



Plano de
Desenvolvimento
de **Saúde,**
Qualidade de Vida
e **Bem-estar**
da Cidade
de Lisboa

PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR DA CIDADE DE LISBOA

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA - PELOURO DOS DIREITOS SOCIAIS

Vereador João Carlos Afonso

ENQUADRAMENTO

REDE PORTUGUESA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS, RPMS

Miriam Ferreira, Socióloga, Responsável Técnica da RPMS

COORDENAÇÃO, CML

Maria Teresa Craveiro, Geógrafa, Coordenadora da Equipa de Projecto do Programa Local de Habitação e Direitos Sociais, EP-PLHDS

EQUIPA TÉCNICA

EQUIPA DE PROJECTO DO PROGRAMA LOCAL DE HABITAÇÃO E DIREITOS SOCIAIS, EP-PLHDS

Maria João Duarte, Arquitecta

Jorge Carvalho Mourão, Geógrafo

Ana Sofia Rocha, Engenheira do Território

Maria Manuela Nunes, Engenheira Civil

Ana Benitez, Arquitecta (Rede Colaborativa – Divisão de Construção e Requalificação de Espaços Verdes)

Célia Campos, Geógrafa

Ana Cosme, Antropóloga

Ana Lúcia Antunes, Socióloga

Maria Helena Torres, Socióloga

COLABORAÇÃO INSTITUCIONAL

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, ARSLVT

António Tavares, Médico de Saúde Pública, Director de Departamento Saúde Pública e Delegado Regional Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Fátima Quitério, Médica Saúde Pública

Rafic Ali Nordin, Presidente do Conselho Clínico e Científico para a Saúde, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Maria Manuela Peleteiro, Médica de Família, Directora Executiva do ACES Lisboa Norte

Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida, Administradora Hospitalar, Directora Executiva do ACES Lisboa Central

ESCOLA NACIONAL SAÚDE PÚBLICA, UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Isabel Loureiro, Médica Saúde Pública, Presidente do Conselho Científico da Escola Nacional de Saúde Pública

Celeste Gonçalves, Médica Saúde Pública, Professora Auxiliar Convidada de Saúde Pública

COLABORAÇÃO CIENTÍFICA

FUNDAÇÃO PARA A SAÚDE, SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Constantino Sakellarides, Médico, Professor Catedrático de Políticas e Administração de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Ana Isabel Santos, Licenciada em Política Social, ISCSP, Doutoranda em Saúde Pública

PONTOS DE CONTACTO

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA

Ana Teresa Gouveia, Técnica Superior de Serviço Social, Departamento de Desenvolvimento Social

Marta Sotto-Mayor, Engenheira Civil, Directora Municipal de Habitação e Desenvolvimento Local

Paulo Agostinho, Engenheiro Químico, Director de Departamento Educação e Juventude

Pedro Gouveia, Arquitecto, Coordenador da Equipa de Projecto do Plano de Acessibilidade Pedonal

Sónia Paixão, Jurista, Directora de Departamento de Desporto

Vítor Vieira, Engenheiro Civil, Director de Departamento de Higiene Urbana

Sara Godinho, Arquitecta, Coordenadora da UIT – Norte,

Dulce Moura, Socióloga, Unidade de Intervenção Territorial, UIT- Centro Histórico

Helena Fonseca, Socióloga, Unidade de Intervenção Territorial, UIT – Ocidental

Paulo Vitorino, Geógrafo, Unidade de Intervenção Territorial, UIT – Oriental



O Quadro Europeu de Referência de Políticas e Estratégias de Saúde “OMS, Saúde 2020” reconhece de forma peremptória a importância do papel dos governos locais no desenvolvimento da saúde, adoptando uma abordagem transversal e intersectorial ao conjunto dos níveis governativos e dos diferentes sectores da sociedade e uma dupla perspectiva de “Políticas de Saúde Pública” e de “Saúde em Todas as Políticas”, promovendo uma cidadania em saúde.

O Município de Lisboa, na qualidade de membro fundador da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS), assume uma agenda pró activa de diferentes políticas sectoriais que conjuntamente concorrem para a promoção da saúde e do bem-estar dos cidadãos, através do fomento de padrões de vida activa e saudável, baseados em lógicas de proximidade e de mobilidade saudável, e também na criação de um ambiente urbano e de espaços públicos de qualidade, e na melhoria das condições de acesso aos cuidados de saúde, intervindo de forma holística nos determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde.

O presente Plano de Desenvolvimento de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-Estar da Cidade de Lisboa (PDSQVBEL) corresponde à execução da “Acção 4b.2.1 – Elaborar e implementar o Plano Municipal de Saúde” do Plano de Acção do Pelouro dos Direitos Sociais (PADS).

O processo de elaboração do PDSQVBEL foi amplamente participado e realizado em estreita articulação com os diferentes pelouros e serviços municipais e com a Direcção Geral de Saúde (DGS), a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), os Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa (ACES Lx), a Escola Nacional de Saúde Pública, a Fundação Para a Saúde – SNS, com o enquadramento dado pela partilha de boas práticas emanadas da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS).

O PDSQVBEL constitui deste modo um importante instrumento de planeamento da intervenção municipal para a prevenção e promoção da saúde, qualidade de vida e bem-estar, que se pretende integrador de diferentes políticas, acções e projectos a desenvolver com os parceiros, no sentido da promoção da literacia em saúde, da obtenção de efectivos ganhos em saúde para população de Lisboa, através da construção de uma Lisboa mais saudável.

Trata-se de um instrumento “aberto” capaz de enquadrar novos projectos provenientes das comunidades que serão aprovados, anualmente, conjuntamente com o Relatório Anual de Monitorização e Avaliação.

*João Carlos Afonso
Vereador dos Direitos Sociais*

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO	1
II – O PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR DA CIDADE DE LISBOA (PDSQVBEL)	5
III – METODOLOGIA	6
IV – O PERFIL MUNICIPAL DE SAÚDE DE LISBOA	
IV.1 – Quem somos?	11
IV.2 – Como vivemos?	46
IV.3 – Que saúde temos, de que sofremos e morremos?	63
IV.4 – Que meios e recursos temos?	81
V – EIXOS ESTRATÉGICOS PARA O PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR (PDSQVBEL)	
V.1 – Vida Activa	89
V.2 – Vulnerabilidades	89
V.3 – Cidade em envelhecimento	90
V.4 – Acesso a cuidados de saúde de qualidade	90
V.5 – Políticas no ciclo de vida	90
VI – NOTA FINAL	91
FICHA POR EIXO ESTRATÉGICO	
Vida Activa	I
Vulnerabilidades	II
Cidade em envelhecimento	III
Acesso a cuidados de saúde de qualidade	IV
Políticas no ciclo de vida	V
O PDSQVBEL E OS PROGRAMAS E PROJECTOS EM CURSO - ARTICULAÇÃO INTER-PELOUROS CML	
BIBLIOGRAFIA	

I – INTRODUÇÃO

[...] Uma cidade saudável é aquela que está continuamente a criar e a desenvolver os seus ambientes físico e social, e a expandir os recursos comunitários que permitem às pessoas apoiarem-se mutuamente nas várias dimensões da sua vida e no desenvolvimento do seu potencial máximo. [...]

G. Goldstein, I. Kickbusch (1996)

Em Fevereiro de 2015 foi dado por concluído o Volume I do então designado Plano de Desenvolvimento de Saúde e Qualidade de Vida de Lisboa (PDSQVL), hoje reconhecido como Plano de Desenvolvimento de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-Estar da Cidade de Lisboa (PDSQVBEL)¹.

Aquele primeiro volume correspondeu ao Perfil Municipal de Saúde da Cidade de Lisboa, que constituiu uma primeira fase de caracterização e quantificação da situação existente, relativamente aos determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde, descrevendo de forma objectiva e quantificada a prevalência das principais patologias, com realce para alguns grupos e territórios mais vulneráveis na cidade de Lisboa.

Entre Maio e Julho de 2015, com base nas temáticas e problemas identificados, e segundo os eixos de intervenção da matriz preliminar, sugerida para o Plano, foram então realizados 4 workshops com o objectivo de debater, enriquecer e confirmar, ou eventualmente alterar, esses mesmos Eixos de Intervenção Estratégica do subsequente PDSQVBEL:

- I Vida Activa (28 de Maio 2015)
- II Vulnerabilidades (18 de Junho de 2015)
- III Cidade em Envelhecimento (4 de Junho de 2015)
- IV Políticas no Ciclo de Vida (3 de Julho de 2015)

Em simultâneo com a análise das conclusões dos 4 workshops, foi entretanto elaborado o II Diagnóstico Social de Lisboa 2015-2016, cuja Sinopse foi aprovada em Sessão Plenária do Conselho Local de Acção Social (CLAS-Lx) em 14 de Julho de 2016.

Para além de permitir estabelecer o conteúdo do novo Plano de Desenvolvimento Social 2016-2019, o II Diagnóstico Social de Lisboa veio aprofundar alguns dos temas já abordadas no Perfil Municipal de Saúde, assim como alargou a análise a outras temáticas, contribuindo para um maior e melhor conhecimento e avaliação das medidas e acções eventualmente a definir no PDSQVBEL.

O Diagnóstico Social, parte integrante do processo de intervenção social, é um instrumento fundamental para a identificação dos problemas, necessidades, carências, prioridades, constrangimentos, meios e recursos de natureza social.

Em 23 de Junho de 2017, foi apresentado publicamente o Atlas Social de Lisboa, documento que complementa o Diagnóstico Social e constitui um retrato abrangente de caracterização e análise estatística sobre as realidades sociais do Município, fornecendo informação detalhada e georreferenciada sobre as variáveis e os indicadores sociais e económicos de maior relevância.

Estes três documentos, o Perfil Municipal de Saúde, o Diagnóstico Social de Lisboa e o Atlas Social de Lisboa contribuíram assim para o Referencial de Enquadramento da elaboração do PDSQVBEL.

¹ *“...a expressão de qualidade de vida está hoje muito banalizada, sem que a essa difusão semântica corresponda um razoável entendimento comum sobre o conceito. Daí muitos autores terem procurado novos conceitos mais precisos, porque menos erodidos: bem-estar é um deles. A qualidade de vida e o bem-estar podem ser traduzidos através da ponderação de um conjunto mais ou menos alargado de variáveis, em que não podem faltar o emprego, a habitação, o acesso à educação, à saúde, à cultura e às práticas dos tempos livres.” - GASPAR, Jorge; Cidade, Saúde e urbanização: apontamentos e notas de leitura in A Cidade e a Saúde; SANTANA, Paula (coordenadora); Edições Almedina (2007);*

A Constituição da República Portuguesa declara que “...todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover...”², e estabelece ainda que “...incumbe prioritariamente ao Estado (...) garantir o acesso de todos os cidadãos (...) aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”³ e “(...) garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde”⁴

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS), cuja extensão a 2020 foi aprovada pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde em 29 de Maio de 2015, constitui um referencial para o desenvolvimento de políticas aos vários níveis de responsabilidade, encontrando-se estruturado em 4 Eixos Estratégicos:

- (1) Cidadania em Saúde,
- (2) Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde,
- (3) Qualidade em Saúde
- (4) Políticas Saudáveis

Decorrentes do PNS, existem actualmente 11 Programas Nacionais de Saúde Prioritários⁵, estabelecendo objectivos e metas quantificadas e concretas, no contexto de diversas patologias específicas, cuja prevalência é maior no nosso país.



² Constituição da República Portuguesa , art. 64.º, nº1

³ Constituição da República Portuguesa, art 64º, nº 3, alínea a)

⁴ Ibidem, art 64º, nº 3, alínea b)

⁵ Despacho do SEAMS n.º 6401/2016 de 16 de Maio.

Ao nível regional, o Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2013-2016 (PRSLVT) da responsabilidade da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT), assim como os Planos Locais de Saúde (PLS) elaborados por cada Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa (ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, ACES Lisboa Central e ACES Lisboa Norte), estão alinhados com os objectivos e metas nacionais, e contribuem, de forma articulada, para o seu cumprimento.

Ao nível municipal, compete ao Poder Local promover o bem-estar dos seus cidadãos e garantir iguais oportunidades de acesso aos recursos municipais.

A Lei n.º 75/2013, de 12 de Setembro estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as autarquias locais, especificando no artº 33º, nº1, alínea u) a competência do município em “Apoiar actividades de natureza social, cultural, educativa, desportiva, recreativa ou outra de interesse para o município, incluindo aquelas que contribuam para a promoção da saúde e prevenção das doenças;”.

São ainda competências locais consignadas no DL 30/2015 de 12 de Fevereiro (artº 9º), a definição da Estratégia Municipal de Saúde, devidamente enquadrada no PNS, e a execução de intervenções de apoio domiciliário, de apoio social a dependentes e de iniciativas de prevenção da doença e promoção da saúde também no âmbito do PNS, para o que poderão ser celebrados acordos com IPSS.

O município participa ainda no Conselho da Comunidade ao qual preside, órgão de administração e fiscalização dos ACES, a que compete nomeadamente propor acções de educação e promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelos ACES em parceria com os municípios e demais instituições representadas no Conselho da Comunidade, assim como dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado.

