - Melhorar a legislação, fiscalização e o saneamento), OE3 (Infraestruturas Mais Seguras; OO 9 - Promover a melhoria da Rede Rodoviária Municipal; OO 14 - Promover a melhoria das condições de segurança no atravessamento pedonal) do Plano Municipal de Segurança Rodoviária (PMSR), e as Opções de adaptação (OA) 42 (Pedonalizar arruamentos) e OA 43 (Expandir a rede ciclável) da Estratégia Municipal de Adaptação às Alterações Climáticas (EMAAC). Na materialização deste objetivo privilegiam-se as ferramentas Municipais: Aplicação para dispositivos móveis Desporto 365 e o Canal de Comunicação para Reporte de Ocorrências (<https://portaldomunicipe.cm-porto.pt/reportar-ocorrencias>), sendo que, em ambos os casos, e decorrente da sua utilização, far-se-ão, recomendações de ajustes sempre que aplicável.

Obj Operacional 4.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de comunicação para divulgar as ferramentas que permitam caracterizar os espaços públicos e identificar as necessidades da comunidade para a prática regular de atividade física

Domínio de Ação

Comunicação

Atividades

Identificação dos canais de comunicação disponíveis
Elaboração de plano de comunicação
Implementação de um plano de comunicação

Obj Operacional 4.2 | Elaborar uma estratégia para dinamizar a utilização dos equipamentos existentes no espaço público

Domínio de Ação

Ambiente Promotor de Saúde

Atividades

Identificação e caracterização da oferta de equipamentos e de iniciativas regulares
Elaboração e operacionalização de um plano de divulgação dos equipamentos existentes entre as entidades com potencial para promover atividades
Elaboração e implementação de um plano de comunicação para a população relativo às iniciativas e equipamentos existentes

Obj Operacional 4.3 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para melhorar as condições favoráveis à mobilidade ativa (não motorizada)

Domínio de Ação

Ambiente Promotor de Saúde

Atividades

Identificação e caracterização dos espaços públicos com condições favoráveis à mobilidade ativa
Identificação das barreiras à mobilidade ativa
Identificação e organização de informação relativa à oferta favorável à mobilidade ativa
Divulgação de informação relativa à oferta favorável à mobilidade ativa
Criação da rede de parceiros com responsabilidades na melhoria da mobilidade ativa
Elaboração de uma proposta com medidas para reduzir as barreiras à mobilidade ativa

EIXO 1: CRESCER E ENVELHECER NO PORTO

Estratégia 3. Prevenir e minimizar o isolamento do cidadão



Obj Geral 5 | Aumentar a integração social dos indivíduos com maior risco de isolamento

Nota: Em articulação com o PDS, designadamente no desenvolvimento dos OE17.2 (Otimizar e consolidar a intervenção existente com pessoas migrantes e pessoas de minorias étnicas visando a melhoria das condições de vida, integração social e proteção social); OE17.5 (Promover uma estratégia articulada entre as diferentes entidades do terreno de inclusão social das pessoas migrantes e das pessoas de minorias étnicas, seja via capacitação para a cidadania, numa lógica de adequação aos grupos-alvo, seja pela implementação de projetos de mediação intercultural); OE 5.6 (Desenvolver um Modelo de Gestão de Voluntariado Estratégico e Inclusivo (MGVEI) no seio da Rede Social do Porto, dando continuidade à reestruturação da plataforma existente) e OE 10.2 (Incentivar a implementação de iniciativas estruturadas e inovadoras de natureza recreativa, desportiva, cultural e da capacitação (com diferentes formatos e modalidades) ajustadas aos diferentes perfis e necessidades da pessoa sénior) e OE10.3 (Desenvolver projetos, cientificamente sustentados, vocacionados para a reabilitação e/ou estimulação sociocognitiva).

Obj Operacional 5.1 | Criar e implementar um plano de divulgação das intervenções socioeducativas e socioculturais

Domínio de Ação	Atividades
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> Identificação e organização dos projetos e atividades existentes Definição de procedimento de submissão de projetos e atividades criados ou identificados posteriormente Identificação dos canais de comunicação disponíveis Elaboração de um plano para divulgação de projetos e atividades Divulgação de projetos e atividades
Respostas e recursos	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de necessidades não respondidas pelos projetos existentes e promover o desenho e implementação de potenciais soluções Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas Elaboração de modelo para expandir a implementação dos projetos e atividades socioeducativas e socioculturais

Obj Operacional 5.2 | Elaborar o modelo de criação de redes de vizinhança

Domínio de Ação	Atividades
Respostas e recursos	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de iniciativas promotoras de redes de vizinhança Definição de estratégia para criação e manutenção das redes de vizinhança Elaboração de modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas

Obj Geral 6. | Facilitar a transição da vida ativa para a reforma

Obj Operacional 6.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de comunicação para aumentar o conhecimento da população sobre os riscos psicossociais do processo de transição para a reforma

Domínio de Ação

Comunicação

Atividades

Identificação das necessidades de informação da população
 Identificação das prioridades e mensagens chave a divulgar
 Identificação dos canais de comunicação disponíveis
 Elaboração de plano de comunicação
 Implementação de plano de comunicação

Obj Operacional 6.2 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para desenvolver intervenções que visam promover bem-estar na transição para a reforma

Domínio de Ação

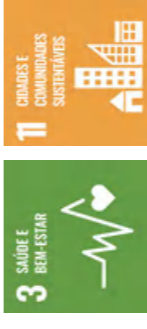
Respostas e recursos

Atividades

Identificação dos projetos e das iniciativas existentes
 Identificação dos fatores de risco e dos fatores protetores que facilitam uma transição para a reforma com mais bem-estar
 Elaboração de uma estratégia de mitigação dos problemas identificadas
 Identificação e divulgação das atividades que condicionam uma transição para a reforma com mais bem-estar
 Divulgação junto do tecido empresarial das propostas de medidas de facilitação de transição para a reforma nas empresas

EIXO 1: CRESCER E ENVELHECER NO PORTO

Estratégia 4. Melhorar as condições de acessibilidade e habitabilidade



Obj Geral 7. | Reduzir barreiras à autonomia e independência de pessoas com necessidade específicas

Nota: Em articulação com o PDS, designadamente no desenvolvimento do Objetivo Específico (OE) 9.6 (Incentivar o envelhecimento nos contextos de proximidade das pessoas idosas (Ageing in Place), apoiando e dinamizando a criação de respostas inovadoras ao nível de habitação ou de adequação/reabilitação de estruturas residenciais existentes), Para a concretização deste objetivo contribuem igualmente o OE7 (Dotar o espaço público de acessibilidade) do Plano de Ação de Mobilidade Urbana Sustentável da Área Metropolitana do Porto, bem como o OE3 (Infraestruturas Mais Seguras; OO 9 – Promover a melhoria da Rede Rodoviária Municipal; OO 14 – Promover a melhoria das condições de segurança no atravessamento pedonal) do PMSR e a OA 42 (Pedonalizar arruamentos) e OA B13 (Aumentar o conforto térmico no parque residencial mais vulnerável, minimizando o recurso a fontes convencionais de energia, tendente a adaptação as alterações climáticas) da EMAAC.

Obj Operacional 7.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para melhorar condições de acessibilidade

Domínio de Ação

Respostas e recursos

Atividades

Identificação das barreiras físicas no acesso aos serviços
 Elaboração de uma proposta de medidas para redução das barreiras físicas identificadas
 Alargamento e divulgação da rede de disponibilização de ajudas técnicas para promoção da autonomia e independência

Comunicação

Identificação de barreiras à comunicação
 Elaboração de proposta de medidas para a redução de barreiras à comunicação identificadas
 Identificação dos canais de comunicação disponíveis
 Divulgação dos recursos existentes no município
 Divulgação do Guia Prático da Segurança social “Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)”
 Divulgação de informação sobre legislação relativa à eliminação das barreiras arquitetónicas, regime de acessibilidade às habitações e aos estabelecimentos que recebem público

Obj Operacional 7.2 | Criar e implementar um plano de divulgação de informação sobre recursos que permitam melhorar a mobilidade ativa (não motorizada)

Domínio de Ação

Comunicação

Atividades

Identificação e organização dos recursos existentes
Identificação dos canais de comunicação disponíveis
Elaboração de um plano de comunicação
Implementação de um plano de comunicação

Eixo 2: Bem-estar Emocional, Psicológico e Social



Os objetivos e atividades previstos no Plano de Ação do Eixo 2. Bem-estar Emocional, Psicológico e Social surgem como resposta complementar a questões relacionadas com a promoção da Saúde Mental, privilegiando o desenvolvimento das competências socio emocionais como pedra basilar, bem como com a desmistificação/combate ao estigma, diretamente relacionados com a Saúde Mental e com a importância da prevenção/atuação a montante.

As Entidades que participaram ativamente na definição do Plano de Ação previsto para o Eixo 2 e que desenvolvem atividade específica neste âmbito são:

CMP; ACeS Porto Ocidental e Oriental; A Benéfica e Previdente – Associação Mutualista; A Beneficência Familiar; AC - Associação Cuidadores - Melhorar a vida de quem cuida; ADEB- Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares; ADFA - Associação dos Deficientes das Forças Armadas- Delegação do Porto; Agência Piaget para o Desenvolvimento; APF - Associação para o Planeamento da Família; Associação Atlântico Brasil em Portugal; Associação Criança e Vida; Associação de Ludotecas do Porto; Associação de Moradores de Massarelos; Associação de Promoção da Vida e da Família - Vida Norte; Associação de Protecção à Infância Bispo D. António Barroso; Associação de Solidariedade Coração na Rua; Associação de Solidariedade e Acção Social de Ramalde (ASAS de Ramalde); Associação dos Albergues Nocturnos do Porto; Associação Familiares, Utentes e Amigos do Hospital de Magalhães Lemos - AFUA-HML; Associação Nova Aurora na Reabilitação e Reintegração Psicossocial - ANARP; Associação Nun'Álvares de Campanhã; Associação Plano i; Associação Social e Cultural de S. Nicolau; Associação Vencer Autismo; Care Kuidados, Lda; Casa dos Pobres Mãe Clara; Cegonha Simpática - Associação de Ação Social; Centro de Educação e Formação Profissional Integrada - CEFPI; Centro Juvenil de Campanhã; Centro Social da Foz do Douro; Centro Social da Paróquia da Areosa; Centro Social da Paróquia de Nossa Senhora da Ajuda; Centro Social da Sé Catedral do Porto; Centro Social das Antas; Centro Social de S. Martinho de Aldoar; Centro Social do

Barredo; Centro Social e Paroquia Nossa Senhora da Vitória; Centro Social Paroquia Santíssimo Sacramento; CERPORTO - Associação para o Desenvolvimento Comunitário do Cerco do Porto; Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género; Compassio - Associação para a construção de comunidades compassivas; Complexo Social Nossa Srª da Paz da Liga dos Combatentes; Cooperativa de Solidariedade Social do Povo Portuense, CRL; CPCJ Porto Oriental; Diaverum - Investimentos e Serviços Lda; Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares DSR-Norte; EAPN- Rede Europeia Anti-Pobreza; ENCONTRAR-SE Associação para a Promoção da Saúde Mental; EPCE - Escola Profissional de Comércio Externo; Escutar - Associação de Estudos e Prevenção do Suicídio; Espaço T - Associação para Apoio à Integração Social e Comunitária; FISOOT - Formação Integração Social e Ofertas de Oportunidades de Trabalho, CRL; Florinhas do Lar - Abrigo Sagrado Coração de Jesus; Focus, CRL; Fundação Portuguesa “A Comunidade contra a Sida”; Fundação MOA de Portugal; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural do Centro Social Bairro de Francos; JRS - Serviço Jesuíta aos Refugiados - Portugal; Junta de Freguesia do Bonfim; Hospital de Magalhães Lemos; Instituto de Ação Social das Forças Armadas; Instituto Politécnico do Porto IPP; K Social – Consultoria e Inovação; Lar de Nossa Senhora do Livramento; MDV - Movimento Defesa da Vida; Missionários Combomianos - Amigos da Rua; Obra de Nossa Senhora das Candeias; Obra Diocesana de Promoção Social - ODPS; O Fio de Ariana - Educação e Terapia de Crianças e Adolescentes, CRL; Operação Nariz Vermelho - Associação de Apoio à Criança; Pony Club Porto - Associação Solidária - Friends Forever; Qualificar para Incluir, Associação de Solidariedade Social; Raríssimas - Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras Delegação Norte; Santa Casa da Misericórdia do Porto; SAOM - Serviço de Assistência às Organizações de Maria; Senhor do Bonfim - Associação de Solidariedade Social; Trata-me Por Tu - Associação de Intervenção Comunitária; União das Freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde; Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional do Porto; Universidade Fernando Pessoa.

EIXO 2: BEM-ESTAR EMOCIONAL, PSICOLÓGICO E SOCIAL

Estratégia 5 | Promover e disseminar uma cultura de não violência, de igualdade e não de discriminação

Nota: Em articulação com objetivos e ações descritos no PDS, designadamente nos Domínios Prioritários de Intervenção (DPI) 3 (Pessoas com Deficiência), 4 (Pessoas com Problemas de Saúde Mental), 7 (Pessoas em Situação de Violência de Género e Doméstica), bem como do PMPCVGD, designadamente nos OE 1 (Formar e sensibilizar a população em geral sobre a temática da igualdade de género, para a prevenção dos diferentes tipos de violência) e OE 4 (Qualificar os/as técnicos/as envolvidos/as, direta ou indiretamente, nos processos de violência de género e doméstica)

Obj Geral 8 | Diminuir o estigma em saúde mental

Obj Operacional 8.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de comunicação para aumentar os conhecimentos relacionados com a saúde mental

Domínio de Ação	Atividades
Comunicação	Identificação das prioridades e mensagens chave a divulgar, em função da população alvo
	Identificação dos canais de comunicação disponíveis
	Elaboração de planos de comunicação
	Implementação de planos de comunicação

Obj Operacional 8.2 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que contribuam para a redução de comportamentos estigmatizantes (preconceitos, estereótipos e discriminação) em relação às pessoas com perturbações mentais

Domínio de Ação	Atividades
Projetos integrados e boas práticas	Identificação dos projetos e intervenções existentes
	Elaboração de modelo de consultoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
	Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
	Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas	Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
	Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 8.3 | Elaborar e implementar plano de formação aos/às profissionais com responsabilidade no atendimento a pessoas com perturbação mental

Nota: Em articulação com o PDS, designadamente no desenvolvimento dos OE 5.1. (Atualizar anualmente o levantamento de necessidades formativas das entidades parceiras da Rede Social Porto, visando o reforço da qualificação técnica e metodológica na intervenção social) e OE 5.4. (Promover uma Estratégia Concertada de Capacitação de Profissionais dos principais serviços públicos e privados com atendimento ao público, visando a aquisição e o reforço das suas competências comunicacionais face às especificidades de diferentes grupos sociais).