Assim, o Município de Lisboa, através da acção de diversos Pelouros, tem progressivamente vindo a intervir para a promoção da saúde e para a adopção de estilos de vida mais saudáveis por parte da população, em articulação, parceria e cooperação com as autoridades de saúde e outros intervenientes institucionais ou com a sociedade civil organizada.

O Quadro Europeu de Referência de Políticas e Estratégias de Saúde “Saúde 2020” reconhece de forma peremptória a importância do papel dos governos locais no desenvolvimento da saúde, adoptando uma abordagem transversal ao conjunto dos níveis governativos e dos diferentes sectores da sociedade.

Artigo 9.º

Saúde

No domínio da saúde, são delegáveis nos órgãos dos municípios e das entidades intermunicipais as seguintes competências:

a) No âmbito das políticas de saúde:

i) Definição da Estratégia Municipal e Intermunicipal de Saúde, devidamente enquadrada no Plano Nacional de Saúde;

ii) Gestão dos espaços e definição dos períodos de funcionamento e cobertura assistencial, incluindo o alargamento dos horários de funcionamento das unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), no cumprimento das obrigações e limites legalmente estabelecidos;

iii) Execução de intervenções de apoio domiciliário, de apoio social a dependentes, e de iniciativas de prevenção da doença e promoção da saúde, no âmbito do Plano Nacional de Saúde;

iv) Celebração de acordos com instituições particulares de solidariedade social para intervenções de apoio domiciliário, de apoio social a dependentes, e de iniciativas de prevenção da doença e promoção da saúde, no âmbito do Plano Nacional de Saúde;

No Município de Lisboa, podem identificar-se vários níveis de intervenção na área da saúde e da sua promoção, como sejam:

- o diagnóstico e planeamento das redes de equipamentos e serviços de saúde, de que a Carta de Equipamentos de Saúde é um dos instrumentos fundamentais;
- a participação e intercâmbio de boas práticas em redes nacionais e internacionais de cidades, como é o caso da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis;
- a sensibilização e capacitação de grupos populacionais específicos para a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis;
- a identificação de factores de risco e de prevenção das doenças;
- o aprofundamento do conhecimento sobre o estado de saúde da população, em parcerias, encontros científicos, apoio a actividades de rastreio e detecção precoce de patologias, elaboração de manuais e guias de recursos;
- a operacionalização e dinamização dos Conselhos da Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde da cidade de Lisboa (ACES).

A disponibilização da informação e a sua partilha entre as várias instâncias e níveis de decisão, assegurando uma articulação entre parceiros, configura de forma informal uma Plataforma Colaborativa.



II - O PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR DA CIDADE DE LISBOA (PDSQVBEL)

O Movimento Cidades Saudáveis foi criado para operacionalizar os fundamentos da promoção da saúde no contexto local, dando origem à Rede de Cidades Saudáveis em 1995.

Neste enquadramento foi criada em 1996 a Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis, da qual o município de Lisboa foi membro fundador, sendo esta Rede, actualmente designada por Rede Portuguesa dos Municípios Saudáveis, constituída por 45 municípios.

No contexto das competências municipais na promoção da saúde e no âmbito da participação do Município de Lisboa nesta Rede, parceira da Organização Mundial da Saúde (OMS-Regional Office Europe), é da responsabilidade do município, a elaboração de um “Perfil Municipal de Saúde” e de um “Plano de Desenvolvimento de Saúde”, instrumentos que têm como objectivos a promoção da saúde e do bem-estar dos munícipes, articulando acções enquadradas por diversas políticas e pelouros municipais, segundo uma metodologia estratégica de intervenção baseada nos seguintes princípios:

- **equidade,**
eliminando as diferenças evitáveis e injustas que restringem as oportunidades e o direito ao bem-estar e condições de saúde de toda a população;
- **sustentabilidade,**
garantindo a articulação institucional e meios de sustentação económico-financeira;
- **cooperação intersectorial,**
assegurando a articulação de saberes e experiências, criando e tirando partido de sinergias que visem a maior eficácia e eficiência na persecução dos objectivos do desenvolvimento e inclusão social;
- **solidariedade,**
promovendo a participação da sociedade na assunção de responsabilidades e encargos.

O Plano de Desenvolvimento de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-estar da Cidade de Lisboa (PDSQVBEL) é um instrumento de definição e execução de políticas, projectos e acções relacionadas com a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida urbana e a prevenção das doenças na cidade de Lisboa.

Este documento inscreve-se no Plano de Acção dos Direitos Sociais (PADS) 2014-2017, no domínio da “Participação”, em que foi estabelecida a área temática “Qualidade de Vida e Saúde”, englobando dois objectivos estratégicos e operacionais: (a) “Promover estilos de vida saudáveis” e (b) “Reforçar e consolidar as respostas no domínio da saúde”.

O Volume I do PDSQVBEL corresponde ao Perfil Municipal de Saúde de Lisboa⁶ e constituiu uma primeira fase de caracterização e quantificação da situação existente relativamente aos determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde e descreve de forma objectiva e quantificada a prevalência das principais patologias.

⁶ <http://lisboasolidaria.cm-lisboa.pt/documentos/1443532683B5fMF6um6Ap74HT0.pdf>

III – METODOLOGIA

Para identificar as áreas em que se torna necessário intervir, o Perfil Municipal de Saúde de Lisboa procura dar resposta a uma conjunto de interrogações sobre as questões de quem somos, como vivemos, que saúde e doenças temos e de que morremos, e ainda que meios e recursos temos.



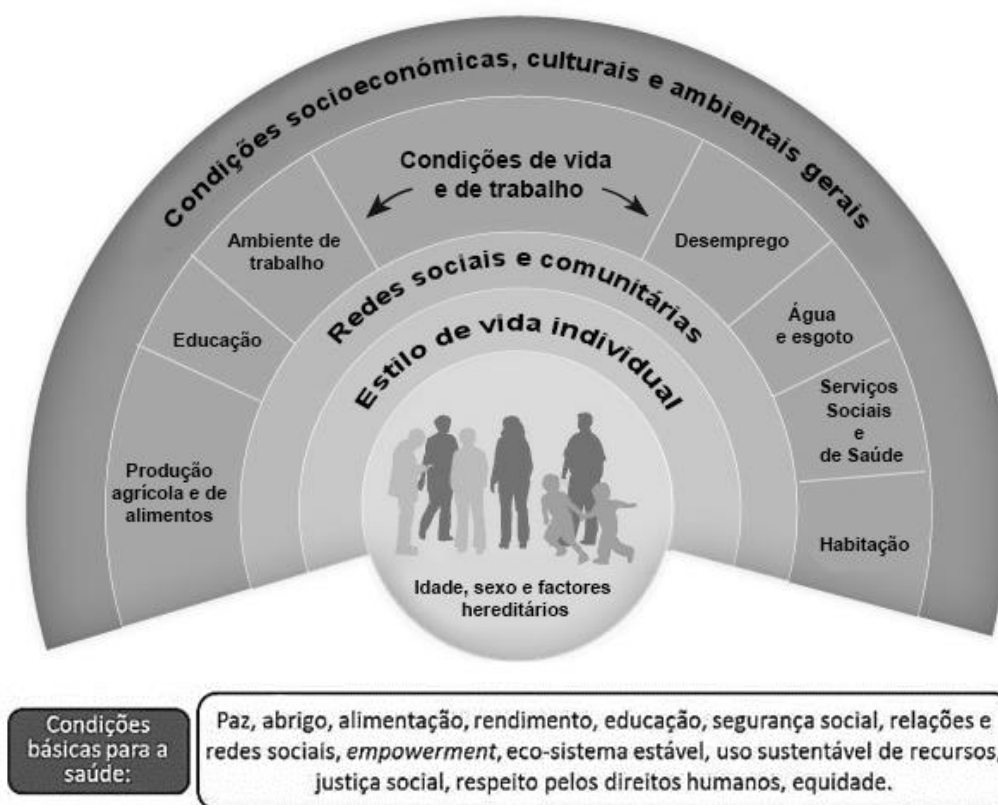
Esta informação é fundamental para a definição de políticas e acções, que visem a melhoria do bem-estar e a adopção de comportamentos mais saudáveis, o que constituirá o Plano de Desenvolvimento de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-estar de Lisboa.

As diferenças e as desigualdades no estado de saúde da população, quer individualmente quer em grupo, são uma evidência. O estado de saúde difere entre indivíduos jovens e indivíduos idosos, ou entre homens e mulheres, pois há desigualdades próprias de cada idade ou sexo. Estas são as diferenças consideradas naturais.

Mas outras diferenças e desigualdades são originadas por factores exteriores ao indivíduo e afectam-no, individualmente ou em grupo, independentemente da idade e do género. As condições socioeconómicas, de habitação e de trabalho, o ambiente e o contexto cultural determinam desigualdades injustas e inaceitáveis que se repercutem no estado de saúde, no acesso aos cuidados de saúde, na esperança de vida, etc.

Às condições sociais e económicas, incluindo as condições culturais e ambientais, que influenciam o estado de saúde, é dada a designação de “Determinantes Sociais de Saúde”, enquanto as desigualdades por si geradas se traduzem em “iniquidades”.

O Perfil Municipal de Saúde pretendeu portanto identificar as situações mais marcantes associadas aos determinantes ambientais, sociais e económicos da saúde, incluindo informação sobre as condições do habitat urbano, sobre os comportamentos e os estilos de vida, bem como sobre os ambientes físico, social e económico que sejam susceptíveis de causar a incidência das doenças.



Modelo dos Determinantes de Saúde - adaptado de Dahlgren G, Whitehead M (1991); *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*

A elaboração do Perfil Municipal de Saúde de Lisboa é também um exercício de desenho de uma Matriz Estratégica para o Plano de Desenvolvimento de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-estar de Lisboa, que contém acções e projectos concertados e dirigidos sobretudo aos determinantes sociais de saúde, com o objectivo de actuar na criação de condições facilitadoras da obtenção de ganhos em saúde para a população da cidade.

No âmbito do Perfil Municipal de Saúde da cidade de Lisboa, consideraram-se as seguintes dimensões, relacionadas com os determinantes de saúde e com os contextos promotores de vida saudável em que se exerce o leque de competências do Município de Lisboa:

- Território;
- Demografia;
- Parque Habitacional;
- Socio economia;
- Ambiente;
- Exercício Físico e Desporto;
- Mobilidade e Transportes;
- Qualidade de Vida

O Perfil de Saúde procedeu ainda à análise dos equipamentos e respostas de saúde existentes, descreveu e avaliou o estado de saúde da população, traçando um retrato objectivo sobre a incidência da doença nos residentes, incluindo informação quantitativa e estruturada sobre a morte e a doença, funcionando como uma fonte de informação epidemiológica sobre a cidade.

O processo de elaboração do Perfil Municipal de Saúde de Lisboa desenvolveu-se com o envolvimento dos diferentes serviços camarários, em articulação com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e os Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa (ACES), com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Fundação para a Saúde – SNS.



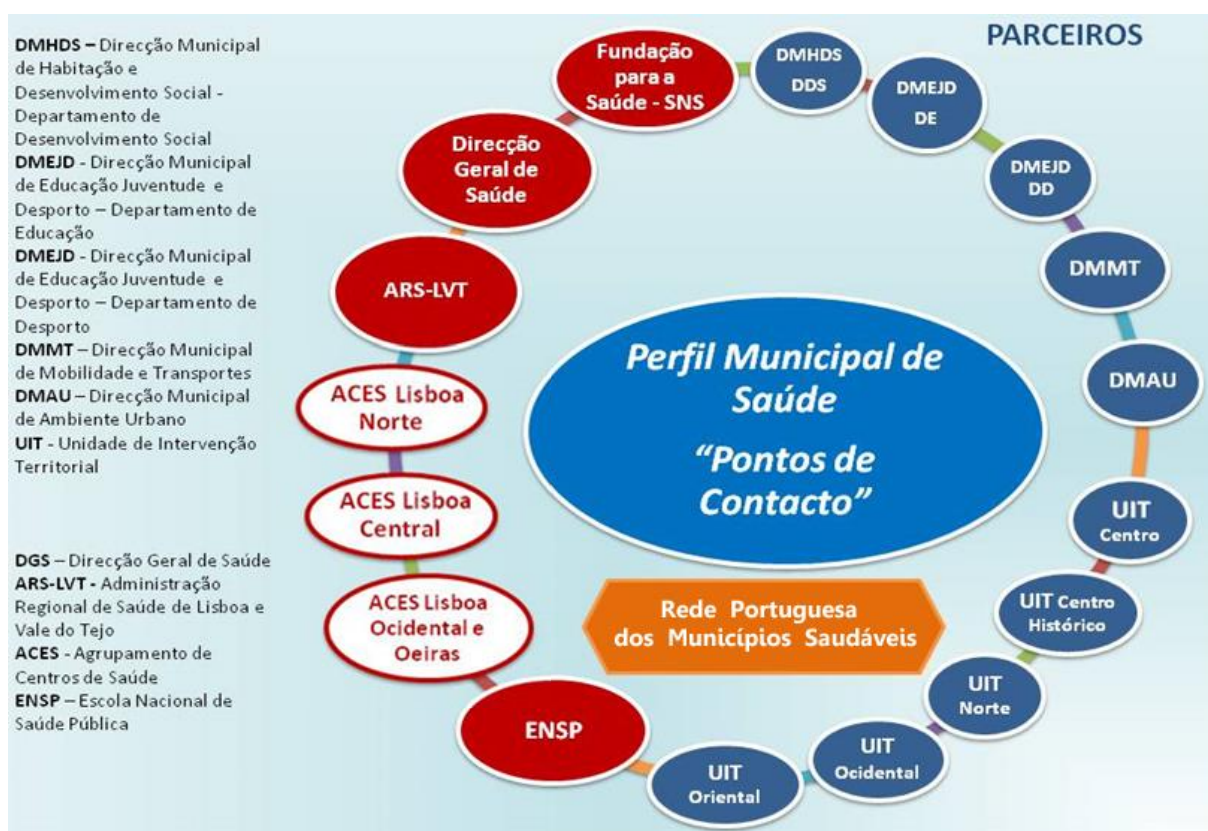
Numa primeira fase, a ARSLVT realizou uma primeira abordagem denominada “Retrato da Saúde em Lisboa: Contributo para um Perfil da Saúde da Cidade”⁷, que contemplou a análise da situação demográfica, os determinantes de saúde ambientais, sociais, biológicos, comportamentais, estilos de vida e o estado de saúde, nas suas componentes de morbilidade e mortalidade.