Domínio de Ação	Atividades
Capacitação e formação	Definir grupos profissionais prioritários Identificar necessidade de formação Elaborar planos de formação Implementar planos de formação

Obj Operacional 8.4 | Elaborar e operacionalizar estratégia para facilitar interação social entre a comunidade geral e pessoas com perturbação mental e seus cuidadores

Domínio de Ação	Atividades
Projetos Integrados e Boas Práticas	Identificação dos projetos e iniciativas existentes Divulgação dos projetos e iniciativas identificadas Elaboração e implementação de um plano para facilitar o acesso aos projetos e iniciativas identificadas Elaboração de modelo para expandir a implementação dos projetos e iniciativas existentes Identificação de necessidades não respondidas pelos projetos e iniciativas existentes Elaboração de proposta de potenciais soluções às necessidades não respondidas

Comunicação

Elaboração de uma proposta do modelo de comunicação interinstitucional

Obj Geral 9 | Diminuir o estigma em saúde mental

Nota: Para a operacionalização deste OG remete-se para o PDS, designadamente nos DPI 3 (Pessoas com Deficiência), 4 (Pessoas com Problemas de Saúde Mental), 7 (Pessoas em Situação de Violência de Género e Doméstica), bem como para o PMPCVGD, designadamente nos OE1 (Formar e sensibilizar a população em geral sobre a temática da igualdade de género, para a prevenção dos diferentes tipos de violência) e OE 4 (Qualificar os/as técnicos/as envolvidos/as, direta ou indiretamente, nos processos de violência de género e doméstica).

EIXO 2: BEM-ESTAR EMOCIONAL, PSICOLÓGICO E SOCIAL

Estratégia 6 | Capacitar os cidadãos e promover um ambiente facilitador do bem-estar psicossocial



Nota: Em articulação com objetivos e ações descritos no PDS, designadamente nos DPI 1 (Crianças, Jovens e suas Famílias em situação de Vulnerabilidade), 2 (Séniiores e suas/seus cuidadoras/es Informais em Situação de Vulnerabilidade), 3 (Pessoas com Deficiência), 4 (Pessoas com Problemas de Saúde Mental) e 7 (Pessoas em Situação de Violência de Género e Doméstica), bem como no PMPCVGD, designadamente no OE6 (Criação de uma rede de referênciação na área da violência de género e doméstica).

Obj Geral 10 | Otimizar as intervenções que visem melhorar as competências pessoais e sociais

Obj Operacional 10.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de comunicação dirigida à população geral para promoção de competências pessoais e sociais

Domínio de Ação	Atividades
Comunicação	Identificação das prioridades e mensagens chave a divulgar Identificação dos canais de comunicação disponíveis Elaboração de um plano de comunicação Implementação do plano de comunicação

Obj Operacional 10.2 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que visem a promoção de competências socio emocionais em crianças e jovens

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação dos projetos e intervenções existentes
 Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
 Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
 Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 10.3 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que visem a capacitação parental e de outros cuidadores

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação de projetos e intervenções existentes
 Identificação de necessidades não respondidas pelos projetos e intervenções existentes
 Elaboração de propostas de potenciais soluções para as necessidades identificadas
 Elaboração de modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
 Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
 Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 10.4 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que visem a capacitação dos/das cuidadoras/es (informais e formais) na autoproteção e na prestação dos cuidados

Nota: Em articulação com o PDS, designadamente no desenvolvimento dos OE9.3 (Promover ações de capacitação dirigidas a cuidadores informais focadas na aquisição de competências essenciais para o desempenho do seu papel, tanto a nível pessoal, como ao nível da prestação de cuidados propriamente ditos (por exemplo, a divulgação de serviços que favoreçam a segurança e proteção da pessoa idosa); OE11.3 (Dinamizar uma estratégia de qualificação e/ou de capacitação pessoal para cuidadores informais, focada na aquisição e/ou na atualização de competências facilitadoras da sua função); OE13.3 (Apoiar a elaboração de uma estratégia de promoção de estruturas e de medidas visando a promoção da qualidade de vida do cuidador informal, designadamente a criação de grupos de apoio e/ou outros tipos de medidas que possibilitem o reforço do seu bem-estar psicológico, físico e social).

Domínio de Ação

Projetos Integrados e Boas Práticas

Atividades

Identificação dos projetos e intervenções existentes
 Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
 Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
 Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Geral 11 | Otimizar as intervenções que visem melhorar as competências pessoais e sociais

Nota: Em articulação com o PDS, designadamente no desenvolvimento dos OE17.2 (Otimizar e consolidar a intervenção existente com pessoas migrantes e pessoas de minorias étnicas visando a melhoria das condições de vida, integração social e proteção social); OE17.5 (Promover uma estratégia articulada entre as diferentes entidades do terreno de inclusão social das pessoas migrantes e das pessoas de minorias étnicas, seja via capacitação para a cidadania, numa lógica de adequação aos grupos-alvo, seja pela implementação de projetos de mediação intercultural); e OE 5.6 (Desenvolver um Modelo de Gestão de Voluntariado Estratégico e Inclusivo (MGVEI) no seio da Rede Social Porto, dando continuidade à reestruturação da plataforma existente).

Obj Operacional 11.1.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de divulgação e promoção da participação em intervenções socioeducativas e socioculturais

Domínio de Ação

Recursos e respostas

Atividades

Definição de grupos prioritários
 Identificação e organização dos projetos e iniciativas existentes
 Definição do procedimento de submissão de projetos e iniciativas criadas ou identificados posteriormente
 Identificação de necessidades não respondidas pelos projetos e iniciativas existentes
 Elaboração de propostas de potenciais soluções para as necessidades identificadas
 Divulgação de projetos e iniciativas

Comunicação

Identificação dos canais de comunicação disponíveis
 Elaboração de um plano de comunicação
 Implementação de um plano de comunicação

Obj Operacional 11.1.2 | Elaborar um modelo de criação de redes de vizinhança

Domínio de Ação

Recursos e respostas

Atividades

Identificação de iniciativas promotoras de redes de vizinhança
 Definição de uma estratégia para criação e manutenção de redes de vizinhança
 Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
 Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas

EIXO 2: BEM-ESTAR EMOCIONAL, PSICOLÓGICO E SOCIAL

Estratégia 7 | Prevenir perturbação mental e melhorar as respostas no âmbito da saúde mental

3 SAÚDE E BEM-ESTAR



17 PARCERIAS E MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO



Obj Geral 12 | Otimizar as intervenções que visem melhorar as competências pessoais e sociais

Nota: Em articulação com o plano PDS, designadamente no desenvolvimento dos OE 13.1. (Desenvolver um Modelo de Articulação Interinstitucional para a Saúde Mental (MAISaúde Mental) no seio Rede Social Porto, sustentado no Modelo de Governação do Plano Municipal de Saúde, nomeadamente, na ação “ Desenhar um serviço local de atendimento integrado (psicológico, psiquiátrico e social) para resposta única, articulada e completa, tendo como pressupostos: (a) identificação de figura de referência por entidade; (b) definição de mecanismos e procedimentos de terreno; (c) assente em “evidence based practice”); e OE 13.6. (Consolidar o investimento nas respostas existentes no âmbito da melhoria das condições de vida, integração social e proteção social da pessoa com problemas de saúde mental em todas as etapas do ciclo vital, potenciando recursos e sinergias existentes na Rede Social Porto, nomeadamente, a ação: Formação e consultoria em saúde mental e psiquiátrica/Articulação com os cuidados de saúde primários).

Obj Operacional 12.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de comunicação dirigida à população geral para promoção de competências pessoais e sociais

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação dos projetos e intervenções existentes
 Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
 Elaboração de um modelo de divulgação das boas práticas
 Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 12.2 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que visem o apoio psicossocial a populações vulneráveis

Domínio de Ação	Atividades
Projetos integrados e boas práticas	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de grupos prioritários Identificação dos projetos e intervenções existentes Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Geral 13 | Otimizar as intervenções que visem melhorar as competências pessoais e sociais

Obj Operacional 13.1 | Elaborar e implementar um plano de divulgação à comunidade das respostas para apoio psicossocial dirigidas a pessoas com perturbação mental suas/seus cuidadoras/es informais

Domínio de Ação	Atividades
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> Identificação e organização dos recursos e respostas existentes Definição do procedimento de submissão de projetos e atividades criados ou identificados posteriormente Identificação dos canais de comunicação disponíveis Elaboração de um plano de comunicação Implementação do plano de comunicação

Obj Operacional 13.2 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para capacitar os profissionais das instituições não especializadas em saúde mental para a deteção precoce de sinais ou sintomas de doença mental e para as primeiras respostas do apoio psicossocial a pessoas afetadas pelos acontecimentos de vida

Domínio de Ação	Atividades
Capacitação e formação	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de necessidades de formação Identificação de necessidades de formação em primeiros socorros psicológicos e na abordagem básica do risco de suicídio nos profissionais das instituições não especializadas Elaboração de planos de formação Implementação dos planos de formação
Facilitação do acesso	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um plano de comunicação interinstitucional, no âmbito dos processos de referênciação, para divulgar às equipas de saúde escolar e equipas de saúde familiar (cuidados de saúde primários) as respostas existentes e os procedimentos de acesso Implementação do plano de comunicação interinstitucional

Obj Operacional 13.3 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que visem melhorar a qualidade de vida das pessoas com perturbação mental e suas/seus cuidadoras/es informais

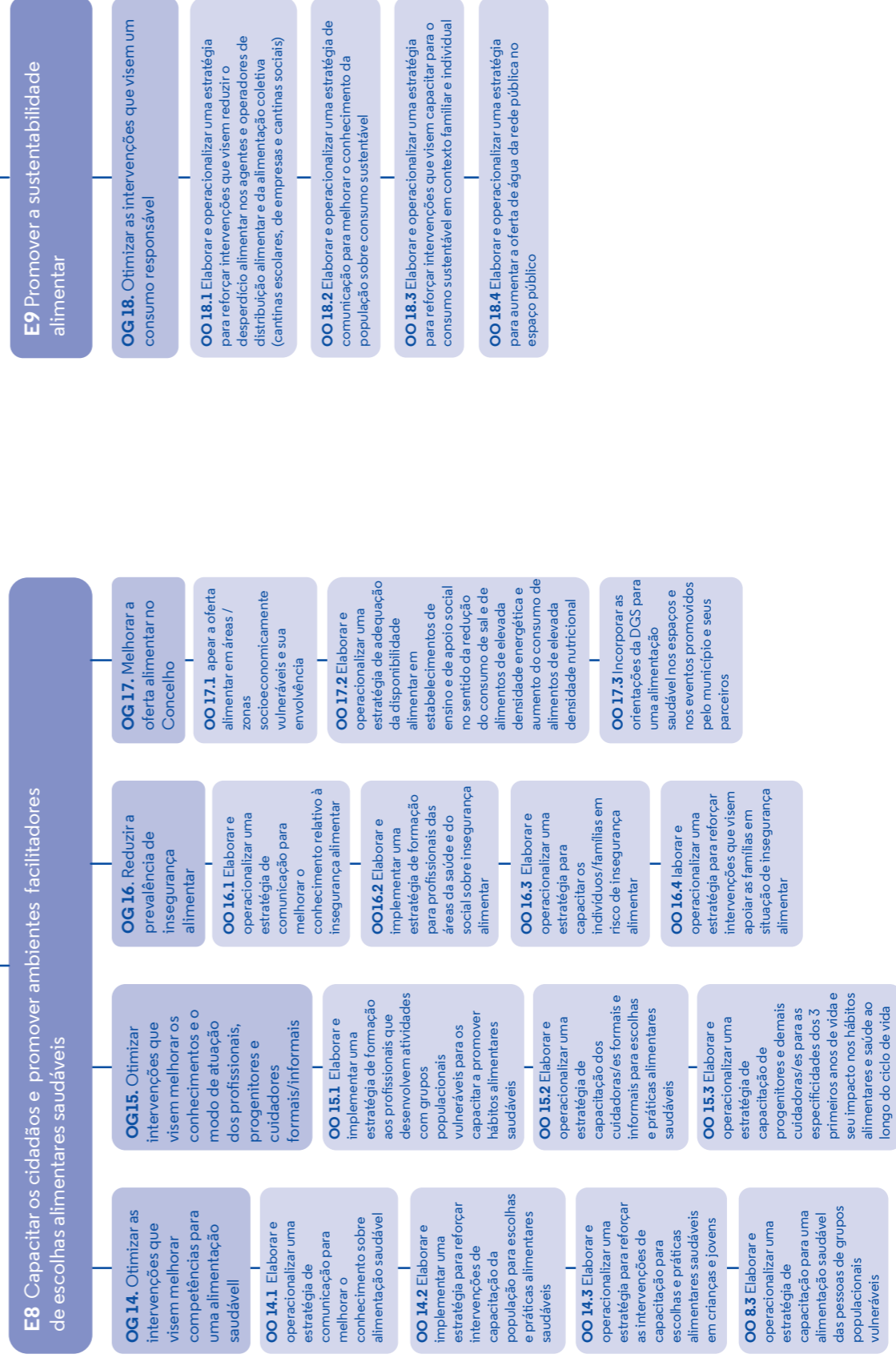
Nota: Em articulação com o PDS, designadamente, no desenvolvimento do Objetivo Geral (OG) 13 (Dinamizar uma política de ação social, assente na potenciação de uma atuação concertada da Rede Social Porto, promotora do impacto na intervenção e da qualidade de vida das pessoas com problemáticas ao nível da saúde mental e suas/seus cuidadoras/es informais).