Foi nesta medida recolhida a informação disponível, mesmo que nalguns indicadores a referência seja à escala supra municipal, e posteriormente incorporada no Perfil Municipal de Saúde de Lisboa, que constitui o Volume I do PDSQVBEL.

⁷ “Retrato da Saúde em Lisboa: Contributo para um Perfil da Saúde da Cidade”; ARS-LVT, Junho 2013
http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/76/Sum_rio_Executivo_vers_o_final.pdf

Paralelamente, através dos ACES e dos seus Diagnósticos, realizados tendo em vista os respectivos Planos Locais de Saúde, recolheram-se então informações mais detalhadas e associadas ao território de cada um dos agrupamentos, numa tentativa de identificação da distribuição territorial das diferentes problemáticas.

Para além da colaboração dos representantes da ARSLVT, dos ACES, da ENSP e da Fundação para a Saúde–SNS, o Grupo de Trabalho, constituído para o efeito⁸, desenvolveu a tarefa com interlocutores privilegiados, representantes da estrutura interna da CML, tendo sido dada a cada um destes representantes a designação de Ponto de Contacto.



Também a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis esteve sempre presente nesta forma de funcionamento, fornecendo as orientações para a estruturação do documento de forma a permitir a análise comparativa entre os municípios membros da Rede.

⁸ Despacho 15/GVHR/2012, de 29 de Novembro

Tal como foi já referido, o PDSQVBEL fundamenta-se não só na informação e diagnóstico constantes do Perfil Municipal de Saúde e dos subsequentes *Workshops*, como na informação disponibilizada através do II Diagnóstico Social de Lisboa 2015-2016 (2017)⁹ e do Atlas Social de Lisboa¹⁰.

Também o Projecto Euro-Healthy¹¹ contribuiu para o estabelecimento de objectivos, identificação de acções e construção de projectos a integrar o PDSQVBEL.

O Projecto Euro-Healthy tem na sua base a construção de um índice multidimensional que permite avaliar a saúde populacional a várias escalas geográficas: regiões dos 28 países da EU e 10 áreas metropolitanas, incluindo a Área Metropolitana de Lisboa e dois casos de estudo: os Municípios de Lisboa e Turim.

No caso de estudo de Lisboa, foi tido em consideração todo o trabalho de investigação desenvolvido, nomeadamente a sistematização de todos os instrumentos de cariz municipal que contêm políticas promotoras de saúde com impacto na redução das desigualdades.



É de realçar que o Índice de Saúde da População (INES)¹² considera a saúde como resultado da interacção de múltiplos determinantes (demográfico, ambiental, social, económico, etc.), resultados em saúde e respectivas políticas públicas.

⁹ http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/VIVER/Desenvolvimento_Social/DIAGNOSTICO_SOCIAL_versao_final_JANEIRO-2017_11_01_2017.pdf

¹⁰ <https://cml.maps.arcgis.com/apps/Cascade/index.html?appid=e63936cfadce405b805d7beded9543f0>

¹¹ Projecto coordenado pela Prof.ª Dr.ª Paula Santana da Faculdade de Letras de Coimbra em colaboração com o Instituto Superior Técnico, através do Prof. Paulo Correia, e com o Município de Lisboa.

¹² O INES é uma medida compreensiva, holística e multidimensional, que incorpora duas grandes componentes de avaliação da saúde da população: os **Resultados em Saúde** e os **Determinantes da Saúde**.

Estas componentes integram **6 dimensões** (duas de Resultados em Saúde e quatro de Determinantes da Saúde) que correspondem a grandes áreas de preocupação para a saúde da população e a áreas de intervenção política com potenciais impactos na saúde da população.

As dimensões agregam **43 critérios de avaliação**, nos quais a saúde da população é avaliada (ver Estrutura).

A estes critérios estão associados **45 indicadores de desempenho**, que descrevem o desempenho dos municípios em cada critério.

IV – O PERFIL MUNICIPAL DE SAÚDE DE LISBOA

IV.1 - Quem somos?

População residente e utilizadora da cidade

A cidade de Lisboa é não só a população que nela reside, mas também a população utilizadora diária da cidade, que nela estuda e trabalha, circula e consome todo um vasto conjunto de bens e serviços, assim como quem a visita.

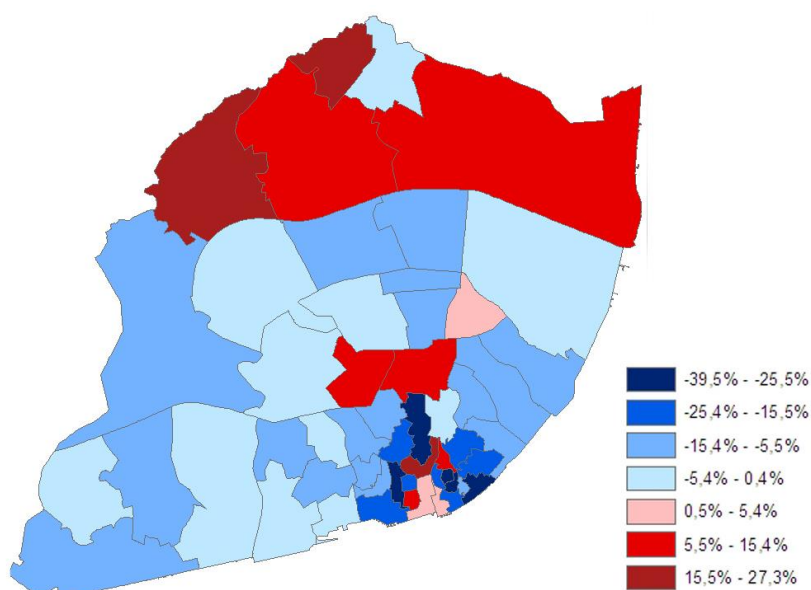
A cidade de Lisboa vê diariamente o número dos seus utilizadores crescer dos cerca de 553 mil residentes¹³ para as mais de 930 mil pessoas, fruto dos movimentos pendulares casa-trabalho e casa-escola, superior cerca de 10 vezes ao movimento inverso dos que saem diariamente do concelho.

	Indivíduos
Lisboa Região	2.821.876
Lisboa Cidade	
População residente	552.700
Nº de pessoas que diariamente entram na cidade para estudar e trabalhar	425.747
Nº de pessoas que diariamente saem da cidade para estudar e trabalhar	-47.521
População pendular - Saldo (Entradas - Saídas)	378.226
População residente + população pendular	930.926

Fonte: INE, I.P., Censos 2011 - Resultados definitivos, Ano: 2011 – CAOP 2013

Da análise da taxa de variação da população residente por freguesia entre 2001 e 2011 verifica-se uma tendência de retorno ao centro e ao centro histórico de Lisboa, nomeadamente nas freguesias de Avenidas Novas, Santa Maria Maior, Misericórdia e Arroios, que viram a sua população então acrescida, com casais jovens e populações imigrantes que se instalaram em edifícios relativamente degradados e por isso com preços mais acessíveis.

Variação da população residente por freguesia, Lisboa, 2001-2011 (53 freguesias)

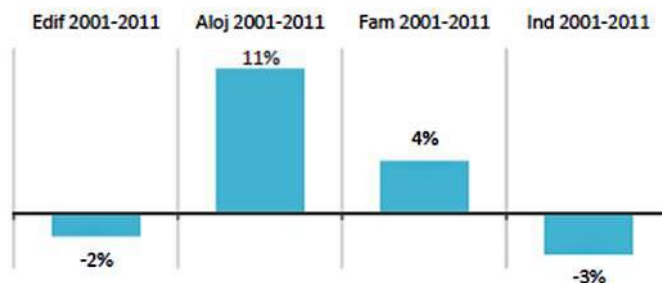


Fonte: Censos Lisboa 2011; INE, I.P., Censos 2011

¹³ Censos 2011 segundo a CAOP 2013 – 24 freguesias

Quanto à população residente em Lisboa, entre 2001 e 2011, apesar de ainda se ter verificado uma diminuição do seu número, esta diminuição foi de apenas 3%. Paralelamente a cidade viu crescer o número de famílias em cerca de 4%.

Variação do número de Edifícios, Alojamentos, Famílias e População Residente (%), Lisboa, 2001-2011



Fonte: Censos Lisboa 2011; INE, I.P., Censos 2011

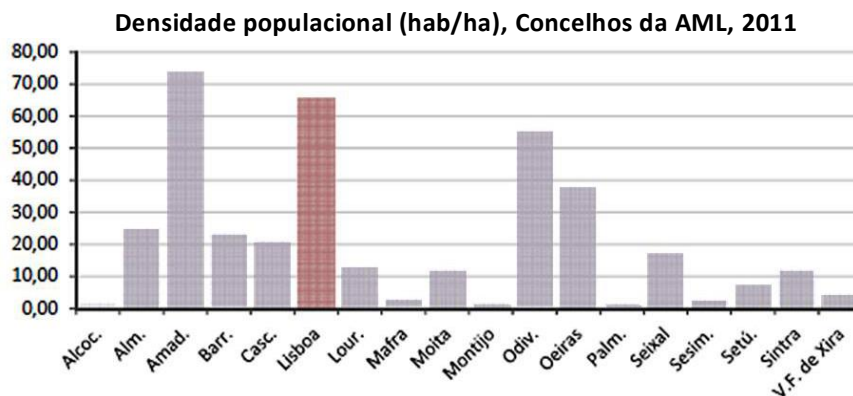
Entretanto verifica-se um fenómeno recente de expansão do alojamento local, que contribui para uma população flutuante, a ocupar espaços devolutos reabilitados para o turismo ou a oferta de quartos em fogos ocupados, protagonizando um processo de “turistificação” da cidade, a exigir a criação de novas políticas de arrendamento, como é exemplo o Programa Renda Acessível¹⁴.

Em 2015, Lisboa dispunha já de mais de 3 300 Alojamentos Locais, sendo mais de metade (52%) no Centro Histórico, nas freguesias de Santa Maria Maior e Misericórdia.

A forte atracção exercida pela cidade de Lisboa traduz-se numa maior carga na utilização dos equipamentos e infra-estruturas e, simultaneamente, na necessidade de dotar a cidade de condições, não só para os residentes, mas também para os que a utilizam, sendo este um dos objectivos estratégicos expressos no PDM em vigor.

Densidade populacional

A densidade populacional do concelho de Lisboa era de 65 hab /ha, sendo dos valores mais elevadas da Área Metropolitana, só suplantada pelo município da Amadora.



Fonte: CML, Censos Lisboa 2011 / INE, I.P., Censos 2011

¹⁴ www.lisboarendaaccessivel.pt

Algumas freguesias do centro histórico possuíam, no entanto, valores de densidade populacional muito superiores, como é o caso de Arroios (148 hab/ha) ou Misericórdia (117 hab/ha).

A população da cidade revelava igualmente uma diversidade associada aos diferentes grupos etários, sociais e culturais, que do ponto de vista da saúde pública apresentam características e problemáticas distintas.

Ao longo dos últimos 30 anos, Lisboa perdeu 260 204 habitantes (cerca de 1/3 da sua população).

O ritmo da perda demográfica foi decrescente: -17,9% entre 1981 e 1991

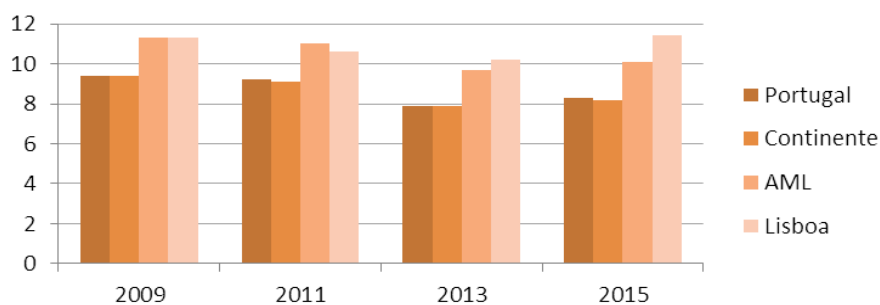
-14,9% entre 1991 e 2001

-3% entre 2001 e 2011

Natalidade e fecundidade

A taxa bruta de natalidade do Município de Lisboa manteve-se entre 2009 e 2015 acima dos 10‰, tendo atingido em 2010 e em 2015 o valor mais elevado da última década (11,4‰), valor este acima da média do Continente (8,2‰) e da AML (10,1‰).

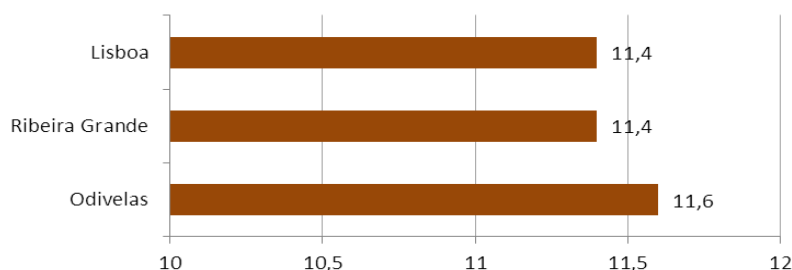
Taxa Bruta de Natalidade (‰), Portugal, Continente, AML e Lisboa, 2009 a 2015



Fonte: PORDATA

Comparando a Taxa Bruta de Natalidade em 2015, concelho a concelho, verificava-se a mesma taxa de Lisboa (11,4‰) em mais 1 concelho (Ribeira Grande na Ilha de São Miguel, na Região Autónoma dos Açores), enquanto apenas o concelho de Odivelas, com 11,6‰ apresentava uma taxa superior a Lisboa.

Taxa Bruta de Natalidade (‰), concelhos com taxa igual ou superior a Lisboa, 2015

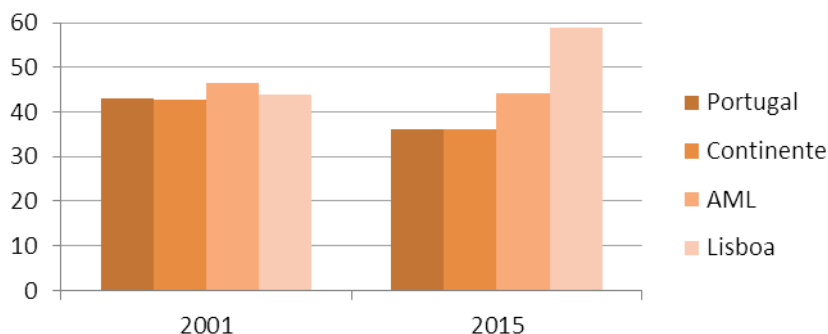


Fonte: PORDATA

- a Taxa Bruta de Natalidade da cidade de Lisboa (11,4) é superior à da Região (10,1) e à do Continente (8,2)
- a Taxa Bruta de Mortalidade da cidade de Lisboa (13,3) é superior à da Região (9,7) e à do Continente (10,5)
- apesar da Taxa Bruta de Natalidade de Lisboa ser das mais altas no país, o saldo natural é negativo, dado ser inferior à Taxa Bruta de Mortalidade

Apesar da tendência nacional de envelhecimento e da baixa natalidade, Lisboa apresentava uma Taxa de Fecundidade¹⁵ muito superior à média do Continente e da AML, para o que contribuía a população imigrante instalada na capital.

Taxa de Fecundidade (%), Portugal, Continente, AML e Lisboa, 2001 e 2015



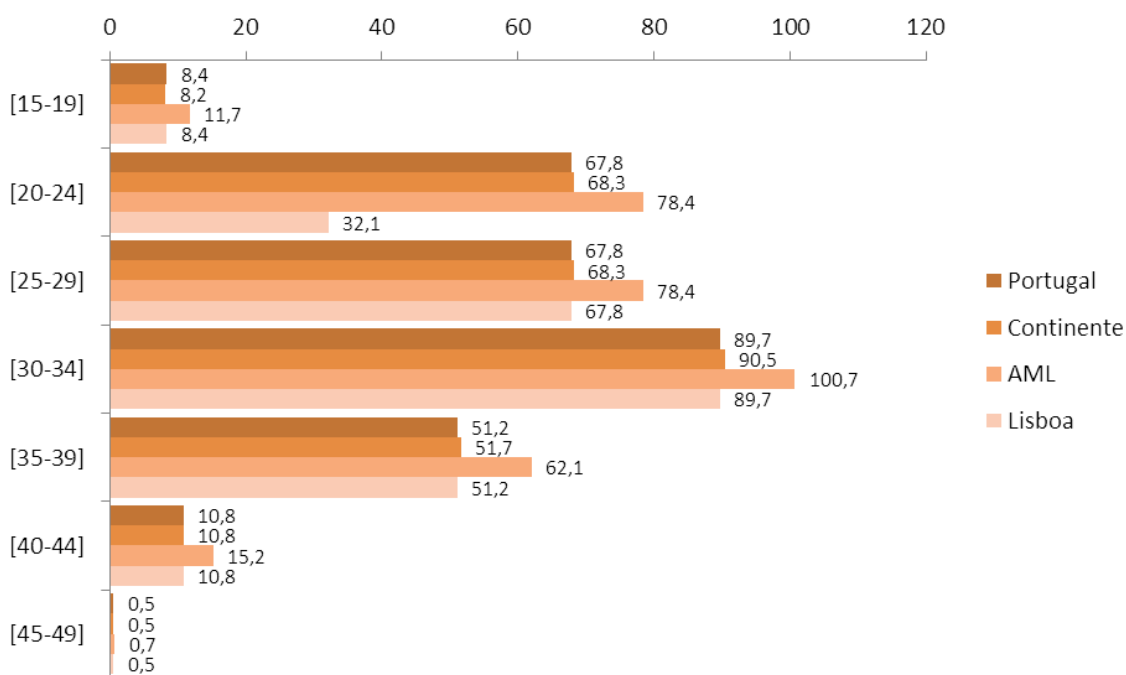
Fonte: PORDATA

Os valores mais elevados verificavam-se no grupo etário dos 30-34 anos, tanto em Lisboa como nas restantes áreas territoriais, confirmando o facto da gravidez ser cada vez mais tardia.

As pessoas tem menos filhos, cada vez mais tarde e menos do que os que desejariam ter.

A abordagem a esta questão tem de ser transversal, incluindo políticas de emprego, de habitação, de acesso a serviços, de conciliação trabalho família, de igualdade de género, de rendimentos e de fiscalidade.

Taxa de Fecundidade por grupos etários (%), Portugal, Continente, AML e Lisboa, 2015



Fonte: PORDATA

¹⁵ Número de nados-vivos por 1000 mulheres.

Famílias

Lisboa tinha em 2011, 245 894¹⁶ famílias e enquanto a população tinha diminuído suavemente, o número de famílias em Lisboa aumentara em cerca de 4%.

Este facto acompanhava as mudanças globais da sociedade em que a reorganização familiar assumia uma maior expressão em meio urbano. As famílias são cada vez mais pequenas e apresentam uma maior diversidade de tipologias.

De acordo com os censos, a dimensão média da família em Lisboa passou de 3,1 indivíduos em 1960 para 2,2 em 2011, valor que foi sempre inferior à AML, que apresentava a dimensão de 2,4 em 2011, e era ainda mais pequena do que a do continente (2,6).

Entre os dois últimos recenseamentos (2001 e 2011), o número de famílias constituídas por uma única pessoa aumentou 19%. Dessas, 42% eram constituídas por pessoas com 65 e mais anos, representando 14% do total das famílias clássicas.

Inversamente, o peso das famílias com 6 ou mais pessoas diminuiu 19%.

Ao mesmo tempo assistiu-se à redução do peso do núcleo familiar do casal com filhos, que em 2011 passou a representar menos de 50% em relação a outras formas de co-habitação, o que não pode ser dissociado do aumento do número de divórcios.

Em detrimento do peso das famílias recompostas, as famílias monoparentais, em que continuam a ser as mães a deter a guarda dos filhos (85% dos casos) ou as pessoas isoladas têm vindo a aumentar e com maior ênfase na cidade de Lisboa, confirmando o facto de ser em meio urbano que essas tipologias assumem maior expressão.

**Famílias Clássicas Unipessoais e Famílias Clássicas Unipessoais constituídas por idosos (%),
Continente, AML e Lisboa, 2001 e 2011**

	Famílias Clássicas Unipessoais		Famílias Clássicas Unipessoais constituídas por idosos	
	2001	2011	2001	2011
Continente	17,4	21,6	8,9	10,2
AML	20,8	25,6	8,7	10,3
Lisboa	30,5	35,0	14,4	14,3

Fonte: INE, IP, Censos 2011

**Núcleos Familiares de Casais com Filhos, Monoparentais e Reconstituídos (%),
Continente, AML e Lisboa (NUTS 2002), 1991 a 2011**

	Núcleos Familiares de Casais com Filhos			Núcleos Familiares Monoparentais		Núcleos Familiares Reconstituídos	
	1991	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Continente	67,59	64,42	58,36	11,30	14,77	1,50	6,55
AML	67,10	62,08	55,87	14,00	18,16	2,20	10,25
Lisboa	59,73	55,39	49,74	18,00	21,32	1,70	9,72

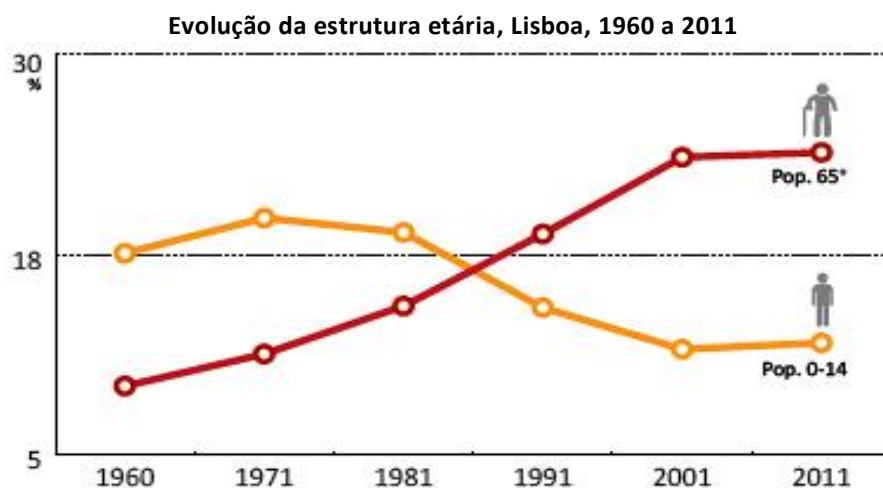
Fonte: INE, IP, Censos 2011

As famílias com crianças dependentes, em particular as famílias numerosas e as famílias monoparentais, são mais afectadas pelo risco de pobreza e risco de intensidade de pobreza elevada, o que se repercute na saúde do agregado, com maior incidência nos grupos mais vulneráveis das crianças e dos idosos.

¹⁶ INE, Censos de 2011 (NUTS 2013)

Evolução da estrutura etária

A estrutura etária da cidade de Lisboa inverteu-se, no que respeita à relação entre jovens e idosos, a partir de meados dos anos 80 do século XX, tendo o número de idosos sempre crescido para finalmente estabilizar e até apresentar uma ligeira diminuição apenas na última década (133 304 idosos em 2001 contra 130 960 em 2011).



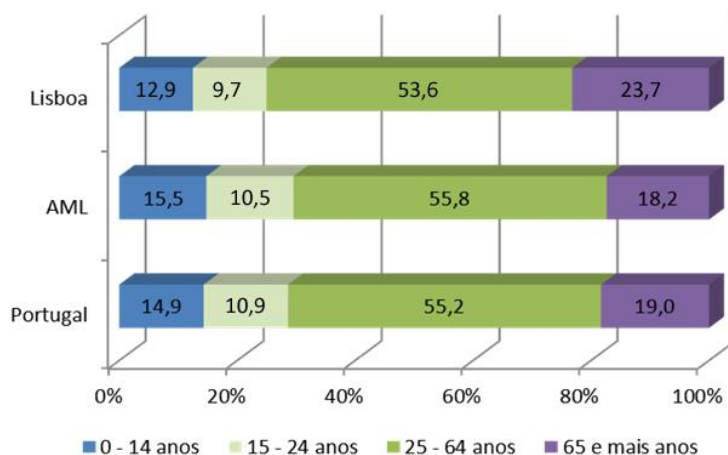
Fonte: INE, I.P., Censos 1960 a 2011

A ligeira perda de população em Lisboa de 2001 a 2011 (-3%) incide essencialmente sobre:
os jovens (15 a 24 anos) (-25%)
e idosos (65 e mais anos) (-2%)

Esta perda é atenuada pela evolução em sentido contrário das crianças:
(0 aos 14 anos) (+8%)

Comparativamente com o País e a Região, Lisboa apresentava em 2011 simultaneamente uma percentagem de idosos superior à média e uma percentagem de crianças inferior.