Domínio de Ação	Atividades
Projetos integrados e boas práticas	<p>Identificação dos projetos e intervenções existentes</p> <p>Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas</p> <p>Elaboração de um modelo de divulgação das boas práticas</p> <p>Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas</p> <p>Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas</p> <p>Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas</p>

Comunicação

Elaboração de uma proposta de modelo de comunicação interinstitucional

Eixo 3: Alimentação Equilibrada



Os objetivos e atividades previstos no Plano de Ação do Eixo 3. Alimentação Equilibrada surgem como resposta complementar a questões relacionadas com o impacto de determinados hábitos / padrões de consumo alimentar no estado de saúde da população, bem como com a promoção de comportamentos que apresentem maior proteção comprovada, com a importância da desmistificação de ideias pré concebidas relativas a uma alimentação saudável, que poderão por em causa a prática da mesma e com o combate ao desperdício alimentar, promovendo sustentabilidade alimentar.

As Entidades que participaram ativamente na definição do Plano de Ação previsto para o Eixo 3 e que desenvolvem atividade específica neste âmbito são:

CMP; ACeS Porto Ocidental e Oriental; A Benéfica e Previdente – Associação Mutualista; A Beneficência Familiar; Agrupamento de Escolas do Cerco do Porto; Ajudaris - Associação de Solidariedade Social; AMI - Porta Amiga do Porto; APELA - Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica; Associação de Ludotecas do Porto; Associação de Solidariedade Coração na Rua; Associação de Solidariedade e Ação Social de Ramalde (ASAS de Ramalde); Associação do Porto de Paralisia Cerebral (APPC); Associação dos Albergues Nocturnos do Porto; Associação Movimento Terra Solta; Bebés de S. João - Associação de Apoio à Maternidade; CASA - Centro de Apoio ao Sem Abrigo; Casa de Saúde da Boavista;

Casa dos Pobres Mãe Clara; Centro Distrital do Porto- Instituto da Segurança Social, I.P.; Centro Social da Legião da Boa Vontade; Centro Social da Paróquia da Areosa; Centro Social das Antas; Centro Social de S. Martinho de Aldoar; Centro Social do Barredo; Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Vitória; Complexo Social Nossa Srª da Paz da Liga dos Combatentes; Cooperativa de Solidariedade Social do Povo Portuense, CRL; CPCJ Porto Oriental; Cruz Vermelha Portuguesa - Delegação do Porto; Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares DSR-Norte; EAPN- Rede Europeia Anti-Pobreza; Escola Superior de Saúde de Santa Maria; Fios e Desafios - Associação de Apoio Integrado à Família; Florinhas do Lar - Abrigo Sagrado Coração de Jesus; Fundação Alberto Canedo; Instituto de Ação Social das Forças Armadas; Instituto Politécnico do Porto IPP; Instituto Português do Desporto e da Juventude, IP; IRSCM - Colégio de Nossa Senhora do Rosário; Junta de Freguesia de Paranhos; Junta de Freguesia de Ramalde; Liga Nacional Contra a Fome; Liga Portuguesa de Profilaxia Social; Mundo a Sorrir - Associação de Médicos Dentistas Solidários Portugueses; Obra de Nossa Senhora das Candeias; Obra Diocesana de Promoção Social - ODPS; Qualificar para Incluir, Associação de Solidariedade Social; SAOM - Serviço de Assistência às Organizações de Maria; Somos Nós-Associação p/ Autonomia e Integração de Jovens Deficientes; Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional do Porto; Universidade Fernando Pessoa.

EIXO 3: ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA

Estratégia 8 | Capacitar os cidadãos e promover ambientes facilitadores de escolhas alimentares saudáveis

Obj Geral 14 | Otimizar as intervenções que visem melhorar competências para uma alimentação saudável

Obj Operacional 14.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de comunicação para melhorar o conhecimento sobre alimentação saudável

Domínio de Ação	Atividades
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de mensagens chave a divulgar, em função do público-alvo Identificação dos canais de comunicação disponíveis Elaboração de planos de comunicação Implementação dos planos de comunicação

Obj Operacional 14.2 | Elaborar e implementar uma estratégia para reforçar intervenções de capacitação da população para escolhas e práticas alimentares saudáveis

Domínio de Ação	Atividades
Projetos integrados e boas práticas	<ul style="list-style-type: none"> Identificação dos projetos e intervenções existentes Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas



3 SAÚDE E BEM-ESTAR

2 FOME ZERO E AGRICULTURA SUSTENTÁVEL

11 CIDADES E COMUNIDADES SUSTENTÁVEIS

12 CONSUMO E PRODUÇÃO RESPONSÁVEIS

13 AÇÃO CONTRA A MUDANÇA GLOBAL DO CLIMA

Obj Operacional 14.3 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar as intervenções de capacitação para escolhas e práticas alimentares saudáveis em crianças e jovens

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação dos projetos e intervenções existentes
 Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
 Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
 Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 14.4 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de capacitação para uma alimentação saudável das pessoas de grupos populacionais vulneráveis

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Definição de grupos populacionais prioritários
 Identificação de projetos e intervenções existentes
 Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
 Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
 Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Geral 15 | Otimizar intervenções que visem melhorar os conhecimentos e o modo de atuação dos profissionais, progenitores e cuidadores formais e informais

Obj Operacional 15.1 | Elaborar e implementar uma estratégia de formação aos profissionais que desenvolvem atividades com grupos populacionais vulneráveis para os capacitar a promover hábitos alimentares saudáveis

Domínio de Ação

Capacitação e formação

Atividades

Definição de grupos profissionais prioritários
 Identificação de necessidades de formação
 Elaboração de planos de formação
 Implementação de planos de formação

Obj Operacional 15.2 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de capacitação de cuidadores formais e informais para escolhas e práticas alimentares saudáveis

Domínio de Ação

Capacitação e formação

Atividades

Definição de grupos profissionais prioritários
 Identificação de necessidades de formação
 Elaboração de planos de formação
 Implementação de planos de formação

Obj Operacional 15.3 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de capacitação de progenitores e demais cuidadores para as especificidades dos 3 primeiros anos de vida e seu impacto nos hábitos alimentares e saúde ao longo do ciclo de vida

Domínio de Ação

Capacitação e formação

Atividades

Identificação das necessidades de formação nos profissionais que desenvolvem atividades com crianças até aos 3 anos de vida
Elaboração de planos de formação
Implementação de planos de formação

Projetos integrados e boas práticas

Identificação dos projetos e intervenções existentes
Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Geral 16 | Reduzir a prevalência de insegurança alimentar

Obj Operacional 16.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de comunicação para melhorar o conhecimento relativo à insegurança alimentar

Domínio de Ação

Comunicação

Atividades

Identificação de mensagens chave a divulgar
Identificação dos canais de comunicação disponíveis
Elaboração de planos de comunicação
Implementação dos planos de comunicação

Obj Operacional 16.2 | Elaborar e implementar uma estratégia de formação para profissionais das áreas da saúde e do social sobre insegurança alimentar

Domínio de Ação

Capacitação e formação

Atividades

Definição de grupos profissionais prioritários
Identificação de necessidades de formação
Elaboração de planos de formação
Implementação de planos de formação

Obj Operacional 16.3 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para capacitar os indivíduos/famílias em risco de insegurança alimentar

Domínio de Ação	Atividades
Projetos integrados e boas práticas	<p>Definição de grupos alvo de intervenção</p> <p>Identificação dos projetos e intervenções existentes</p> <p>Elaboração de um modelo de consultoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas</p> <p>Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas</p> <p>Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas</p> <p>Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas</p> <p>Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas</p>

Obj Operacional 16.4 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que visem apoiar as famílias em situação de insegurança alimentar

Nota: Em articulação com o PDS, designadamente no desenvolvimento do OE 1.3. (Dinamizar o Observatório Permanente de Desenvolvimento Social (OPDS): Mapeamento georreferenciado e monitorização anual das Respostas Sociais da Rede Social Porto)

Domínio de Ação	Atividades
Respostas e Recursos	<p>Identificação das respostas e recursos existentes</p> <p>Divulgação das respostas e recursos identificados</p> <p>Elaboração e implementação de um plano para facilitar o acesso às respostas e recursos identificados</p> <p>Identificação de necessidades não respondidas pelas respostas e recursos existentes</p> <p>Elaboração de uma proposta de potenciais soluções às necessidades não respondidas</p>

Comunicação

Elaboração de uma proposta de modelo de comunicação interinstitucional

Obj Geral 17 | Melhorar a oferta alimentar no Concelho**Obj Operacional 17.1** | Mapear a oferta alimentar em áreas / zonas socioeconomicamente vulneráveis e sua envolvente

Domínio de Ação	Atividades
Ambiente promotor de saúde	<p>Identificação de áreas/zonas para avaliação</p> <p>Avaliação da oferta alimentar nas áreas identificadas</p> <p>Divulgação dos resultados</p> <p>Elaboração de proposta de medidas de melhoria</p>

Obj Operacional 17.2 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de adequação da disponibilidade alimentar em estabelecimentos de ensino e de apoio social no sentido da redução do consumo de sal e de alimentos de elevada densidade energética e aumento do consumo de alimentos de elevada densidade nutricional

Domínio de Ação	Atividades
Projetos integrados e boas práticas	<p>Identificação dos projetos e intervenções existentes</p> <p>Elaboração de um modelo de consultoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas</p> <p>Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas</p> <p>Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas</p> <p>Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas</p> <p>Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas</p> <p>Monitorização do cumprimento da legislação que estabelece as normas de elaboração das ementas e de venda de géneros alimentícios nos bufetes e nas máquinas de venda automática nos estabelecimentos de ensino (Despacho n.º 8127/2021)</p> <p>Elaborar uma proposta de medidas para avaliação e adequação do teor de sal nas refeições fornecidas em estabelecimentos escolares e de apoio social</p>

Obj Operacional 17.3 | Incorporar as orientações da DGS para uma alimentação saudável nos espaços e nos eventos promovidos pelo município e entidades parceiras

Domínio de Ação

Ambiente promotor de saúde

Atividades

Elaboração de um guia para a disponibilização de “merendas” (coffee-break) e refeições nos eventos promovidos pelo município e entidades parceiras

Divulgação do guia a todas as unidades orgânicas do município e às entidades parceiras

Elaboração de guia para adequar a oferta alimentar disponibilizada aos colaboradores de acordo com as orientações da DGS

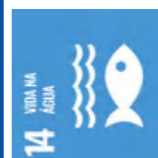
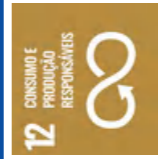
Elaboração de proposta de procedimentos para avaliar e monitorizar a disponibilização de alimentos aos/às colaboradores

Elaboração de guia para adequar a oferta alimentar disponibilizada aos utilizadores dos espaços públicos geridos pela Câmara Municipal de acordo com as orientações da DGS

Elaboração de proposta de procedimentos para avaliar e monitorizar a disponibilização de alimentos aos utilizadores dos espaços públicos geridos pela Câmara Municipal do Porto

EIXO 3: ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA

Estratégia 9 | Promover a sustentabilidade alimentar



Obj Geral 18 | Otimizar as intervenções que visem um consumo responsável

Obj Operacional 18.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que visem reduzir o desperdício alimentar nos agentes e operadores de distribuição alimentar e da alimentação coletiva (cantinas escolares, de empresas e cantinas sociais)

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Elaboração e implementação de procedimentos para avaliar e caracterizar o desperdício alimentar

Identificação dos projetos e intervenções existentes

Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas

Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas

Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas

Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas

Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 18.2 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de comunicação para melhorar o conhecimento da população sobre consumo sustentável

Domínio de Ação

Comunicação

Atividades

Identificação das prioridades e mensagens chave a divulgar
Elaboração de um plano de comunicação
Identificação dos canais de comunicação disponíveis
Implementação do plano de comunicação

Obj Operacional 18.3 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que visem capacitar para o consumo sustentável em contexto familiar e individual

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação dos projetos e intervenções existentes
Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Facilitação do acesso

Identificação de barreiras de adesão às hortas urbanas
Identificação de estratégias para redução das barreiras identificadas
Elaboração de proposta de estratégias de promoção da adesão
Implementação das estratégias de promoção da adesão

Obj Operacional 18.4 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para aumentar a oferta de água da rede pública no espaço público

Nota: Para a concretização deste objetivo contribuem também o OA 48. (Dar continuidade ao programa de informação e sensibilização para fomento do consumo de água da torneira) da EMAAC, bem como o Programa de alteração comportamental de incentivo ao consumo de água da torneira das Águas e Energia do Porto, E.M. e privilegiar-se-á o Canal de Comunicação para Reporte de Ocorrências do Município (<https://portaldomunicipio.cm-porto.pt/reportar-ocorrencias>), sendo que, decorrente da sua utilização, far-se-ão, recomendações de ajustes sempre que aplicável.