Estrutura etária da população, Portugal, AML e Lisboa, 2011

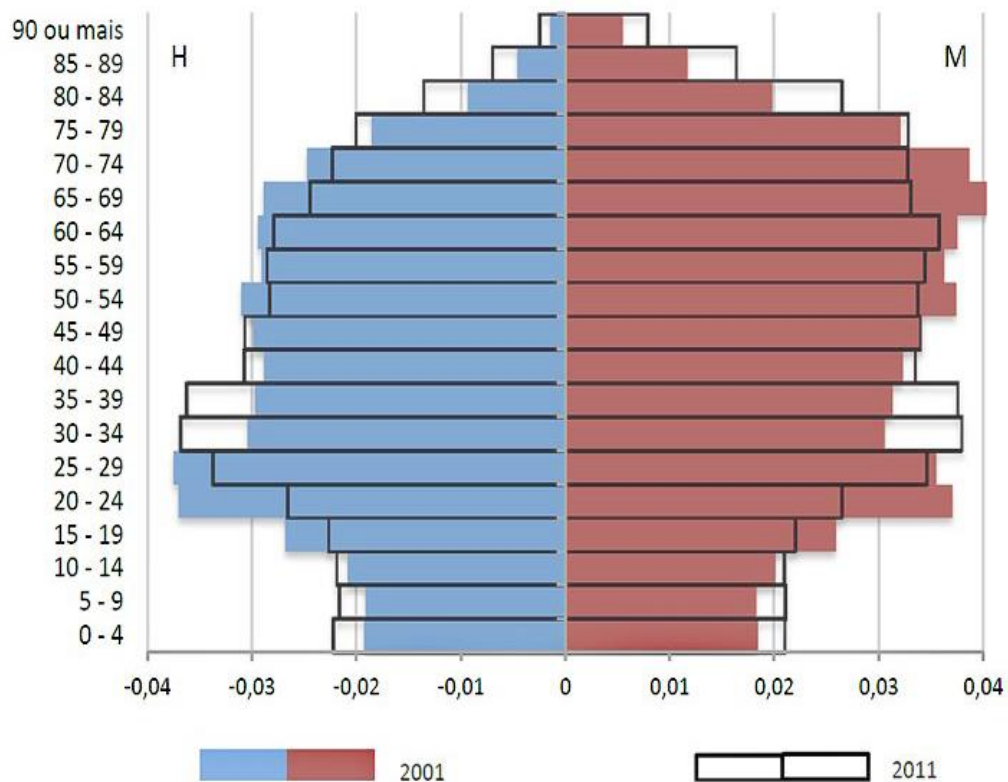


Fonte: INE, I.P., Censos 2011

Analisando as pirâmides etárias referentes a 2001 e 2011, verifica-se que houve um ligeiro incremento do peso relativo da população mais jovem (0–14 anos), um significativo aumento da população com idade compreendida entre os 30 e os 45 anos, e ainda significativos aumentos na população muito idosa, sobretudo de mulheres, entre os 80 e os 89 anos.

Outros escalões etários, como por exemplo entre os 15 e os 30 anos (maioria da população em idade activa), viram o seu peso relativo reduzido.

Pirâmide Etária, Lisboa, 2001-2011



Fonte: CML, Plano de Acessibilidade Pedonal

De 2001 a 2011: -3% indivíduos (-2,8% Homens e -3,2% Mulheres)

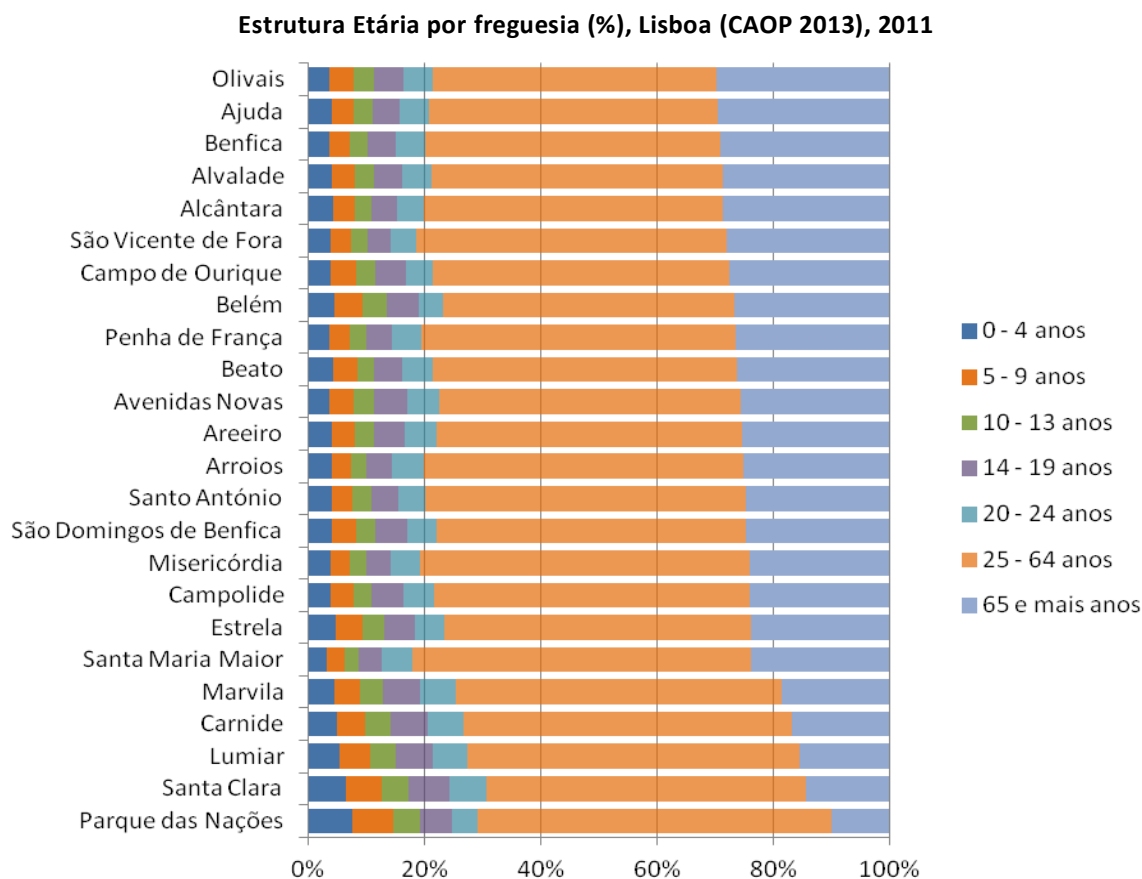
- 19% (15 aos 29 anos)
- 7% (45 aos 64 anos)
- 18% (65 aos 74 anos)

- +8% (0 aos 14 anos)
- +13% (30 aos 44 anos)
- +19% (75+)

Em 2011 a população de Lisboa era maioritariamente feminina, o que está sobretudo relacionado com o envelhecimento; o valor da relação de masculinidade era de 85 homens por cada 100 mulheres.

O fenómeno da feminização reflecte-se nos problemas de saúde e exige atenção aos tipos de respostas necessárias. A solidão e a viuvez, a que está muitas vezes associada, contribuem para as demências. Apesar de viverem menos anos, os homens vivem, em média, 60,7 anos sem limitações na sua actividade, enquanto para as mulheres a “esperança de vida sem incapacidade” é de 58,7 anos. Também na “esperança de vida sem incapacidade aos 65 anos”, as mulheres estão em desvantagem (7,9 para os homens e 6,4 para as mulheres, Eurostat, 2012).

Considerando os limites das actuais freguesias, a Estrutura Etária por freguesia revela que em 2011 as freguesias mais envelhecidas eram Olivais, Ajuda, Benfica e Alvalade, enquanto o Lumiar, Santa Clara e Parque das Nações apresentavam a maior percentagem de crianças.



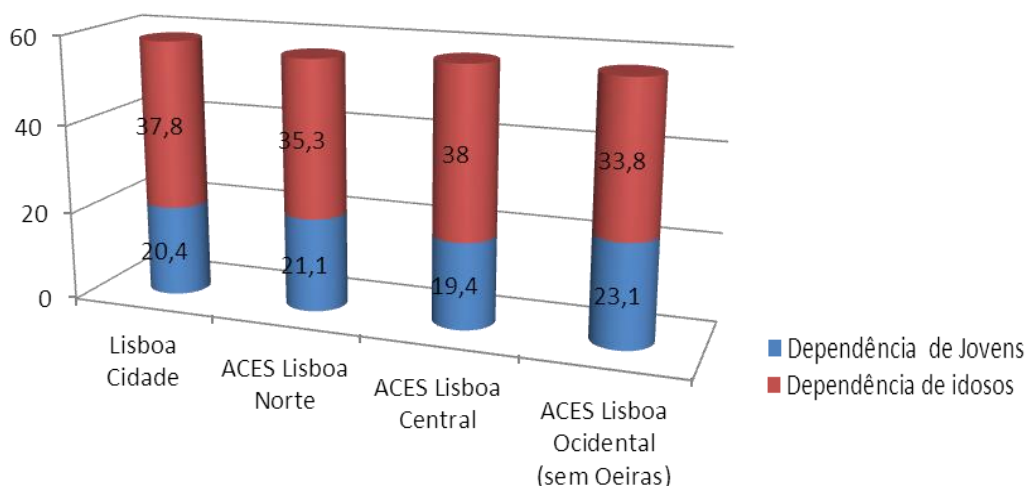
Envelhecimento

Em 2011 a população com 65 anos e mais anos a residir na cidade de Lisboa era de 130 960 habitantes, correspondendo a cerca de 24% do total de indivíduos residentes.

A proporção de indivíduos muito idosos (75 ou mais anos) no total da população era em 2001 de 10,3%, tendo passado para cerca de 13% em 2011, valores que confirmam a tendência de envelhecimento da população de Lisboa.

Vários indicadores podem ser usados para evidenciar o esforço que a sociedade exerce sobre a população em idade activa (15-64 anos), como sejam o índice de dependência de jovens¹⁷, o índice de dependência dos idosos¹⁸, ou o índice de dependência total¹⁹ que traduz a relação entre o grupo formado pela população jovem e idosa e a população em idade activa.

Índice de dependência dos idosos e dos jovens por ACES, Lisboa, 2011



Fonte: INE, I.P., Censos 2011

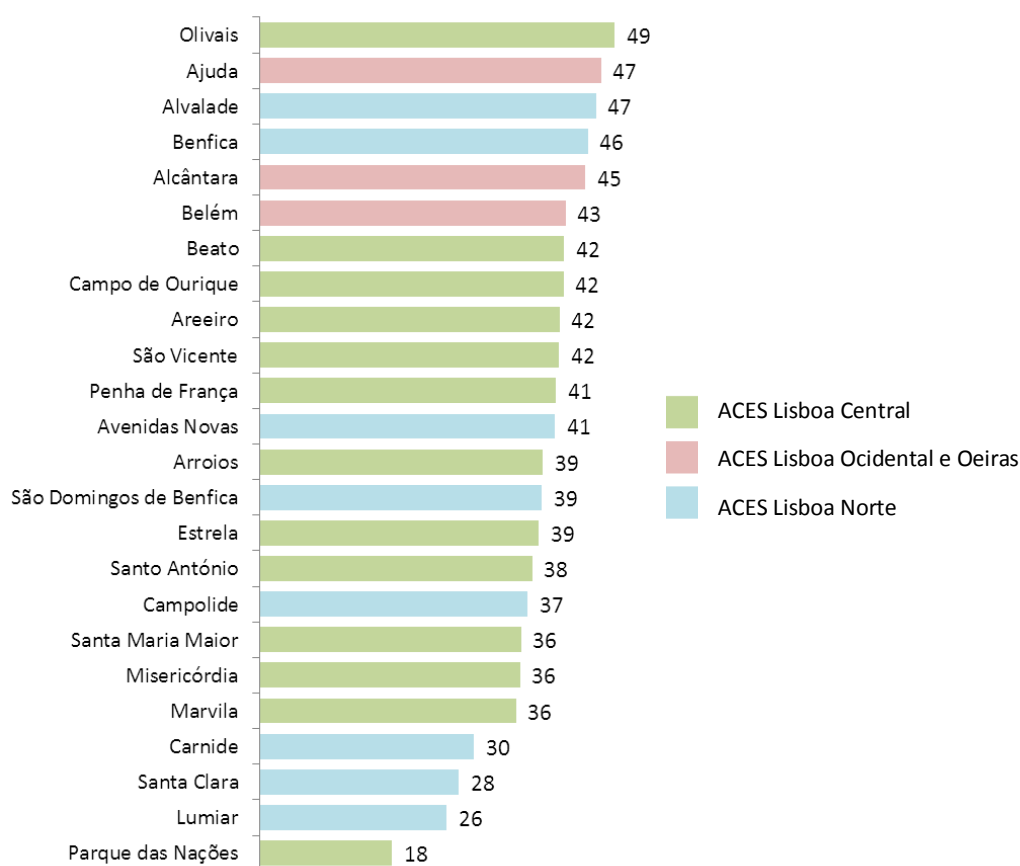
¹⁷ Relação entre a população jovem e a população activa, definida como o quociente entre o número de pessoas com menos de 15 anos e o número de pessoas dos 15 aos 64 anos.

¹⁸ Relação entre a população idosa e a população activa, definida como o quociente entre o número de pessoas com mais de 65 anos e o número de pessoas dos 15 aos 64 anos.

¹⁹ Relação entre a população jovem e idosa e a população activa, definida como o quociente entre o número de pessoas com menos de 15 anos e mais de 65 anos e o número de pessoas dos 15 aos 64 anos.

As freguesias mais envelhecidas eram Olivais, Ajuda, Benfica, Alvalade, Alcântara e Belém, o que confirma o acentuado envelhecimento verificado nos territórios dos ACES Lisboa Ocidental e ACES Lisboa Norte, e as freguesias de São Vicente, Penha de França, Beato e Avenidas Novas no ACES Lisboa Central.

Famílias Clássicas com pessoas de 65 e mais anos por freguesia (%), Lisboa (CAOP 2013), 2011



Fonte: INE, I.P., Censos 2011

Das famílias unipessoais a viverem em 2011 na cidade de Lisboa, 41,1% eram constituídas por pessoas com mais de 65 anos a viverem sós.

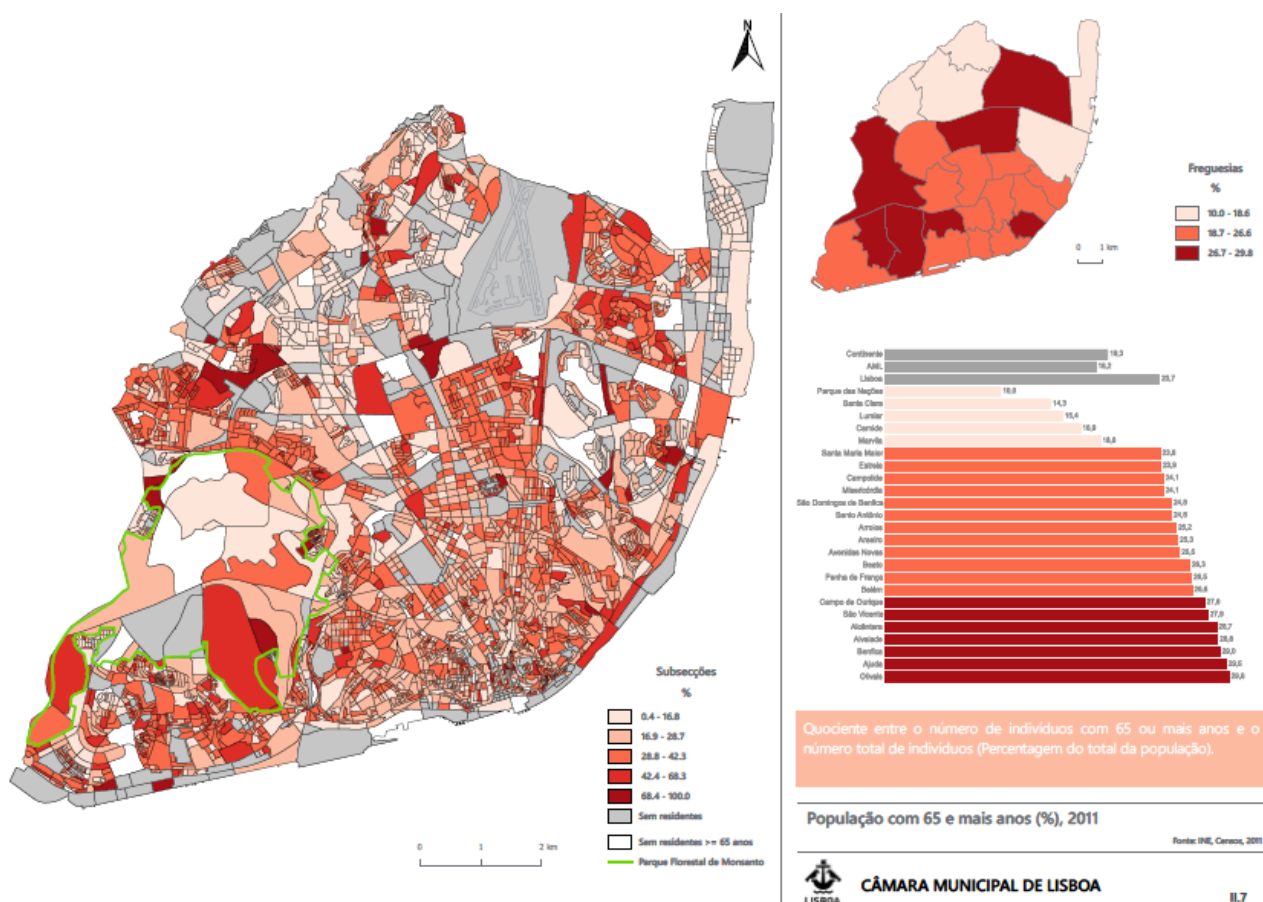
O crescente envelhecimento da população que se tem verificado reflecte-se também no número de pessoas a viverem sós:

- das 85 875 famílias unipessoais na cidade de Lisboa, 41,1% eram pessoas a viverem sós com mais de 65 anos.

Recorrendo ao Atlas Social de Lisboa²⁰ (CML, 2017) é possível conhecer e visualizar a distribuição geográfica, em 2011, da população com 65 e mais anos, a um nível ainda inferior ao da freguesia.

Esta informação, desagregada ao nível das subsecções estatísticas, revela áreas da cidade em que a concentração de idosos é mais significativa, ainda que inseridas em freguesias globalmente menos envelhecidas.

População com 65 e mais anos (%), freguesias e subsecções estatísticas, Lisboa, 2011

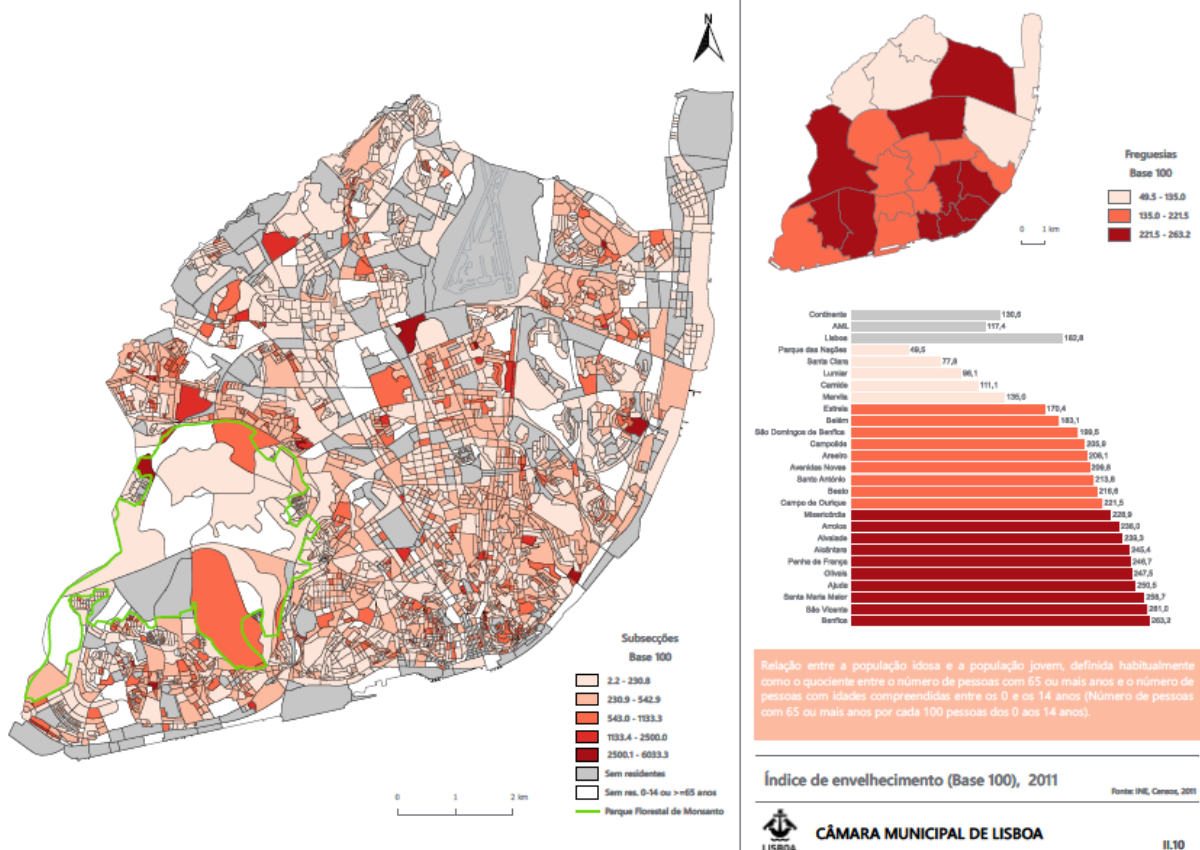


Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

De igual modo, é possível analisar a distribuição do Índice de Envelhecimento ao nível da subsecção estatística ou a população idosa que vivia só, em número ou percentagem, ao nível da freguesia.

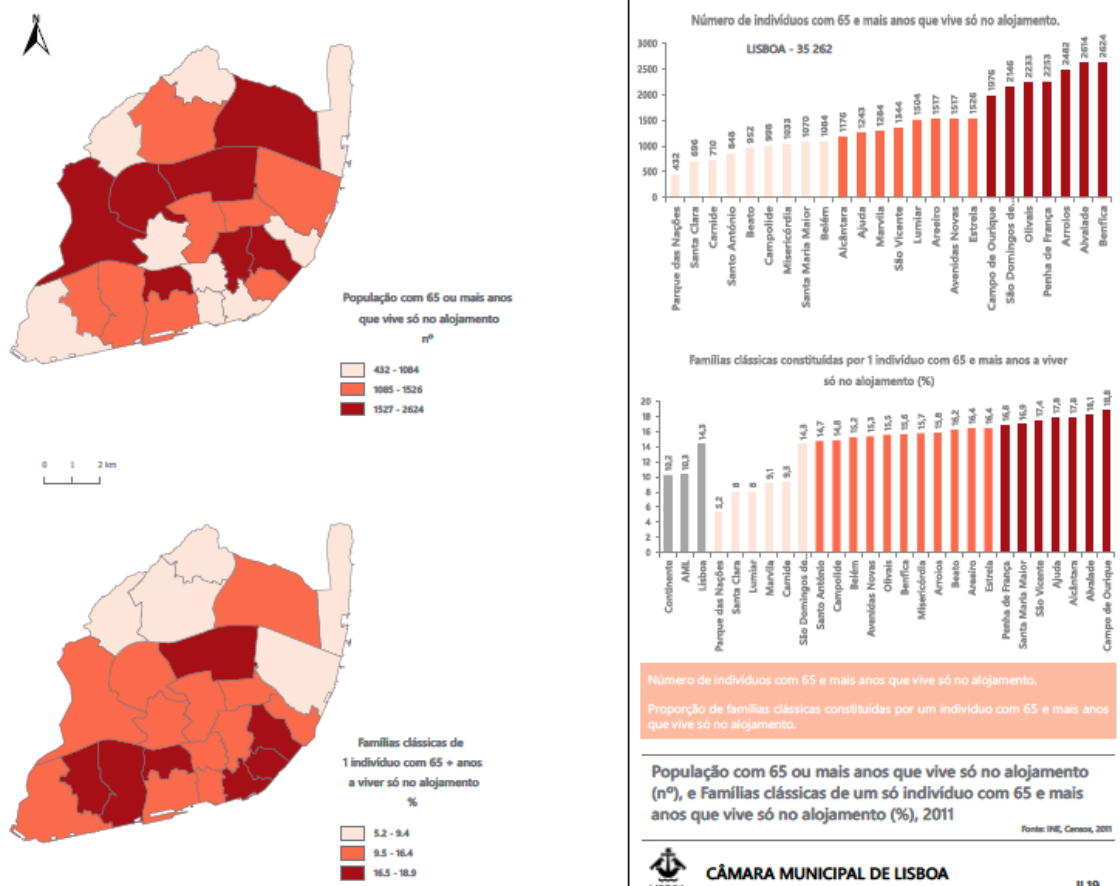
20 - <https://drive.google.com/drive/folders/0B3GLci1Vcev-YnhSWkhWc2l1WUU>

Índice de Envelhecimento (Base 100), freguesias e subsecções estatísticas, Lisboa, 2011



Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

População com 65 e mais anos que vive só no alojamento (nº) e famílias clássicas de um só indivíduo com 65 e mais anos que vive só no alojamento (%), freguesias, Lisboa, 2011



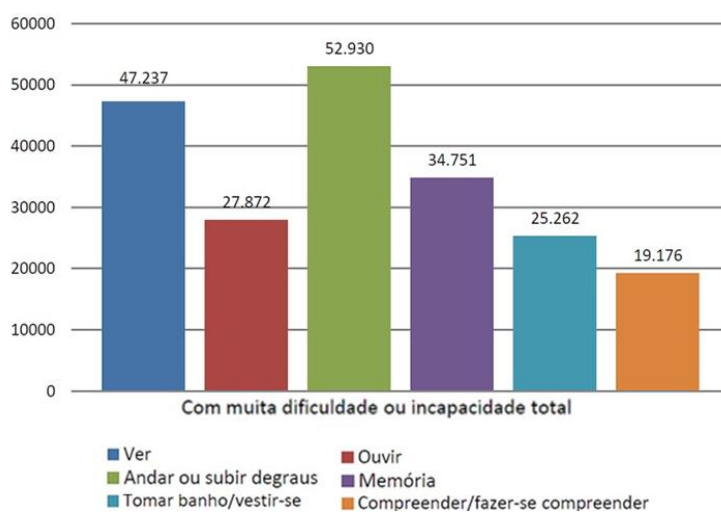
Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

Ao nível da saúde ou da sua falta, ao envelhecimento não estão apenas associadas doenças crónicas, mas também incapacidades condicionadoras de algumas das actividades diárias e da própria mobilidade.