Domínio de Ação

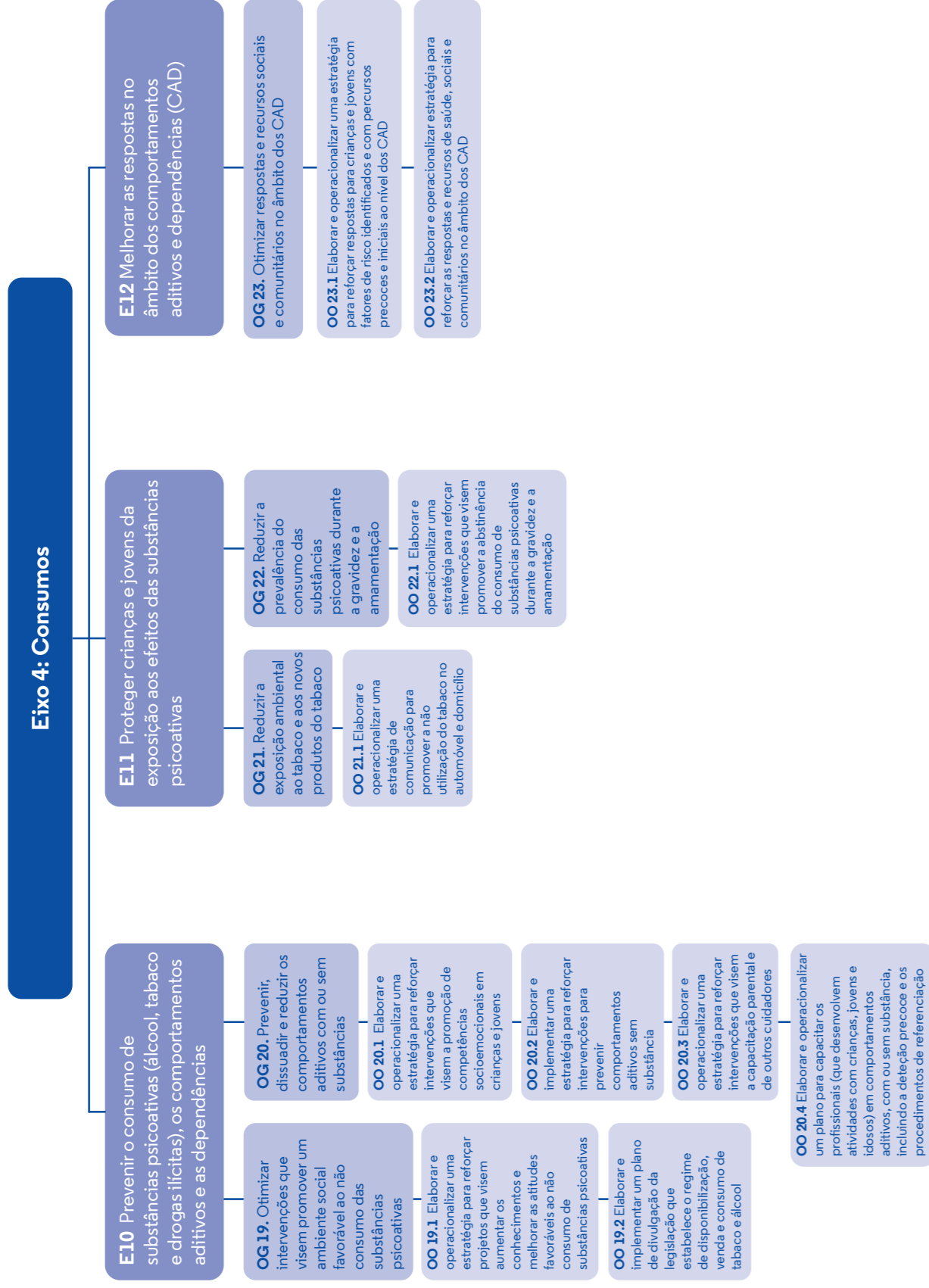
Respostas e recursos

Atividades

Criação de um grupo de trabalho intersectorial para identificar medidas que visem aumentar a disponibilidade de água da rede pública
Identificação da disponibilidade de pontos de abastecimento de água da rede pública (ou bebedouros), em edifícios públicos ou outros contextos de utilização pública
Identificação de áreas/zonas chave para implementação de pontos de abastecimento de água da rede pública (ou bebedouros)
Elaboração de uma proposta de medidas para aumentar e/ou melhorar a disponibilidade de pontos de abastecimento de água da rede pública (ou bebedouros), em edifícios públicos ou outros contextos de utilização pública

Comunicação

Elaboração e implementação de um plano de divulgação de mensagens para promover o consumo de água da rede pública
Divulgação do canal de comunicação existente para reporte de ocorrências



E. - Estratégia | OG - Objetivo Geral | OO - Objetivo Operacional

Os objetivos e atividades previstos no Plano de Ação do Eixo 4. Consumos surgem como resposta complementar a questões relacionadas com consumos de substâncias lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas, numa perspetiva de prevenção dos mesmos, de uma forma transversal, mas com particular enfoque para os grupos de maior risco.

As Entidades que participaram ativamente na definição do Plano de Ação previsto para o Eixo 4 e que desenvolvem atividade específica neste âmbito são:

CMP; ACeS Porto Ocidental e Oriental; A Benéfica e Preventiva – Associação Mutualista; Arrimo - Organização Cooperativa para o Desenvolvimento Social e Comunitário - CRL; ARSAP- Associação da Ronda dos Sem Abrigo do Porto; Associação CASORGANIZADOS (Consumidores Associados Sobrevivem Organizados); Associação de Ludotecas do Porto; Associação de Promoção da Vida e da Família - Vida Norte; Associação de Solidariedade e Acção Social de Ramalde (ASAS de Ramalde); Associação dos Albergues Nocturnos do Porto; Associação Familiares, Utentes e Amigos do

Hospital de Magalhães Lemos (AFUA-HML); Direção-Geral de Reinserção Social - Delegação Regional do Norte; Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares DSR-Norte; Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências da Administração Regional de Saúde do Norte; Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a Sida”; Casa dos Pobres Mãe Clara; Casa Madalena de Canossa; Centro Social da Sé Catedral do Porto; Cleanic, Programa Portage Lda.; Cooperativa de Solidariedade Social do Povo Portuense, CRL; EAPN- Rede Europeia Anti-Pobreza; EPCE - Escola Profissional de Comércio Externo; Escola Superior de Enfermagem do Porto; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural do Centro Social Bairro de Francos; Instituto Português do Desporto e da Juventude, IP; Médicos do Mundo – Delegação Norte; Norte Vida - Associação para a Promoção da Saúde; Obra de Nossa Senhora das Candeias; Qualificar para Incluir, Associação de Solidariedade Social; Santa Casa da Misericórdia do Porto; SAOM - Serviço de Assistência às Organizações de Maria; Trata-me Por Tu - Associação de Intervenção Comunitária.

EIXO 4: CONSUMOS

Estratégia 10. Prevenir o consumo de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e drogas ilícitas), os comportamentos aditivos e as dependências



Nota: Em articulação com o PDS, designadamente no desenvolvimento do OE14.1. (Constituir uma Rede de Referência e de Articulação Interinstitucional (RRAI) entre as estruturas vocacionadas para este domínio e as diferentes entidades da comunidade Rede Social Porto no âmbito dos CAD, tendo por base o Modelo de Governação do Plano Municipal de Saúde e os núcleos territoriais existentes, nomeadamente, para as ações “Criação de ferramenta digital de monitorização e avaliação” e “Identificação de áreas de intervenção com respostas insuficientes e/ou em défice e de programas ou projetos com elevada potencialidade de inovação social”)

Obj Geral 19 | Otimizar intervenções que visem promover um ambiente social favorável ao não consumo das substâncias psicoativas

Obj Operacional 19.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar projetos que visem aumentar os conhecimentos e melhorar as atitudes favoráveis ao não consumo de substâncias psicoativas

Domínio de Ação	Atividades
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> Identificação das prioridades e mensagens chave a divulgar, em função do público-alvo Identificação dos canais de comunicação disponíveis Elaboração de um plano de comunicação Implementação do plano de comunicação
Projetos integrados e boas práticas	<ul style="list-style-type: none"> Identificação dos projetos e intervenções existentes Elaboração de modelo de consultoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas Elaboração de um modelo de divulgação das boas práticas Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 19.2 | Elaborar e implementar um plano de divulgação da legislação que estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de tabaco e álcool

Domínio de Ação	Atividades
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> Identificação dos canais de comunicação disponíveis, em função do público-alvo Divulgação de informação sobre legislação que estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de tabaco e álcool
Ambiente promotor de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar e implementar um plano para melhorar a sinalética nos espaços públicos, de acordo com a legislação em vigor sobre tabaco e álcool

Obj Geral 20 | Prevenir, dissuadir e reduzir os comportamentos aditivos com ou sem substâncias

Obj Operacional 20.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que visem a promoção de competências socioemocionais em crianças e jovens

Domínio de Ação	Atividades
Projetos integrados e boas práticas	<ul style="list-style-type: none"> Identificação dos projetos e intervenções existentes Elaboração de um modelo de consultoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 20.2 | Elaborar e implementar uma estratégia para reforçar intervenções para prevenir comportamentos aditivos sem substância

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação dos projetos e intervenções existentes
 Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
 Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
 Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 20.3 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que visem a capacitação parental e de outros cuidadores

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação dos projetos e intervenções existentes
 Identificação de necessidades não respondidas pelos projetos e iniciativas existentes
 Elaboração de propostas de potenciais soluções para as necessidades identificadas
 Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
 Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
 Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
 Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Obj Operacional 20.4 | Elaborar e operacionalizar um plano para capacitar os profissionais (que desenvolvem atividades com crianças, jovens e pessoas idosas) em comportamentos aditivos, com ou sem substância, incluindo a deteção precoce e os procedimentos de referência

Nota: Em articulação com o PDS, designadamente no desenvolvimento do OE14.3 (Qualificar e atualizar as/os profissionais das entidades e estruturas não especializadas, designadamente no âmbito de temáticas como as novas substâncias psicoativas e os comportamentos aditivos sem substância)

Domínio de Ação

Capacitação e formação

Atividades

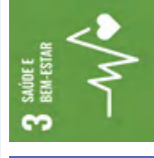
Definir grupos profissionais prioritários
 Identificar necessidades de formação
 Elaborar planos de formação
 Implementar planos de formação

Facilitação do acesso

Elaboração de um plano de comunicação interinstitucional para divulgar aos profissionais das entidades não especializadas os processos de referência para facilitar respostas adequadas e atempadas
 Implementação do plano de comunicação interinstitucional

EIXO 4: CONSUMOS

Estratégia 11. Proteger crianças e jovens da exposição aos efeitos das substâncias psicoativas



Obj Geral 21 | Reduzir a exposição ambiental ao tabaco e aos novos produtos do tabaco

Obj Operacional 21.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia de comunicação para promover a não utilização do tabaco no automóvel e domicílio

Domínio de Ação

Comunicação

Atividades

Identificação das prioridades e mensagens chave a divulgar
Elaboração de um plano de comunicação
Identificação dos canais de comunicação disponíveis
Implementação do plano de comunicação

Obj Geral 22| Reduzir a prevalência do consumo das substâncias psicoativas durante a gravidez e a amamentação

Obj Operacional 22.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar intervenções que visem promover a abstinência do consumo de substâncias psicoativas durante a gravidez e a amamentação

Domínio de Ação

Projetos integrados e boas práticas

Atividades

Identificação dos projetos e intervenções existentes
Elaboração de um modelo de consultadoria e avaliação dos projetos e intervenções com o objetivo de identificar boas práticas
Elaboração do modelo de divulgação das boas práticas
Realização de reuniões e workshops com entidades parceiras para o desenho de projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Identificação das barreiras à implementação dos projetos e intervenções integrados e baseados em boas práticas
Definição de estratégias para redução das barreiras identificadas

Comunicação

Elaboração de proposta de modelo de comunicação interinstitucional

EIXO 4: CONSUMOS

Estratégia 12. Melhorar as respostas no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências (CAD)



Obj Geral 23| Otimizar respostas e recursos sociais e comunitários no âmbito dos CAD

Obj Operacional 23.1 | Elaborar e operacionalizar uma estratégia para reforçar respostas para crianças e jovens com fatores de risco identificados e com percursos precoces e iniciais ao nível dos CAD

Nota: Em articulação como PDS, designadamente no desenvolvimento do OE14.4 (Aumentar a abrangência das estratégias de prevenção universal, seletiva e indicada, reforçando e descentralizando as respostas para crianças e jovens com fatores de risco identificados e com percursos precoces e iniciais ao nível dos CAD)

Domínio de Ação

Respostas e recursos

Atividades

Identificação das respostas e recursos existentes
Divulgação das respostas e recursos identificados
Elaboração e implementação de um plano para facilitar o acesso às respostas e recursos identificados
Identificação de necessidades não respondidas pelas respostas e recursos existentes
Elaboração de proposta de potenciais soluções às necessidades não respondidas

Comunicação

Elaboração de uma proposta de modelo de comunicação interinstitucional

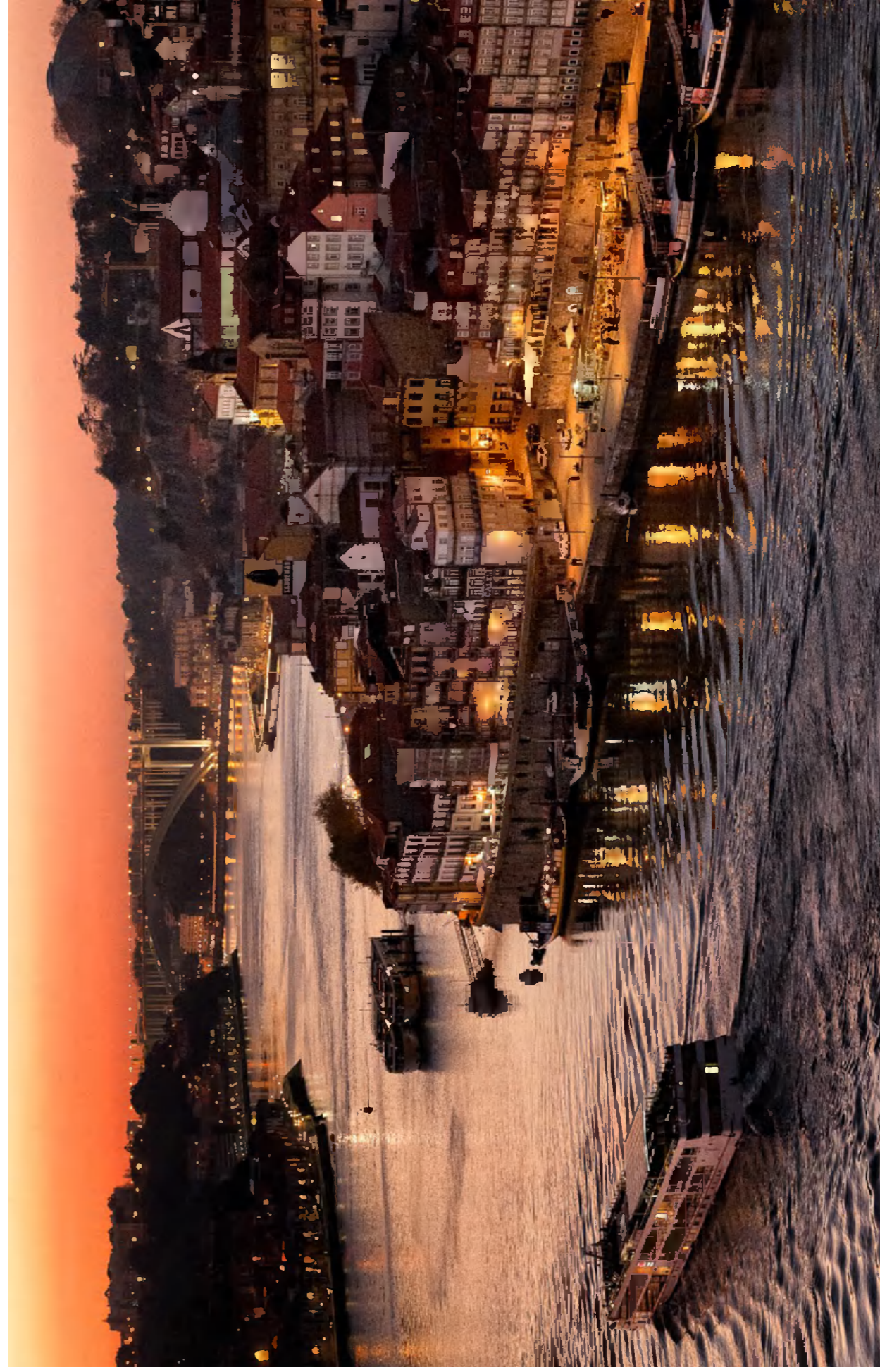
Obj Operacional 23.2 | Elaborar e operacionalizar estratégia para reforçar as respostas e recursos de saúde, sociais e comunitários no âmbito dos CAD