Em Lisboa existiam 93.584²¹ pessoas que afirmavam ter pelo menos uma dificuldade na realização de algumas actividades devido a problemas de saúde, deficiência ou decorrentes do envelhecimento.

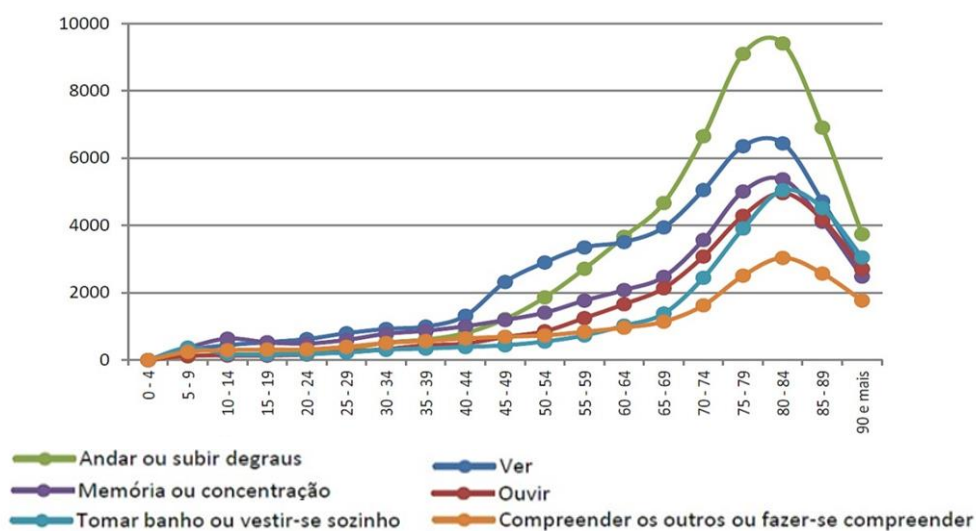
Tendo por base a população que afirma ter pelo menos uma dificuldade (93.584), verifica-se que cerca de 62% tinha 65 ou mais anos e 43% tinha 75 ou mais anos.

População com muita dificuldade ou incapacidade total para efectuar 6 tipos de acções (nº), Lisboa, 2011



Fonte: INE, I.P., Censos 2011

Incidência dos tipos de dificuldade na população por grupos etários (nº), Lisboa, 2011



Fonte: INE, I.P., Censos 2011

Todos os 6 tipos de dificuldades têm uma maior incidência nos idosos do que na população em geral, com destaque para o andar ou subir degraus.

²¹ INE, Censos 2011.

O conhecimento das características e das vulnerabilidades da população da cidade deve ter em conta não só os grupos-alvo segundo a idade (crianças, jovens, adultos, idosos), mas também os grupos sociais e as comunidades que se distinguem pela sua origem e natureza social, etnia ou condição perante o trabalho.

A taxa de prevalência de incapacidade era de 17,9%, ou seja, cerca de 1/5 (um quinto) da população residente no concelho de Lisboa sentia pelo menos uma incapacidade.

Entretanto verificava-se que em 2011 em Lisboa, apenas 25% dos edifícios tinha acessibilidade a cadeiras de rodas, valor inferior à média do Continente (29,5%) e da Grande Lisboa (26,4%).

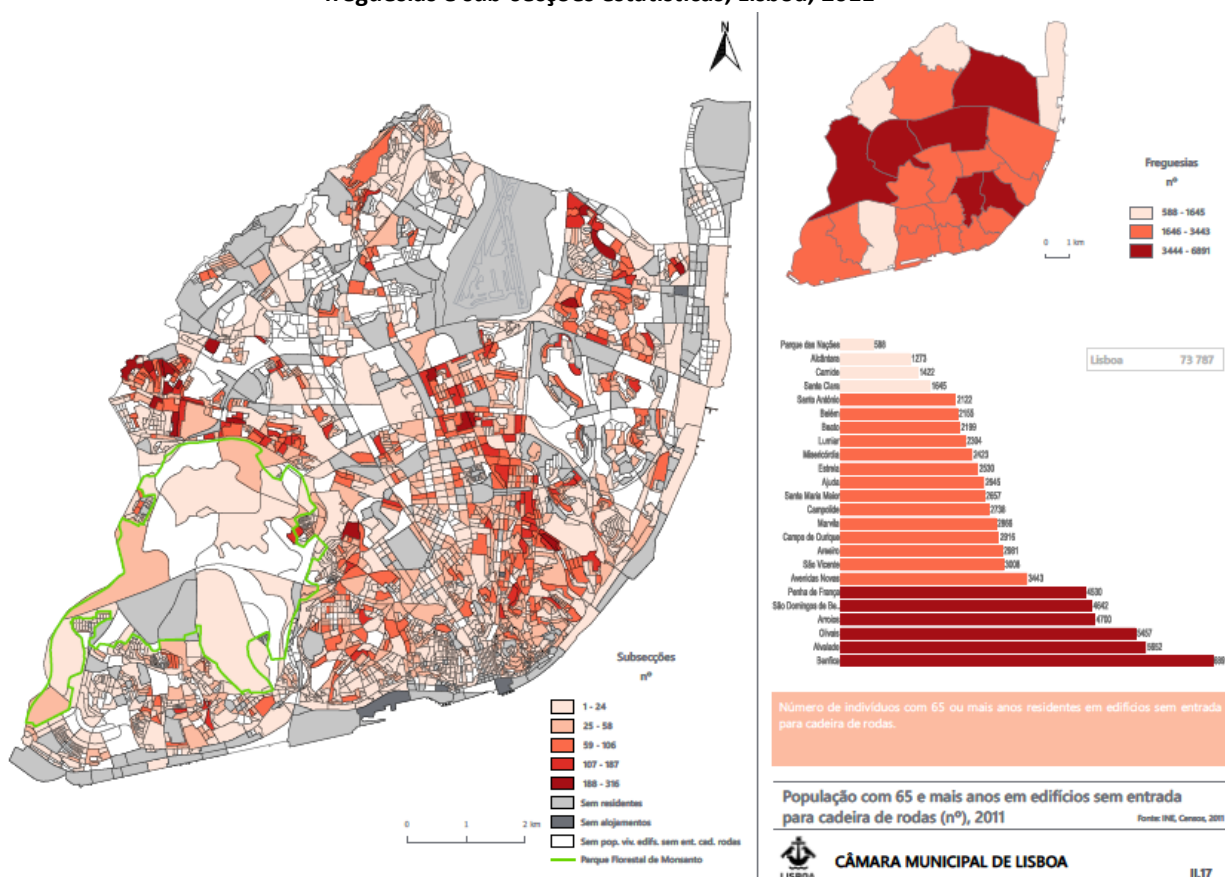
Recorrendo novamente ao Atlas Social de Lisboa, é possível identificar as freguesias que apresentavam o número mais elevado de pessoas com 65 e mais anos a residir em edifícios sem entrada para cadeira de rodas.

A conclusão é de que as freguesias onde se verificavam os números mais elevados destes casos eram simultaneamente as que tinham a maior proporção de população idosa, destacando-se a freguesia de Benfica, seguida de Alvalade e Olivais.

Entretanto no caso dos edifícios com três ou mais alojamentos sem elevador, destacavam-se as freguesias de Olivais, Alvalade e Arroios.

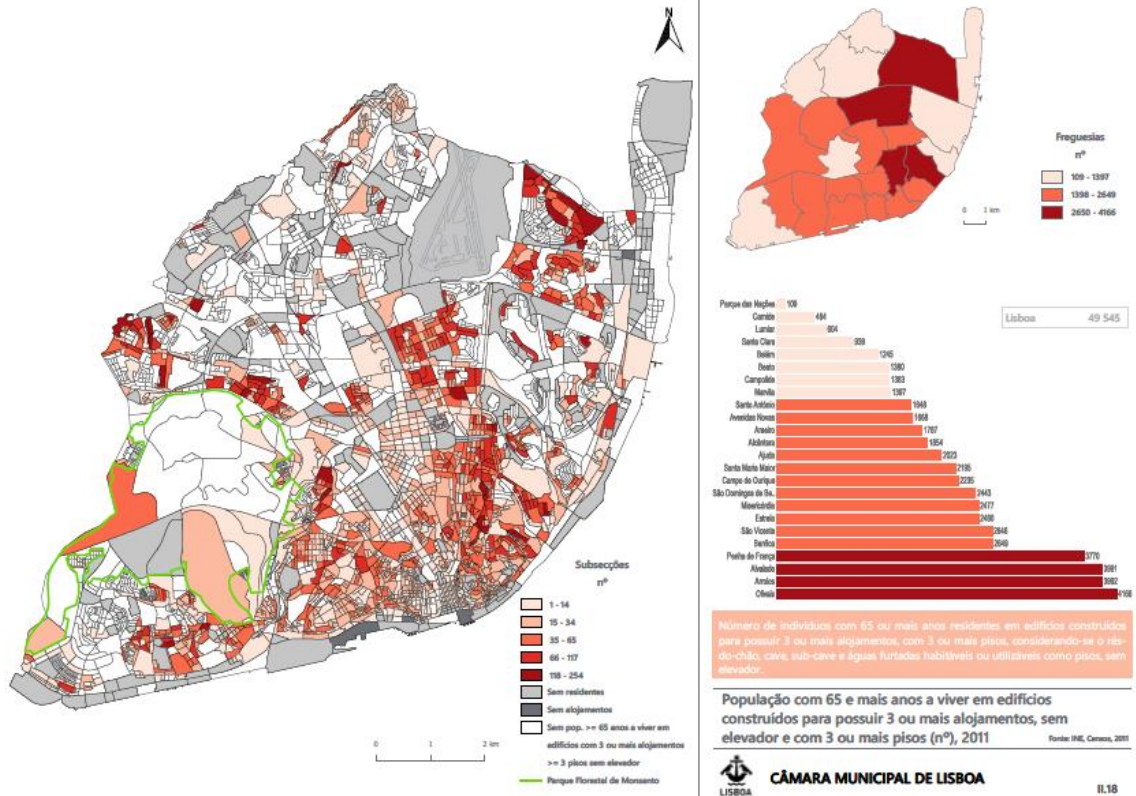
Ao nível das subsecções estatísticas é possível também verificar onde se encontram as maiores concentrações de casos.

População com 65 e mais anos em edifícios sem entrada para cadeira de rodas (nº), freguesias e sub-secções estatísticas, Lisboa, 2011



Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

População com 65 ou mais anos em edifícios construídos para possuir 3 ou mais alojamentos sem elevador e com 3 ou mais pisos (nº), freguesias e sub-seccões estatísticas, Lisboa, 2011



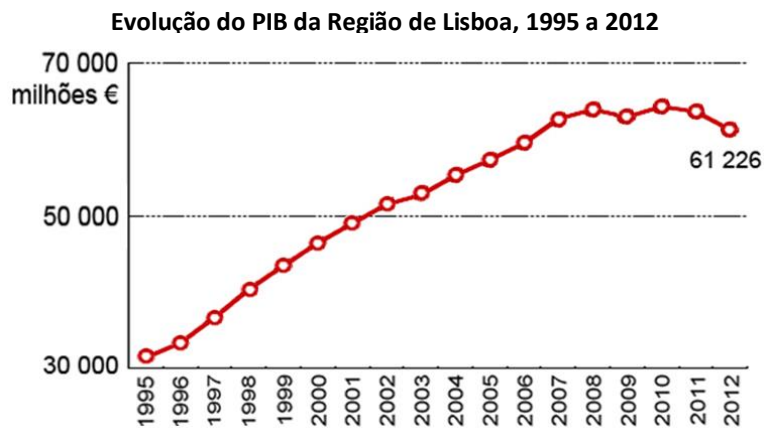
Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

Rendimento, pobreza, desemprego e exclusão social

O rendimento disponível das famílias é um dos mais importantes determinantes socio-económicos da saúde das populações.

A Região de Lisboa, sendo o principal motor económico metropolitano de Portugal, apresenta uma elevada aglomeração de actividades económicas e uma grande concentração de emprego; em 2012 eram aqui gerados 37,1% do PIB português e localizava-se 29,4% do emprego à escala nacional.

A evolução do PIB da Região de Lisboa foi sendo sempre positiva desde meados da década de 90, no entanto, de 2010 a 2012 ocorreu um efectivo decréscimo da produção de riqueza, associado às condições económicas muito desfavoráveis decorrentes do contexto nacional e internacional de crise económica e financeira.