Nota: Em articulação com o PDS, designadamente no desenvolvimento dos OE14.2 (reforçar uma estratégia de atuação concertada entre as diferentes entidades de terreno, ajustada a diferentes públicos-alvo, em diferentes etapas do ciclo da vida e em especial situação de vulnerabilidade biopsicossocial e/ou de exclusão social, designadamente ao nível de estruturas e programas socio sanitárias); OE 14.5 (implementar uma intervenção concertada entre as entidades parceiras da Rede Social Porto no âmbito dos consumos em contextos recreativos, designadamente ao nível da prevenção e redução dos danos); OE 14.6 (reforçar o investimento em respostas socioeducativas e socioculturais inclusivas); OE 14.7 (promover programa de consumo assistido); OE 14.8 (reforçar a constituição de uma estratégia ao nível da integração social de indivíduos com CAD, designadamente pela articulação com estruturas vocacionadas para a qualificação profissional, a empregabilidade e o empreendedorismo); e OE 14.9 (adequar respostas de alojamento, temporário ou permanente, às particularidades das pessoas com CAD).

Domínio de Ação	Atividades
Respostas e recursos	<ul style="list-style-type: none"> Identificação das respostas e recursos existentes Divulgação das respostas e recursos identificados Elaboração e implementação de plano para facilitar o acesso às respostas e recursos identificados Identificação de necessidades não respondidas pelas respostas e recursos existentes Elaboração de proposta de potenciais soluções às necessidades não respondidas

Comunicação

Elaboração de uma proposta de modelo de comunicação interinstitucional



VI. Bibliografia

ÁREA METROPOLITANA PORTO (2022, SETEMBRO 1). *ESTRATÉGIA INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL AMP 2020*. * [HTTP://PORTAL.AMP.PT/ES/1/AMPC/73](http://portal.amp.pt/ES/1/AMPC/73)

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE (2019). *RELATÓRIO ANUAL DE RESÍDUOS URBANOS 2018*. APA. [HTTPS://APAMBIENTE.PT/SITES/DEFAULT/FILES/_RESIDUOS/PRODUCAO_GEST%C3%A3O_RESIDUOS/DADOS%20RU/RARU%202018.PDF](https://apambiente.pt/sites/default/files/residuos/PRODUCAO_GEST%C3%A3O_RESIDUOS/DADOS%20RU/RARU%202018.PDF)

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE (2022, FEVEREIRO 10). *ÍNDICES QUALAR*. * [HTTPS://QUALAR.APAMBIENTE.PT/INDICES](https://qualar.apambiente.pt/indices).

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE. (2022, SETEMBRO 1). *OBSERVATÓRIO REGIONAL DE SAÚDE*. * [HTTPS://WWW.ARSNORTE.MIN-SAUDE.PT/OBSERVATORIO-REGIONAL-DE-SAUDE/PERFIS-DE-SAUDE/#CONTENT](https://www.arsnorte.min-saude.pt/observatorio-regional-de-saude/perfis-de-saude/#content)

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE (2020). *PERFIL LOCAL DE SAÚDE DO ACES PORTO OCIDENTAL E PORTO ORIENTAL 2020*. ARS NORTE. [HTTPS://DSPN-OBSERVATORIO.GITHUB.IO/2020/A16_PORTO/](https://dspn-observatorio.github.io/2020/A16_PORTO/)

ARAÚJO, J., TEIXEIRA, J., GAIO, A.R., LOPES, C. & RAMOS, E. (2015) DIETARY PATTERNS AMONG 13-Y-OLD PORTUGUESE ADOLESCENTS. *NUTRITION*, 31(1), 148-54. [HTTPS://PUBMED.NCBI.NLM.NIH.GOV/25466659/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25466659/)

COMISSÃO PARA A CIDADANIA E IGUALDADE DE GÉNERO (2013). *V PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DE GÉNERO 2014-2017*. [HTTPS://WWW.CIG.GOV.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2014/01/V_PL_PREV_COMBATE.PDF](https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/01/v_pl_prev_combate.pdf)

COMISSÃO PARA A CIDADANIA E IGUALDADE DE GÉNERO (2018). *ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A IGUALDADE E A NÃO DISCRIMINAÇÃO 2018-2030*. CIG. [HT-TPS://WWW.PORTUGAL.GOV.PT/PT/GC21/COMUNICACAO/NOTICIA?I=ESTRATEGIA-NACIONAL-PARA-A-IGUALDADE-E-A-NAO-DISCRIMINACAO-CONTEM-VI-SAO-DE-LONGO-PRAZO-PARA-UM-PROGRESSO-SUSTENTAVEL](https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/noticia?i=estrategia-nacional-para-a-igualdade-e-a-nao-discriminacao-contem-vi-sao-de-longo-prazo-para-um-progresso-sustentavel)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2014). *ESTRATÉGIA PARA UMA REDE DE CIRCUITOS CICLÁVEIS PARA O GRANDE PORTO*. CMP. [HTTPS://WWW.CM-PORTO.PT/FILES/UPLOADS/CMS/CMP/45/FILES/94/REDE-DE-CIRCUITOS-CICLÁVEIS-CASO-DO-PORTO-2014.PDF](https://www.cm-porto.pt/files/uploads/cms/cmp/45/files/94/rede-de-circuitos-ciclaveis-caso-do-porto-2014.pdf)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2015). *CARTA DE EQUIPAMENTOS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO PORTO*. CMP. [HTTPS://WWW.CM-PORTO.PT/EDITAIS/CARTA-DE-EQUIPAMENTOS-DE-CUIDADOS-DE-SAUDE-PRIMARIOS-DO-PORTO](https://www.cm-porto.pt/editais/carta-de-equipamentos-de-cuidados-de-saude-primarios-do-porto)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2015). "ILHAS" DO PORTO – LEVANTAMENTO E CARATERIZAÇÃO. CMP.

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2016). *ABORDAGEM INTEGRADA PARA A INCLUSÃO ATIVA – PROGRAMA INTEGRADO DE INOVAÇÃO E EXPERIMENTAÇÃO SOCIAL E DE ANIMAÇÃO TERRITORIAL DO PORTO – MEMÓRIA DESCRITIVA*. CMP.

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2017). *CARTA EDUCATIVA DO PORTO*. CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO. CMP. [HTTPS://WWW.CM-PORTO.PT/EDUCACAO/CARTA-EDUCATIVA-DO-PORTO](https://www.cm-porto.pt/educacao/carta-educativa-do-porto)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2018). *PLANO DE AÇÃO DA REDE SOCIAL DO PORTO 2018*. CMP. [HTTPS://COESAOSOCIAL.CM-PORTO.PT/FILES/UPLOADS/CMS/COESAOSOCIAL/10/FILES/1614682011-8T6KQXTQ0H.PDF](https://coesaosocial.cm-porto.pt/files/uploads/cms/coesaosocial/10/files/1614682011-8T6KQXTQ0H.PDF)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2018). *REVISÃO DO PLANO DIRETOR MUNICIPAL DO PORTO*. CMP.

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2018). SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DE ATIVIDADE FÍSICA. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO – 2018. CMP.

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2019). PERFIL DA REALIDADE SOCIAL DA POPULAÇÃO SÉNIOR DO PORTO. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO – 2019. CMP.

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2019). GPS GUIA PORTO SEM SIDA. CMP.

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2019). PLANO DE AÇÃO 2019-2020 PORTO CIDADE SEM SIDA, INICIATIVA FAST-TRACK CITIES. CMP. [HTTPS://COESAOSOCIAL.CM-PORTO.PT/SAUDE/PORTO-CIDADE-SEM-SIDA](https://coesaosocial.cm-porto.pt/saude/porto-cidade-sem-sida)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2019). PLANO MUNICIPAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA DE GÉNERO E DOMÉSTICA 2019/2021. CMP. [HTTPS://COESAOSOCIAL.CM-PORTO.PT/FILES/UPLOADS/CMS/COESAOSOCIAL/1/FILES/1619597096-EQTFNONYMZ.PDF](https://coesaosocial.cm-porto.pt/files/uploads/cms/coesaosocial/1/files/1619597096-EQTFNONYMZ.PDF)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2019). RELATÓRIO DE ANÁLISE DE DADOS - INQUÉRITO DE CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM ABRIGO MUNICÍPIO DO PORTO. CMP.

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2019). VIVA PORTO – DEBATE PÚBLICO SOBRE HABITAÇÃO SOCIAL NO PORTO. CMP.

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2020). ESTRATÉGIA MUNICIPAL PARA A INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO 2020-2023. CMP. [HTTPS://COESAOSOCIAL.CM-PORTO.PT/FILES/UPLOADS/CMS/COESAOSOCIAL/10/FILES/1641901433-ISYPJHAYBE.PDF](https://coesaosocial.cm-porto.pt/files/uploads/cms/coesaosocial/10/files/1641901433-ISYPJHAYBE.PDF)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2020). PLANO MUNICIPAL DE REDUÇÃO DO RUIÍDO 2.0 BALANÇO EM 2020 COM A BASE DE TRABALHO DE 2014. CMP. [HTTPS://AMBIENTE.CM-PORTO.PT/FILES/UPLOADS/CMS/AMBIENTE/26/FILES/1643892010-N7CGNXP9JM.PDF](https://ambiente.cm-porto.pt/files/uploads/cms/ambiente/26/files/1643892010-N7CGNXP9JM.PDF)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2021). PLANO DE AÇÃO 2021 PORTO CIDADE SEM SIDA, INICIATIVA FAST-TRACK CITIES. [HTTPS://COESAOSOCIAL.CM-PORTO.PT/FILES/UPLOADS/CMS/COESAOSOCIAL/7/FILES/1631089533-ZW1RBXH4Z9.PDF](https://coesaosocial.cm-porto.pt/files/uploads/cms/coesaosocial/7/files/1631089533-ZW1RBXH4Z9.PDF)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2021). PLANO DIRETOR MUNICIPAL AVALIAÇÃO AMBIENTAL ESTRATÉGICA RELATÓRIO AMBIENTAL. CMP. [HTTPS://PDM.CM-PORTO.PT/DOCUMENTACAO/](https://pdm.cm-porto.pt/documentacao/)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2021). PLANO DIRETOR MUNICIPAL DECLARAÇÃO AMBIENTAL – AVALIAÇÃO AMBIENTAL ESTRATÉGICA DA REVISÃO DO PLANO DIRETOR MUNICIPAL DO PORTO. CMP. [HTTPS://PDM.CM-PORTO.PT/DOCUMENTACAO/](https://pdm.cm-porto.pt/documentacao/)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2021). PLANO DIRETOR MUNICIPAL RELATÓRIO. CMP. [HTTPS://PDM.CM-PORTO.PT/DOCUMENTACAO/](https://pdm.cm-porto.pt/documentacao/)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2021). SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DE ATIVIDADE FÍSICA. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO – 2019. CMP.

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2022). RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 2021. CMP. [HTTPS://WWW.CM-PORTO.PT/FILES/UPLOADS/CMS/CMP/182/FILES/RELATORIO_DESENVOLVIMENTO_SUSTENTAVEL_PORTO_FUTURO_2021%20\(2\).PDF](https://www.cm-porto.pt/files/uploads/cms/cmp/182/files/relatorio_deseenvolvimento_sustentavel_porto_futuro_2021%20(2).pdf)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2022). PLANO DE AÇÃO DA REDE SOCIAL DO PORTO 2022. CMP. [HTTPS://COESAOSOCIAL.CM-PORTO.PT/FILES/UPLOADS/CMS/COESAOSOCIAL/10/FILES/1653313272-AAVQEUAJKL.PDF](https://coesaosocial.cm-porto.pt/files/uploads/cms/coesaosocial/10/files/1653313272-AAVQEUAJKL.PDF)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO (2022, JANEIRO 20). MOBILIDADE - MODOS SUAVES NO CONCELHO DO PORTO.* [HTTPS://MOBILIDADE.CM-PORTO.PT/MODOS-SUAVES/BICICLETA-E-OUTROS-VELOCIPEDES](https://mobilidade.cm-porto.pt/modos-suaves/bicicleta-e-outros-velocipedes)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO - ÁGORA CULTURA E DESPORTO (2022, SETEMBRO 1). DESPORTO.* [HTTPS://WWW.AGORAPORTO.PT/DESPORTO/DESPORTO](https://www.agoraporto.pt/desporto/desporto)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO - ÁGUAS DO PORTO (2022, SETEMBRO 1). REDE HIDROGRÁFICA DO CONCELHO DO PORTO.* [HTTPS://WWW.AGUASDOPORTO.PT/RIBEIRAS/OS-RIOS-E-RIBEIRAS-DO-PORTO](https://www.aguasdoporto.pt/ribeiras/os-rios-e-ribeiras-do-porto)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO - DOMUS SOCIAL. (2022, SETEMBRO 1). BAIRROS - CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA E DEMOGRÁFICA.* [HTTPS://WWW.DOMUSSOCIAL.PT/BAIRROS/CARACTERIZACAO-SOCIOECONOMICA-E-DEMOGRAFICA-BRIGADAS-E-PEDIDOS-DE-INTERVENCAO](https://www.domussocial.pt/bairros/caracterizacao-socioeconomica-e-demografica-brigadas-e-pedidos-de-intervencao)

CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO – PORTO AMBIENTE (2022, SETEMBRO 1). RESÍDUOS URBANOS.* [HTTPS://WWW.PORTOAMBIENTE.PT/RESIDUOS-URBANOS/RESIDUOS-URBANOS](https://www.portoambiente.pt/residuos-urbanos/residuos-urbanos)

CENTROS DE RESPOSTAS INTEGRADAS DA DIVISÃO PARA A INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS DA ARS NORTE (2018). PLANO OPERACIONAL DE RESPOSTAS INTEGRADAS: RESUMO DO DIAGNÓSTICO DOS CAD. ARS NORTE. [HTTPS://WWW.SICAD.PT/BK/CONCURSOS_V2/DOCUMENTOS/2017/RESUMO%20DIAGNOSTICO%20PORI%20PORTO.PDF](https://www.sicad.pt/bk/concursos_v2/documentos/2017/resumo%20diagnostico%20pori%20porto.pdf)

COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2018). PLANO ESTRATÉGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS 2019-2020. CNCP, MINISTÉRIO DA SAÚDE. [HTTPS://WWW.SNS.GOV.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2019/04/PEDCP-2019-2020-VERSAO-FINAL-10.02.2019.PDF](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-VERSAO-FINAL-10.02.2019.PDF)

COMISSÃO NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS E PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS (2022). RELATÓRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DAS CPCJ 2021. CNPDPCJ. [HTTPS://WWW.CNPDPCJ.GOV.PT/RELATORIO-ATIVIDADES](https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades)

DINIS, J., PORTUGAL, C., SOUSA, N., FERNANDES, I. & NETTO, E. (2021). PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DOS RASTREIOS ONCOLOGICOS ORGANIZADOS DE BASE POPULACIONAL 2019/2020 – PORTUGAL. DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2006). PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR. DGS. [HTTPS://WWW.DGS.PT/PAGINAS-DE-SISTEMA/SAUDE-DE-A-A-Z/SAUDE-ESCOLAR/PROGRAMA-NACIONAL-DE-SAUDE-ESCOLAR.ASPX](https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013). PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO 2013/2017. DGS. [HTTPS://WWW.DGS.PT/DOCUMENTOS-E-PUBLICACOES/PLANO-NACIONAL-DE-PREVENCAO-DO-SUICIDO-20132017-PDF.ASPX](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2020). PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA 2020. DGS. [HTTP://NOTICIAS.ECOSAUDE.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2021/04/REL-EXERC-FISIC-SNS-2020.PDF](http://noticias.ecosaude.pt/wp-content/uploads/2021/04/REL-EXERC-FISIC-SNS-2020.PDF)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). BASES PARA A DEFINIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DAS DEMÊNCIAS. DGS. [HTTPS://WWW.SNS.GOV.PT/2017/08/10/BASES-PARA-A-DEFINICAO-DE-POLITICAS-PUBLICAS-NA-AREA-DAS-DEMENCIAS/](https://www.sns.gov.pt/2017/08/10/bases-para-a-definicao-de-politicas-publicas-na-area-das-demencias/)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017-2025. DGS. [HTTPS://WWW.SNS.GOV.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2017/07/ENEAS.PDF](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.PDF)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). *MODELO DE GOVERNAÇÃO A 2020 – PLANO NACIONAL DE SAÚDE E PROGRAMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS*. DGS. [HTTPS://WWW.DGS.PT/DOCUMENTOS-E-PUBLICACOES/MODELO-DE-GOVERNACAO-A-2020-DO-PLANO-NACIONAL-DE-SAUDE-E-PROGRAMAS-DE-SAUDE-PRIORITARIOS-PDF.ASPX](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/modelo-de-governacao-a-2020-do-plano-nacional-de-saude-e-programas-de-saude-prioritarios-pdf.aspx)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). *PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS 2017*. DGS. [HTTPS://WWW.SNS.GOV.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2017/12/DGS_PCIRA_V8.PDF](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.PDF)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). *PROGRAMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS - METAS DE SAÚDE 2020*. DGS. [HTTPS://WWW.SNS.GOV.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2017/07/DGS_PP_METASSAUDE2020.PDF](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_METASSAUDE2020.PDF)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL 2017*. DGS. [HTTPS://NOCS.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_V2.PDF](https://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_V2.PDF)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES 2017*. DGS. [HTTPS://WWW.DGS.PT/PROGRAMA-NACIONAL-PARA-A-DIABETES.ASPX](https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A INFECÇÃO VIH, SIDA E TUBERCULOSE 2017*. DGS. [HTTPS://WWW.PNVIHSIDA.DGS.PT/ESTUDOS-E-ESTATISTICAS111111/RELATORIOS1/PROGRAMA-NACIONAL-PARA-A-INFECAO-VIH-SIDA-E-TUBERCULOSE-2017-PDF.ASPX](https://www.pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/RELATORIOS1/PROGRAMA-NACIONAL-PARA-A-INFECAO-VIH-SIDA-E-TUBERCULOSE-2017-PDF.ASPX)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA DOR*. DGS. [HTTPS://WWW.DGS.PT/DOCUMENTOS-E-PUBLICACOES/PROGRAMA-NACIONAL-PARA-A-PREVENCAO-E-CONTROLO-DA-DOR-PDF.ASPX](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2019). *PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO 2019*. DGS. [HTTPS://WWW.SNS.GOV.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2019/11/RELATORIOTABACO2019.PDF.PDF](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIOTABACO2019.PDF.PDF)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2022). *PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL 2022-2030*. DGS. [HTTPS://NUTRIMENTO.PT/ACTIVIDADEAPP/WP-CONTENT/UPLOADS/2022/10/PNPAS2022_2030_VF.PDF](https://nutrimento.pt/atividadeapp/wp-content/uploads/2022/10/PNPAS2022_2030_VF.PDF)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES 2017*. DGS. [HTTPS://WWW.DGS.PT/PNS-E-PROGRAMAS/PROGRAMAS-DE-SAUDE-PRIORITARIOS/DOENCAS-CEREBRO-CARDIOVASCULARES.ASPX](https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS 2017*. DGS. [HTTPS://WWW.DGS.PT/PROGRAMAS-DE-SAUDE-PRIORITARIOS/PAGINAS-DE-SISTEMA/SAUDE-DE-A-A-Z/PROGRAMA-NACIONAL-PARA-AS-DOENCAS-ONCOLOGICAS.ASPX](https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas.aspx)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS 2017*. DGS. [HTTPS://WWW.DGS.PT/PNS-E-PROGRAMAS/PROGRAMAS-DE-SAUDE-PRIORITARIOS/DOENCAS-RESPIRATORIAS.ASPX](https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-respiratorias.aspx)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). *RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016 E PROPOSTAS PRIORITÁRIAS PARA A EXTENSÃO A 2020*. DGS. [HTTPS://WWW.SNS.GOV.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2017/08/RELAVPNSM2017.PDF](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RELAVPNSM2017.PDF)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2018). *PORTUGAL: THE NATION'S HEALTH 1990 – 2016 AN OVERVIEW OF THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2016 RESULTS*. INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. [HTTPS://WWW.HEALTHDATA.ORG/SITES/DEFAULT/FILES/FILES/POLICY_REPORT/2018/POLICYREPORT_GBD-PORTUGAL_2018.PDF](https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2018/policyreport_gbd-portugal_2018.pdf)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2019). *MANUAL DE BOAS PRÁTICAS LITERACIA EM SAÚDE – CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE*. DGS. [HTTPS://WWW.DGS.PT/DOCUMENTOS-E-PUBLICACOES/MANUAL-DE-BOAS-PRATICAS-LITERACIA-EM-SAUDE-CAPACITACAO-DOS-PROFISSIONAIS-DE-SAUDE.ASPX](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude.aspx)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2018). *PLANO DE AÇÃO PARA A LITERACIA EM SAÚDE DE 2019-2021 – PORTUGAL*. DGS. [HTTPS://WWW.DGS.PT/DOCUMENTOS-E-PUBLICACOES/PLANO-DE-ACAO-PARA-A-LITERACIA-EM-SAUDE-2019-2021.ASPX](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2019). *PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIIS 2019*. DGS. [HTTPS://WWW.SIP-SPP.PT/MEDIA/0R3PXISW/HEPATITES-VIRAIIS-PROGRAMA-NACIONAL-2019-DGS.PDF](https://www.sip-spp.pt/media/0R3PXISW/HEPATITES-VIRAIIS-PROGRAMA-NACIONAL-2019-DGS.PDF)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2022). *PLANO NACIONAL DSE SAÚDE 2021-2030, SAÚDE SUSTENTÁVEL: DE TOD@S PARA TOD@S*. DGS. [HTTPS://PNS.DGS.PT/PLANO-NACIONAL-DE-SAUDE/](https://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude/)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2022). *RELATÓRIO DE VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO DA TUBERCULOSE EM PORTUGAL*. DGS. [HTTPS://WWW.SPPNEUMOLOGIA.PT/UPLOADS/SUBCANAIS2_CONTEUDOS_FICHEIROS/RELAT%C3%A3%C2%B3RIO-TUBERCULOSE_DGS2021.PDF](https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/relat%C3%A3%C2%B3rio-tuberculose_dgs2021.pdf)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE (2022). *INFECÇÃO POR VIH EM PORTUGAL – 2022*. DGS/INSA. [HTTP://REPOSITORIO.INSA.PT/HANDLE/10400.18/8383](http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/8383)

DURÃO C, ET AL. (2015). *PADRÕES ALIMENTARES EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E OBESIDADE AOS 7 ANOS DE IDADE*. *EUR J NUTR*, 54(5), 835-43.

ESPAÑA, R., ÁVIL, P. & MENDES, R.V. (2016). *LITERACIA EM SAÚDE EM PORTUGAL: RELATÓRIO SÍNTESE*. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. [HTTPS://CONTENT.GULBENKIAN.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2017/08/29203225/PGISVERS-CURTAFCB_FINAL2016.PDF](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVERS-CURTAFCB_FINAL2016.PDF)

ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO (2021). *PLANO DE AÇÃO 2021-2023 DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO SEM ABRIGO 2017-2023*. ENIPSSA. [HTTPS://WWW.ENIPSSA.PT/DOCUMENTACAO](https://www.enipssa.pt/documentacao)

ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO 2017-2023 (2022). *INQUÉRITO CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO - 31 DE DEZEMBRO 2021*. ENIPSSA. [HTTPS://WWW.ENIPSSA.PT/DOCUMENTS/10180/11876/INQU%C3%A9rito+Caracteriza%C3%A7%C3%A3o+das+Pessoas+em+Situa%C3%A7%C3%A3o+de+Sem-abrigo+-+31+de+Dezembro+2021+-+Quadros.PDF/C8859201-04E0-4051-BE4C-66736E7D9136](https://www.enipssa.pt/documents/10180/11876/INQU%C3%A9rito+Caracteriza%C3%A7%C3%A3o+das+Pessoas+em+Situa%C3%A7%C3%A3o+de+Sem-abrigo+-+31+de+Dezembro+2021+-+Quadros.PDF/C8859201-04E0-4051-BE4C-66736E7D9136)

FAUSTO, M., GOMES, A., OLIVEIRA, M., MOREIRA, P.S., ARRIAGA, M.T., COIELHO, M., SILVA, P.R. & ALVES, B. (2019). *GUIA DOS CUIDADORES: CUIDADOR INFORMAL*. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A REDE DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS, MINISTÉRIO DA SAÚDE. [HTTPS://EPORTUGAL.GOV.PT/DOCUMENTS/20142/18888649/GUIA_DOS_CUIDADORES.PDF/E186E9FB-6490-BE93-E34F-8CC495748300?T=1570527106124](https://eportugal.gov.pt/documents/20142/18888649/Guia_dos_Cuidadores.pdf/E186E9FB-6490-BE93-E34F-8CC495748300?T=1570527106124)

FIGUEIREDO, A.L., LOURENÇO, A.M., MATOS, C., FERREIRA, E. MOREIRA, J., MAGALHÃES, J.P., CUNHA, L., MONTEIRO, O., ANDRADE, P. & MANSILHA, R.B. (2018). *PLANO LOCAL DE SAÚDE AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO PORTO ORIENTAL 2017- 2020*. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO PORTO ORIENTAL. [HTTP://WWW.ARSNORTE.MIN-SAUDE.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/SITES/3/2019/12/PORTO_ORIENTAL_2018_PLS_EXTENSAO-2020.PDF](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/PORTO_ORIENTAL_2018_PLS_EXTENSAO-2020.PDF)

FONSECA, A. M. (ORG.) (2018). *BOAS PRÁTICAS DE AGEING IN PLACE. DIVULGAR PARA VALORIZAR – GUIA DE BOAS PRÁTICAS*. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. [HTTPS://GULBENKIAN.PT/PUBLICATION/BOAS-PRATICAS-DE-AGEING-IN-PLACE-DIVULGAR-PARA-VALORIZAR/](https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/)

GABINETE DO SECRETÁRIO-GERAL DO SISTEMA DE SEGURANÇA INTERNA (2021). *RELATÓRIO ANUAL DE SEGURANÇA INTERNA - ANO 2021*. GABINETE DO SECRETÁRIO-GERAL DO SISTEMA DE SEGURANÇA INTERNA. [HTTPS://WWW.PORTUGAL.GOV.PT/DOWNLOAD-FICHEIROS/FICHEIRO.ASPX?V=%3D%3DB-QAAAB%2BLCAAAAAAABAAZNLIONGCAIUGTZWUAAAA%3D](https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DB-QAAAB%2BLCAAAAAAABAAZNLIONGCAIUGTZWUAAAA%3D)

GBD 2013 DALYS AND HALE COLLABORATORS, MURRAY, C.J., BARBER, R.M., ET AL. (2015). GLOBAL, REGIONAL, AND NATIONAL DISABILITY-ADJUSTED LIFE YEARS (DALYS) FOR 306 DISEASES AND INJURIES AND HEALTHY LIFE EXPECTANCY (HALE) FOR 188 COUNTRIES, 1990-2013: QUANTIFYING THE EPIDEMIOLOGICAL TRANSITION. *LANCET*, 386(10009), 2145-2191. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X)

GBD DALYS AND HALE COLLABORATORS (2018). GLOBAL, REGIONAL, AND NATIONAL DISABILITY-ADJUSTED LIFE-YEARS (DALYS) FOR 359 DISEASES AND INJURIES AND HEALTHY LIFE EXPECTANCY (HALE) FOR 195 COUNTRIES AND TERRITORIES, 1990-2017: A SYSTEMATIC ANALYSIS FOR THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2017. *LANCET*, 392(10159), 1859-1922. [HTTPS://WWW.THELANCET.COM/JOURNALS/LANCET/ARTICLE/PIIS0140-6736\(18\)32335-3/FULLTEXT](https://www.thelancet.com/journals/lanct/article/pii/S0140-6736(18)32335-3/fulltext)

GONÇALVES, A. (2015). *LITERACIA EM SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE* [DISSERTAÇÃO DE Mestrado, Instituto Politécnico do Porto]. REPOSITÓRIO CIENTÍFICO DO INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO. [HTTPS://RECIPP.IPP.PT/BITSTREAM/10400.22/8926/1/MGO-2110042-LITERACIA%20EM%20SA%3%BADE.PDF](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8926/1/MGO-2110042-LITERACIA%20EM%20SA%3%BADE.PDF)

GUEDES, F.B., TOMÉ, G., GASPAR, T. & MATOS, M.G. (2021). *AVALIAÇÃO DO GRUPO DE INTERVENÇÃO DO PROGRAMA QUANTO MAIS CEDO MELHOR*. CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO.

INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DO PORTO (2021). *RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA “PORTO, CIDADE SEM SIDA” 2019-2021*. CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2013). *RETRATO TERRITORIAL DE PORTUGAL 2011*. INE. [HTTPS://WWW.INE.PT/INE_NOVIDADES/RTP2017/FILES/ASSETS/COMMON/DOWNLOADS/PUBLICATION.PDF](https://www.ine.pt/ine_novidades/rtp2017/files/assets/common/downloads/publication.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, PORDATA (2022, NOVEMBRO 15). *BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO – MUNICÍPIOS*. * [HTTPS://WWW.PORDATA.PT/MUNICIPIOS/DENSIDADE+POPULACIONAL-452](https://www.pordata.pt/municipios/densidade+populacional-452)

INSTITUTO NACIONAL PARA A REABILITAÇÃO, IP (2021). *ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA 2021-2025*. INR. [HTTPS://WWW.INR.PT/DOCUMENTS/11309/284924/ENIPD.PDF](https://www.inr.pt/documents/11309/284924/ENIPD.PDF)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2022). *CENSOS 2021. XVI RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO: VI RECENSEAMENTO GERAL DA HABITAÇÃO. RESULTADOS DEFINITIVOS*. INE. [HTTPS://WWW.INE.PT/XURL/PUB/65586079](https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079)

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DO PORTO (2019). *PROJETO PORTO. IMPORTA-SE – RELATÓRIO DE ANÁLISE DE DADOS*. CMP.

LIPOR - SERVIÇO INTERMUNICIPALIZADO DE GESTÃO DE RESÍDUOS DO GRANDE PORTO (2019). *RELATÓRIO INTEGRADO 2019*. LIPOR. [HTTPS://WWW.LIPOR.PT/PT/DOWNLOAD.PHP?FOLDER=BIBLIOTECAS&F=RELATORIO_INTEGRADO_2019_PT_15062020_20391438195EE88EE6B1546.PDF](https://www.lipor.pt/pt/download.php?folder=bibliotecas&f=relatorio_integrado_2019_pt_15062020_20391438195EE88EE6B1546.pdf)

LOPES C.; OLIVEIRA, A., AFONSO, L., MOREIRA, T., DURÃO, C., SEVERO, M., VILELA, S., RAMOS, E. & BARROS, H. (2014). *CONSUMO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: RESULTADOS DA COORTE GERAÇÃO 21*. INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DO PORTO. [HTTP://ASSET.YOONCDN.COM/AB296AB30C207AC641882479782C6C34/16470EAF0428E-CD12C4CBFE7871AC558.PDF](http://asset.youoncdn.com/ab296ab30c207ac641882479782c6c34/16470EAF0428E-CD12C4CBFE7871AC558.PDF)

LOPES, C., TORRES, D., OLIVEIRA, A., SEVERO, M., ALARCÃO, V., GUIOMAR, S., MOTA, J., TEIXEIRA, P., RODRIGUES, S., LOBATO, L., MAGALHÃES, V., CORREIA, D., CARVALHO, C., PIZARRO, A., MARQUES, A., VILELA, S., OLIVEIRA, L., NICOLA, P., SOARES, S. & RAMOS, E. (2017). *INQUÉRITO ALIMENTAR NACIONAL E DE ATIVIDADE FÍSICA, IAN-AF 2015-2016: RELATÓRIO DE RESULTADOS*. UNIVERSIDADE DO PORTO. [HTTPS://IAN-AF.UP.PT/SITES/DEFAULT/FILES/IAN-AF%20RELAT%C3%B3RIO%20RESULTADOS_0.PDF](https://ian-af.up.pt/sites/default/files/ian-af%20relat%C3%B3rio%20resultados_0.pdf)

MACHADO, V., LIMA, G., TEIXEIRA, C. & FELÍCIO, M. (2011). *CARGA GLOBAL DA DOENÇA NA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL*. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP. [HTTP://PORTAL.ARSNORTE.MIN-SAUDE.PT/PORTAL/PAGE/PORTAL/ARSNORTE/CONTE%C3%BADOS/SA%C3%BADE%20P%C3%BABLICA%20CONTEUDOS/CARGA_GLOBAL_DOENCA_REGIAO_NORTE_2004.PDF](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/arsnorte/conte%C3%BADOS/SA%C3%BADE%20P%C3%BABLICA%20CONTEUDOS/CARGA_GLOBAL_DOENCA_REGIAO_NORTE_2004.pdf)

MAGALHÃES, A., PINA, M. & RAMOS, E. (2017). THE ROLE OF URBAN ENVIRONMENT, SOCIAL AND HEALTH DETERMINANTS IN THE TRACKING OF LEISURE-TIME PHYSICAL ACTIVITY THROUGHOUT ADOLESCENCE. *THE JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH: OFFICIAL PUBLICATION OF THE SOCIETY FOR ADOLESCENT MEDICINE*, 60(1), 100-6. [HTTPS://PUBMED.NCBI.NLM.NIH.GOV/27771134/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27771134/)

MAGALHÃES, V. & RAMOS, E. (2019). A RELAÇÃO DA DIETA MEDITERRÂNICA COM A COMPOSIÇÃO CORPORAL, O PERFIL LIPÍDICO E O METABOLISMO DA GLICOSE EM ADULTOS JOVENS. *ACTA PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO*, (17), 67. [HTTPS://ACTAPORTUGUESADENUTRICAÇÃO.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2019/07/ACTA-17_LOW.PDF](https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2019/07/acta-17_low.pdf)

MAIA, I., MONJARDINO, T., FRIAS, B., CANHÃO, H., CUNHA BRANCO, J., LUCAS, R. & SANTOS, A.C. (2019). FOOD INSECURITY IN PORTUGAL AMONG MIDDLE- AND OLDER-AGED ADULTS AT A TIME OF ECONOMIC CRISIS RECOVERY: PREVALENCE AND DETERMINANTS. *FOOD NUTR BULL*. 40(4), [HTTPS://DOI.ORG/10.1177/0379572119858170](https://doi.org/10.1177/0379572119858170)

MAIA, I., MONJARDINO, T., LUCAS, R., RAMOS, E. & SANTOS, A.C. (2019). HOUSEHOLD FOOD INSECURITY AND SOCIO-DEMOGRAPHIC DETERMINANTS IN YOUNG ADULTS: FINDINGS FROM A PORTUGUESE POPULATION-BASED SAMPLE. *INT J PUBLIC HEALTH*, 64(6), 887-895. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/S00038-019-01243-Y](https://doi.org/10.1007/s00038-019-01243-y)

MAIA I. & SANTOS, A.C. (2021). PREVALENCE AND DETERMINANTS OF CHILDREN SELF-REPORTS OF FOOD INSECURITY: EVIDENCE FROM A PORTUGUESE POPULATION-BASED BIRTH COHORT. *FOOD SEC*, 14(3), 427-435. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/S12571-021-01233-0](https://doi.org/10.1007/s12571-021-01233-0)

MATOS, C., FERREIRA, E., MOITA, I., MONTEIRO, O. & ANDRADE, P. (2016). *DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE*. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO PORTO ORIENTAL.

MEIRELES P., COSTA, D., AGUIAR, A., QUINTEIROS, F. TADEU, A., BATISTA, R. & BARROS, H. (2017). *USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA CIDADE DO PORTO [RETRATO DO USO DE TABACO, ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS NA CIDADE DO PORTO]*. INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DO PORTO.

MINISTÉRIOS DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL (2022, DEZEMBRO 20). *CARTA SOCIAL*. * [HTTPS://WWW.CARTASOCIAL.PT/](https://www.cartasocial.pt/)

MONTEIRO, A., SOUSA, C., FONSECA, L., ALMEIDA, M., VELHO, S., CARVALHO, V. (2013). ATLAS DA SAÚDE E DA DOENÇA: VULNERABILIDADES CLIMÁTICAS E SOCIOECONÓMICAS NA GRANDE ÁREA METROPOLITANA DO PORTO E CONCELHO DO PORTO. CHERG.

MOREIRA, M.A., MACHADO, R., MACHADO, F. & ALMEIDA, S. (2018). PLANO LOCAL DE SAÚDE PORTO OCIDENTAL 2016 - 2020. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO PORTO OCIDENTAL. [HTTPS://WWW.ARSNORTE.MIN-SAUDE.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/SITES/3/2019/12/PORTO-OCIDENTAL_PLS_EXTENSAO_2020.PDF](https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/PORTO-OCIDENTAL_PLS_EXTENSAO_2020.PDF)

MOREIRA, M.A., ALMEIDA, S. & MACHADO, A. (2022). DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DO ACES DO PORTO OCIDENTAL. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO PORTO OCIDENTAL. [HTTPS://ACESPORTOOCCIDENTAL.ORG/PUBLIC/FILES/DIAG_SITUACAO_2022_VFF208.PDF](https://acesportoocidental.org/public/files/diag_situacao_2022_vff208.pdf)

NÚCLEO DE PLANEAMENTO E INTERVENÇÃO SEM-ABRIGO PORTO (2018). PLANO DE AÇÃO NPISA PORTO 2018-2019. NPISA. [HTTPS://WWW.ENIPSSA.PT/-/PLANO-DE-ACAO-2018-2019-NPISA-PORTO](https://www.enipssa.pt/-/plano-de-acao-2018-2019-npisa-porto)

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (2015). TRANSFORMANDO NOSSO MUNDO: A AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. ONU. [HTTPS://SUSTAINABLEDEVELOPMENT.UN.ORG/CONTENT/DOCUMENTS/21252030%20AGENDA%20FOR%20SUSTAINABLE%20DEVELOPMENT%20WEB.PDF](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20agenda%20for%20sustainable%20development%20web.pdf)

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (2021). HEALTH AT A GLANCE 2021: OECD INDICATORS. OCDE. [HTTPS://DOI.ORG/10.1787/AE-3016B9-EN](https://doi.org/10.1787/ae-3016b9-en)

ORO, A.V. (2022). AS ILHAS DO PORTO: REABILITAR PARA INCLUIR. PORTO VIVO, SRU. [HTTPS://WWW.PORTOVIVOSRU.PT/FILES/UPLOADS/CMS/SRU/9/FILES/ILHAS_MIOLO_WEB.PDF](https://www.portovivosru.pt/files/uploads/cms/sru/9/files/ilhas_mio_lo_web.pdf)

ROMAGNOLO, D.F. & SELMIN, O.I. (2017). MEDITERRANEAN DIET AND PREVENTION OF CHRONIC DISEASES. NUTRITION TODAY, 52(5), 208-22. [HTTPS://NURSING.CECONNECTION.COM/OVIDFILES/00017285-201709000-00004.PDF](https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00017285-201709000-00004.pdf)

SERÓDIO, R., SERRA, A. & LIMA, J.A. (2019). PLANO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL 2019-2023. SINCLAB – SOCIAL INCLUSION LABORATORY (FPCEUP). [HTTPS://COESAOSOCIAL.CM-PORTO.PT/FILES/UPLOADS/CMS/COESAOSOCIAL/10/FILES/1657028034-U58D5VEFFL.PDF](https://coesaosocial.cm-porto.pt/files/uploads/cms/coesaosocial/10/files/1657028034-U58D5VEFFL.PDF)

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (2013). PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS 2013-2020. SICAD. [HTTPS://WWW.SICAD.PT/BK/INSTITUCIONAL/COORDENACAO/DOCUMENTS/PLANOS/SICAD_PLANO_NACIONAL_REDUCAO_CAD_2013-2020.PDF](https://www.sicad.pt/bk/institucional/COORDENACAO/DOCUMENTS/PLANOS/SICAD_PLANO_NACIONAL_REDUCAO_CAD_2013-2020.PDF)

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (2022). RELATÓRIO ANUAL 2021 – A SITUAÇÃO DO PAÍS EM MATÉRIA DE DROGAS E TOXICODPENDÊNCIAS. SICAD. [HTTPS://WWW.SICAD.PT/BK/PUBLICACOES/LISTS/SICAD_PUBLICACOES/ATTACHMENTS/178/RELATORIOANUAL_2021_%20ASITUACAODOPAISEMMATERIADEDRGASETOXICODPENDENCIAS.PDF](https://www.sicad.pt/bk/publicacoes/lists/sicad_publicacoes/attachments/178/relatorio-anual_2021_%20ASITUACAODOPAISEMMATERIADEDRGASETOXICODPENDENCIAS.PDF)

SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (2022, NOVEMBRO 15). SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. * [HTTPS://WWW.DGS.PT/SERVICOS-ON-LINE/1/SINAVE-SISTEMA-NACIONAL-DE-VIGILANCIA-EPIDEMIOLOGICA.ASPX](https://www.dgs.pt/servicos-on-line/1/sinave-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica.aspx)

TURISMO DO PORTO E NORTE DE PORTUGAL (2016). CICLOVIAS, ECOPISTAS E ECOVIAS NORTE DE PORTUGAL. TURISMO DO PORTO E NORTE DE PORTUGAL. [HTTP://WWW.PORTOENORTE.PT/FOTOS/GUIAS/CICLOVIAS_ECOPISTAS_E_ECOVIAS_NORTE_DE_PORTUGAL_9107708725CF7DFF6B829E.PDF](http://www.portoenorte.pt/fotos/guias/cicloviass_ecoistas_e_ecoivas_norte_de_portugal_9107708725CF7DFF6B829E.PDF)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). HEALTH PROMOTION GLOSSARY. WHO.

Lista de figuras

Figura 1. Área Metropolitana do Porto

Figura 2. Geomorfologia e Rede Hidrográfica do Porto

Figura 3. Os rios e ribeiras na cidade do Porto

Figura 4. Histórico da qualidade das águas balneares

Figura 5. Conforto bioclimático no Porto estimado, 2002-2007

Figura 6. Temperatura do ar, normais climatológicas, Porto (Serra do Pilar), 1981-2010

Figura 7. Concentração de partículas <10 µm (estações em funcionamento), 2000-2014

Figura 8. Índice de qualidade do ar para o Porto Litoral, valor anual de 2019

Figura 9. Representação gráfica do Mapa de Ruído, indicador noturno Ln

Figura 10. Representação gráfica do Mapa de Ruído, indicador diurno-entardecer-noturno Lden

Figura 11. Evolução do número de alojamentos familiares no Porto, na região norte e continente, 2001-2021

Figura 12. Variação dos alojamentos familiares, por freguesia, 2011-2021

Figura 13. Resumo da caracterização socioeconómica e demográfica da Habitação com arrendamento apoiado em 2022

Figura 14. População com pelo menos uma dificuldade que reside em edifícios com três ou mais alojamentos sem entrada acessível a indivíduos com mobilidade condicionada, por freguesia, 2021

Figura 15. Equipamentos de Saúde, de natureza pública, na cidade do Porto

Figura 16. Natureza jurídica dos Equipamentos de Saúde

Figura 17. Caracterização Sumária dos ACeS Porto Ocidental e Porto Oriental, em 2015

Figura 18. Densidade Populacional na Cidade e localização das Unidade de Cuidados de Saúde Primários em 2015

Figura 19. Respostas sociais existentes em 2022 no Porto, por freguesia (%)

Figura 20. Respostas Sociais existentes na cidade do Porto, em 2022

Figura 21. Equipamentos desportivos municipais disponíveis na cidade do Porto, em 2022

Figura 22. Espaços naturais e espaços verdes urbanos na cidade do Porto

Figura 23. Espaços verdes urbanos da cidade do Porto

Figura 24. Proporção de cada tipo de espaço verde urbano

Figura 25. Parques Infantis e Desportivos ao ar livre na cidade, em 2022

Figura 26. Linhas e estações da rede de Metro do Porto, em 2022

Figura 27. Mapa da Rede Comboios Urbanos do Porto, em 2022

Figura 28. Carta de Infraestruturas de modos suaves do Porto

Figura 29. Ciclovias executadas e planeadas na cidade do Porto, em 2022

Figura 30. População residente (nº), por local de residência, sexo e idade, em 2021

Figura 31. Evolução da população residente na cidade do Porto, entre 2011 e 2021, por idade

Figura 32. Evolução da população no Porto, 1981-2021

Figura 33. Variação Populacional, no Grande Porto, entre as décadas 1981 – 2021

Figura 34. População residente na cidade do Porto, por freguesia, em 2021

Figura 35. Variação Populacional nas freguesias do Porto, entre as décadas 1981-2021

Figura 36. Densidade populacional: onde há mais e menos pessoas, em média/ km², 2001-2021

Figura 37. Densidade populacional na cidade do Porto, por freguesia, em 2021

Figura 38. Evolução da Taxa bruta de natalidade de 1981 a 2021

Figura 39. Evolução de Índice Sintético de Fecundidade 2001 a 2021

Figura 40. Esperança de vida à nascença, continente, região norte e ACeS Porto Ocidental e Oriental, triénios 1996-1998, 2005-2007 e 2018-2020

Figura 41. Índice de Envelhecimento, Dependência de Jovens e de Idosos, 2001-2021

Figura 42. Famílias unipessoais no total da população residente, 2011-2021

Figura 43. Dimensão dos agregados familiares domésticos privados (%), no Porto, em 2021

Figura 44. Distribuição (%) da população residente na cidade do Porto, com 15 ou mais anos de idade, por nível de escolaridade completo, comparação entre os anos 2011 e 2021

Figura 45. Níveis de escolaridade (em %), da população residente com 15 e mais anos de idade, por freguesia, na cidade do Porto, em 2021

Figura 46. Proporção (%) de pessoas desempregadas residentes no Porto, por grupo etário, em 2021

Figura 47. Proporção (%) de pessoas desempregadas residentes no Porto, por nível de escolaridade, em 2021

Figura 48. Ganho médio mensal (€) das pessoas que trabalham por conta de outrem, evolução 2011 - 2019, e poder de compra (€), por local de residência, evolução 2002-2019

Figura 49. Indicadores de suporte social, em 2021

Figura 50. Nº de pessoas beneficiárias de apoios sociais, residentes no Porto, em 2021

Figura 51. Evolução da taxa de criminalidade (/1 000 habitantes), 2011-2021

Figura 52. Taxas (%) de criminalidade, crimes contra a integridade física e condução com alcoolemia superior a 1,2 g / l (/ 1 000 habitantes), anos 2011, 2016 e 2021

Figura 53. Nº de crimes registados pelas forças policiais, por categoria/ tipo de crime, no Porto, em 2021

Figura 54. Entidades sinalizadoras das situações de perigo em 2021

Figura 55. Proporção (%) de pessoas idosas (65 e mais anos), por local de residência, 1960-2021

Figura 56. População residente na cidade do Porto por tipo de dificuldade reportada, em 2021

Figura 57. Proporção (%) da população residente, com 5 ou mais anos de idade, com pelo menos uma dificuldade por freguesia, Porto, em 2021

Figura 58. Evolução da imigração no Porto, por continente de origem, em 2021

Figura 59. Evolução da taxa bruta de mortalidade (/ 1 000 habitantes), por local de residência, 2003-2021

Figura 60. Evolução da taxa de mortalidade infantil (/ 1 000 nados-vivos), por local de residência, 2001-2021

Figura 61. Mortalidade proporcional (%) por grandes grupos de causas de morte, por local de residência, todas as idades, ambos os sexos, 2017-2019

Figura 62. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/ 100 000 habitantes), todas as idades e idade prematura (< 75 anos), nas NUTS III de Portugal, ambos os sexos, triénio 2017-2019

Figura 63. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa padronizada (/ 100 000 habitantes) de mortalidade prematura (população <75 anos) padronizada pela idade, em Portugal, ambos os sexos, triénio 2007-09 e 2017-19

Figura 64. Mortalidade proporcional nos ACeS Porto Ocidental e Oriental (agregado) no triénio 2017-19, por grupo etário para os grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos

Figura 65. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada (/ 100 000 habitantes), nos triénios 2015-2017, 2016-2018 e 2017-2019 (média anual), na população <75 anos, ambos os sexos

Figura 66. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada (/ 100 000 habitantes), nos triénios 2015-2017, 2016-2018 e 2017-2019 (média anual), na população <75 anos, sexo masculino

Figura 67. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada (/ 100 000 habitantes), nos triénios 2015-2017, 2016-2018 e 2017-2019 (média anual), na população <75 anos, sexo feminino

Figura 68. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa padronizada (/ 100 000 habitantes) de AVPP (até aos 70 anos), em Portugal, ambos os sexos, triénio 2007-09 e 2017-19

Figura 69. Esperança de vida aos 65 anos de idade e esperança de vida saudável aos 65 anos de idade, por sexo, em Portugal (1990 - 2017)

Figura 70. Principais causas de carga de mortalidade, doença e incapacidade (DALYs) e variação percentual, em ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019

Figura 71. Principais causas de doença e incapacidade (YLD: anos de vida perdidos por doença e/ou incapacidade) e variação percentual, em ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019

Figura 72. Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo (06-08, 09-11, 12-14, 18-20) (média anual por triénio)

Figura 73. Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença (06-08, 09-11, 12-14, 18-20) (média anual por triénio)

Figura 74. Nascimentos em Mulheres em Idade de Risco, evolução 1996-2020

Figura 75. Proporção de pessoas inscritas (%) por diagnóstico ativo (ICPC-2 International Classification of Primary Care), por ACeS, em Dezembro 2020

Figura 76. Evolução das causas de morbilidade 2016-2021, ambos os sexos, por ACeS

Figura 77. Perfil de morbilidade hospitalar por causas específicas, ACeS Porto Ocidental, ambos os sexos, todas as idades, em 2016

Figura 78. Perfil de morbilidade hospitalar por causas específicas, ACeS Porto Oriental, ambos os sexos, todas as idades, em 2016

Figura 79. Distribuição do número de internamentos por doenças mentais e comportamentais nas pessoas residentes nas áreas de abrangência dos ACeS Porto Ocidental e Oriental, por grupo etário, sexo e ACeS, em 2016.

Figura 80. Evolução do consumo de medicamentos antidepressivos (consumo por dose diária definida por 1 000 hab/dia), OCDE, anos 2000, 2019 e 2020

Figura 81. Evolução da Taxa de incidência (/ 100 000 habitantes) de VIH, Região Norte e Porto, 2001-2021

Figura 82. Evolução da Taxa de incidência (/ 100 000 habitantes) de Sida, Região Norte e Porto, 2001-2021

Figura 83. Evolução da Taxa de incidência (/ 100 000 habitantes) de Sida e de VIH, Cidade do Porto, 2001-2021

Figura 84. Distribuição do número de casos de Infecção por VIH, por categoria de transmissão e ano de diagnóstico

Figura 85. Dados relativos à infeção VIH/SIDA na cidade do Porto, em 2021

Figura 86. Mapeamento de Respostas ao VIH existentes na cidade do Porto, em 2019

Figura 87. Taxa de notificação de Tuberculose, por ano e quinquénio 2016-2020.

Figura 88. Número de casos, de Tuberculose, por ano e quinquénio 2016-2020.

Figura 89. Distribuição dos determinantes sociais nos casos de Tuberculose no distrito do Porto, 2017-2021

Figura 90. Distribuição das comorbilidades nos casos de Tuberculose no distrito do Porto, 2017-2021

Figura 91. Casos confirmados de Doenças de Notificação Obrigatória, ACeS Porto Ocidental e Oriental, 2021

Figura 92. Proporção de indivíduos vacinados, com Plano Nacional Vacinação cumprido, a 31 de dezembro de 2021

Figura 93. Dados dos Rastreios oncológicos do Cancro do Colo do Útero, por ACeS da Região Norte, 2019-2020

Figura 94. Dados dos Rastreios oncológicos do Cancro do Colo da Mama, por ACeS da região norte, 2019-2020

Figura 95. Índice de privação socioeconómica e ambiental para a saúde

Figura 96. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030

Figura 97. Etapas da construção do Plano Municipal de Saúde

Figura 98. Nuvem de palavras (o tamanho da palavra é proporcional à sua frequência nas frases recolhidas)

Figura 99. Sumário das atividades realizadas no âmbito de elaboração do PMS do Porto

Figura 100. Eixos, Estratégias e Objetivos Gerais do Plano de Ação

Figura 101. Avaliação e Monitorização da Implementação do Plano de Ação

Figura 102. Indicadores de Avaliação (efeito) da Implementação do Plano de Ação

Siglas e acrónimos

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde; **ARS Norte** - Administração Regional De Saúde do Norte; **AVPP** - Anos de Vida Potencialmente Perdidos; **CAD** - Comportamentos Aditivos e Dependências; **CLASP** - Conselho Local de Ação Social do Porto; **CMP** - Câmara Municipal do Porto; **CNPDP CJ** - Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens; **CPCJ** - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens; **CRI** - Centros de Respostas Integradas; **DGS** - Direção-Geral da Saúde; **DPI** - Domínio Prioritário de Intervenção; **E.M.** - Empresa Municipal; **EMAAC** - Estratégia Municipal de Adaptação às Alterações Climáticas; **ENIPSSA** - Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação de Sem-Abrigo; **EPIPorto** - Estudo coorte de base populacional adulta residente no Porto; **EPITeen** - Epidemiological Health Investigation of Teenagers in Porto; **ERPI** - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas; **EVS** - Esperança de Vida Saudável; **DALYs** - Disability-Adjusted Life Years; **HLS-EU** - European Health Literacy Survey; **IAN-AF** - Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física; **ICPC-2** - International Classification of Primary Care; **INE** - Instituto nacional de Estatística; **ISPUP** - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto; **NPISA Porto** - Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo do Porto; **Obj** - Objetivo; **OA** - Opções de Adaptação; **OE** - Objetivo Específico; **OG** - Objetivo Geral; **OO** - Objetivo Operacional; **ODS** - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; **OMS** - Organização Mundial da Saúde; **PDS** - Plano de Desenvolvimento Social; **PMPCVGD** - Plano Municipal de Prevenção e Combate à Violência de Género e Doméstica; **PMS** - Plano Municipal de Saúde; **PSSA** - Pessoa em situação de sem-abrigo; **SIARS** - Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde; **SICAD** - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; **SIDA** - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; **SMENIAF** - Sistema de Monitorização do Estado Nutricional Infantil e de Atividade Física em crianças do 1º ciclo do ensino básico da cidade do Porto; **SNS** - Serviço Nacional de Saúde; **TMP** - Taxa de Mortalidade Padronizada; **VD** - Violência Doméstica; **VIH** - Vírus da Imunodeficiência Humana

Porto.