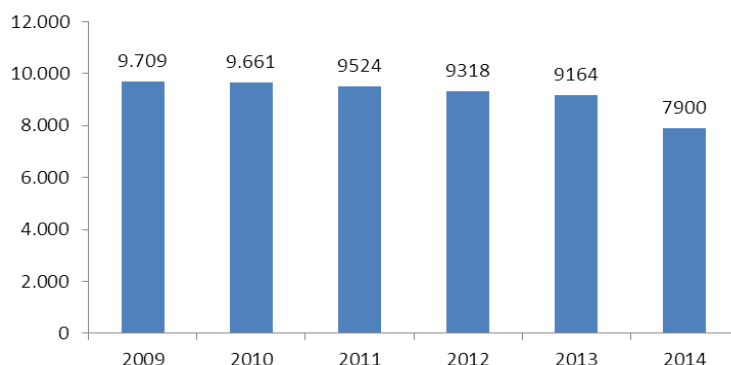
Fonte: INE, I.P., Contas Regionais

Paralelamente aumentou o número de pessoas desempregadas e o número de agregados familiares em que pelo menos 2 membros estavam em situação de desemprego.

Complemento Solidário para Idosos

Em Lisboa, de 2009 a 2014, observou-se uma diminuição do número de beneficiários da prestação do Complemento Solidário para Idosos (CSI), com maior incidência em 2014, o que se traduziu num decréscimo na ordem dos 19% em relação a 2009.

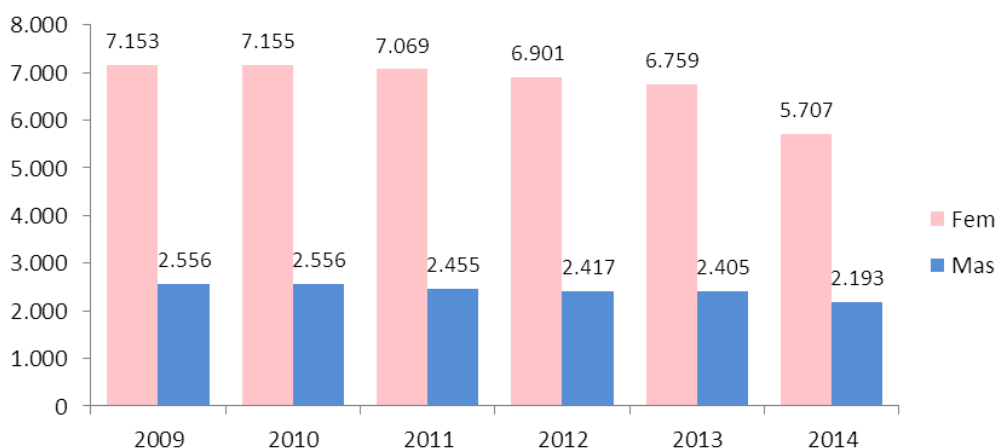
Beneficiários de Complemento Solidário de Idosos, (nº), Lisboa, 2009 - 2014



Fonte: ISS,IP- Gabinete de Planeamento e Estratégia²²

A população feminina era a que mais beneficiava da prestação do CSI, representando mais de 70% do total de beneficiários, em qualquer dos anos.

Beneficiários de Complemento Solidário de Idosos por sexo, Lisboa, 2009 a 2014



Fonte: ISS,IP- Gabinete de Planeamento e Estratégia

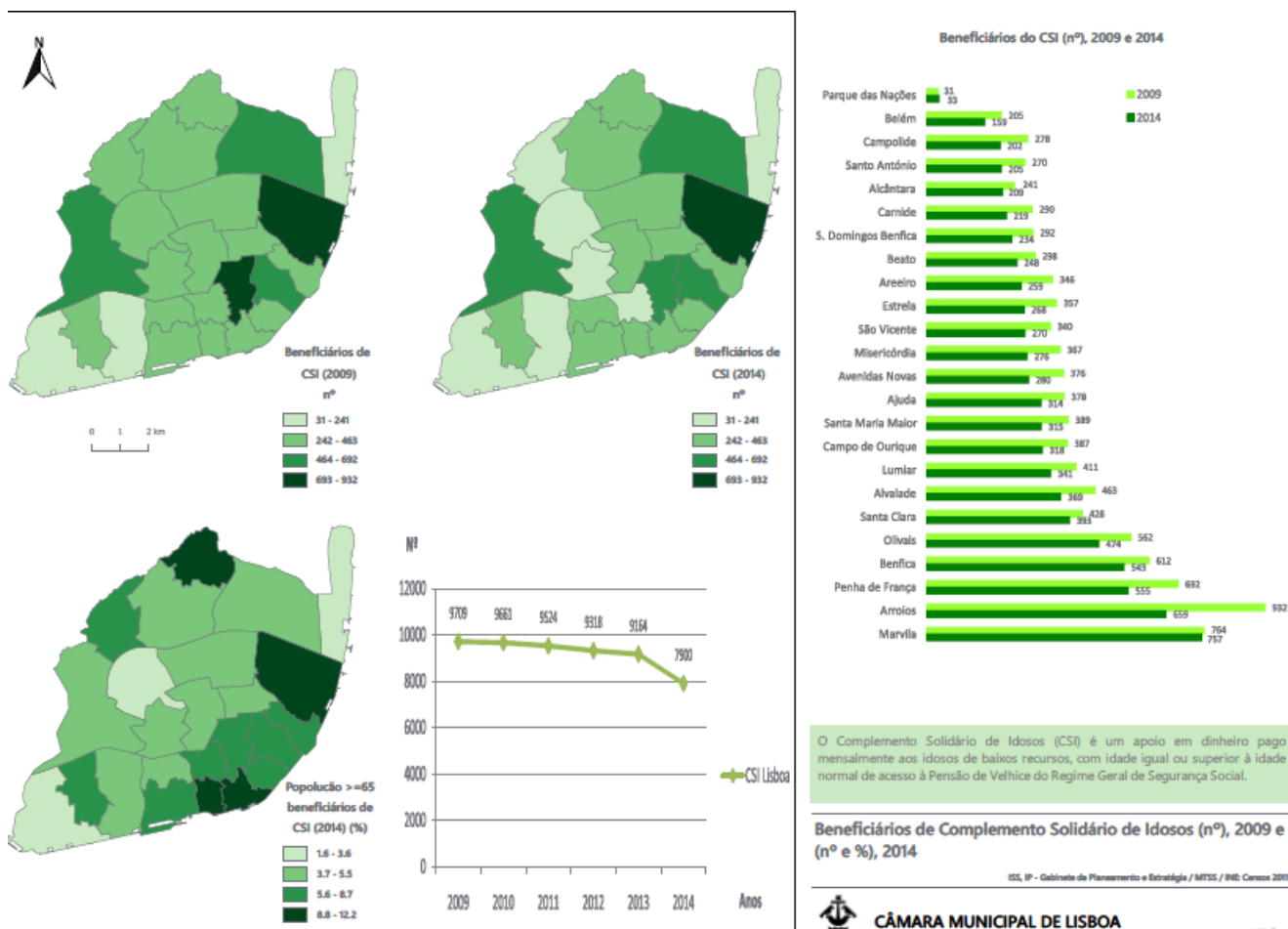
Pode dizer-se que nos últimos anos ocorreu um real empobrecimento das classes sociais média e média baixa e das populações mais vulneráveis económica e socialmente, o que tem repercussões directas no agravamento dos factores de risco para a saúde e das condições de prevenção da doença e de acesso aos cuidados de saúde.

Por um lado, o aumento do desemprego gera um crescimento das situações de vulnerabilidade social dos indivíduos em idade activa, pertencentes a estratos socio-económicos mais desfavorecidos, por outro lado, a grande maioria da população envelhecida é constituída por indivíduos reformados com valores de pensões muito baixos.

²² Os dados de 2009-2010 do CSI reflectem a situação da base de dados (SESS) a 18-09-2015 / Os dados de 2011-2014 do CSI, reflectem a situação da base de dados (SESS) a 01-04-2015.

Em 2014, as freguesias de Marvila e Santa Clara, assim como Santa Maria Maior e S. Vicente no centro histórico, eram as freguesias que tinham a maior proporção de residentes com 65 e mais anos a auferir Complemento Solidário para Idosos (CSI).

Beneficiários do Complemento Solidário para Idosos por freguesia (nº / %), Lisboa, 2009 e 2014



Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

A aposentação, o envelhecimento e o baixo rendimento são factores que, em situação de crise e sem um reforço da integração social, se congregam para o agravamento do estado de saúde.

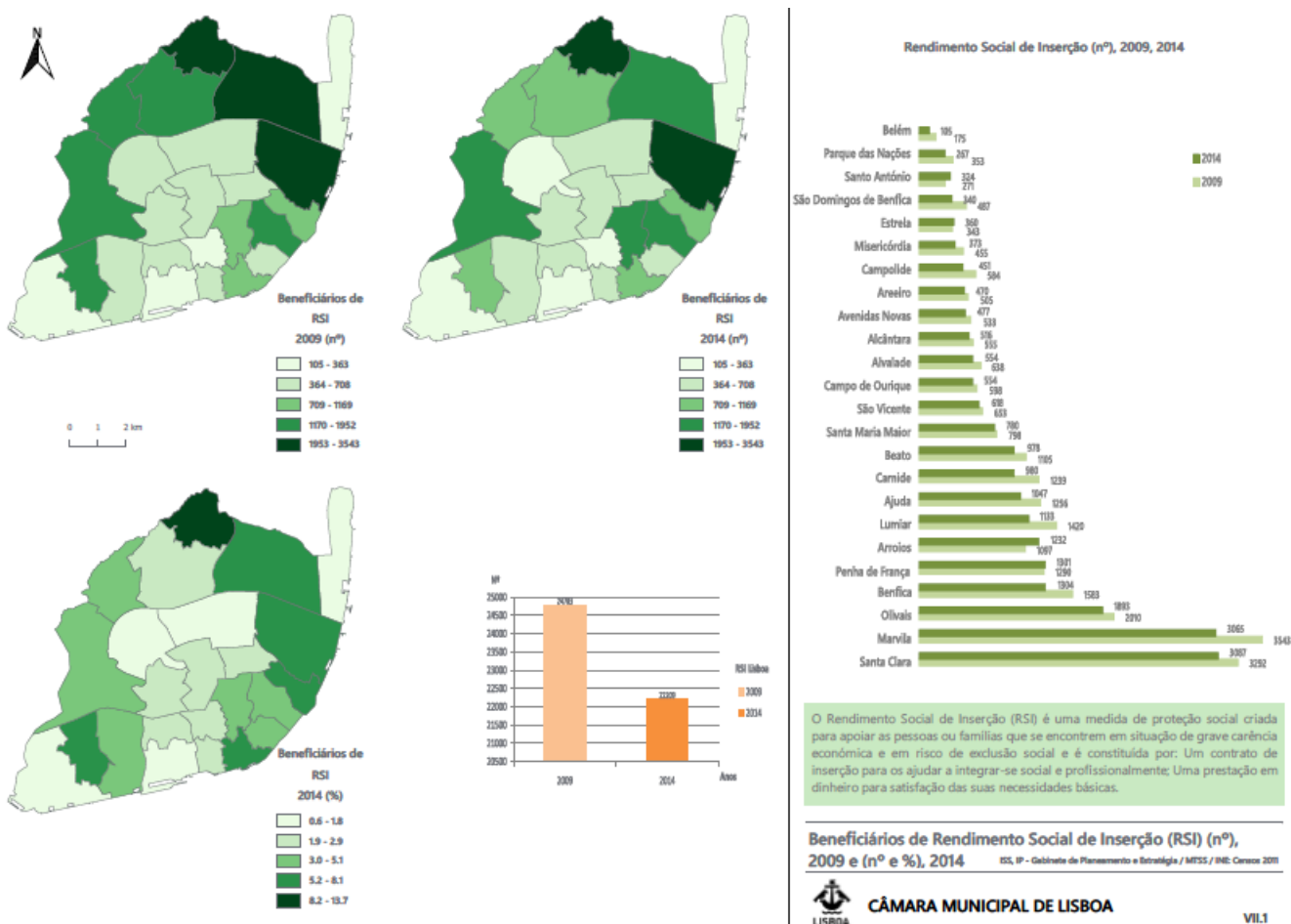
No contexto de crise, com o corte verificado nas pensões, muitos idosos declaram não dispôr de recursos para suportar os custos da saúde.

A evolução do número de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI), é igualmente um indicador relevante, sendo esta prestação uma medida de protecção social criada para apoiar as pessoas ou famílias que se encontrem em situação de grave carência económica e em risco de exclusão social.

Entre 2009 e 2014, o número de beneficiários desta prestação social diminuiu de forma acentuada, ainda que, em parte, devido à alteração das regras da sua atribuição.

Em 2014, Santa Clara era a freguesia com o maior número e a maior proporção de residentes beneficiários de RSI, apresentando também a freguesia de Marvila um número bastante elevado de beneficiários.

Beneficiários de Rendimento Social de Inserção (RSI) por freguesia (nº / %), Lisboa, 2009 e 2014

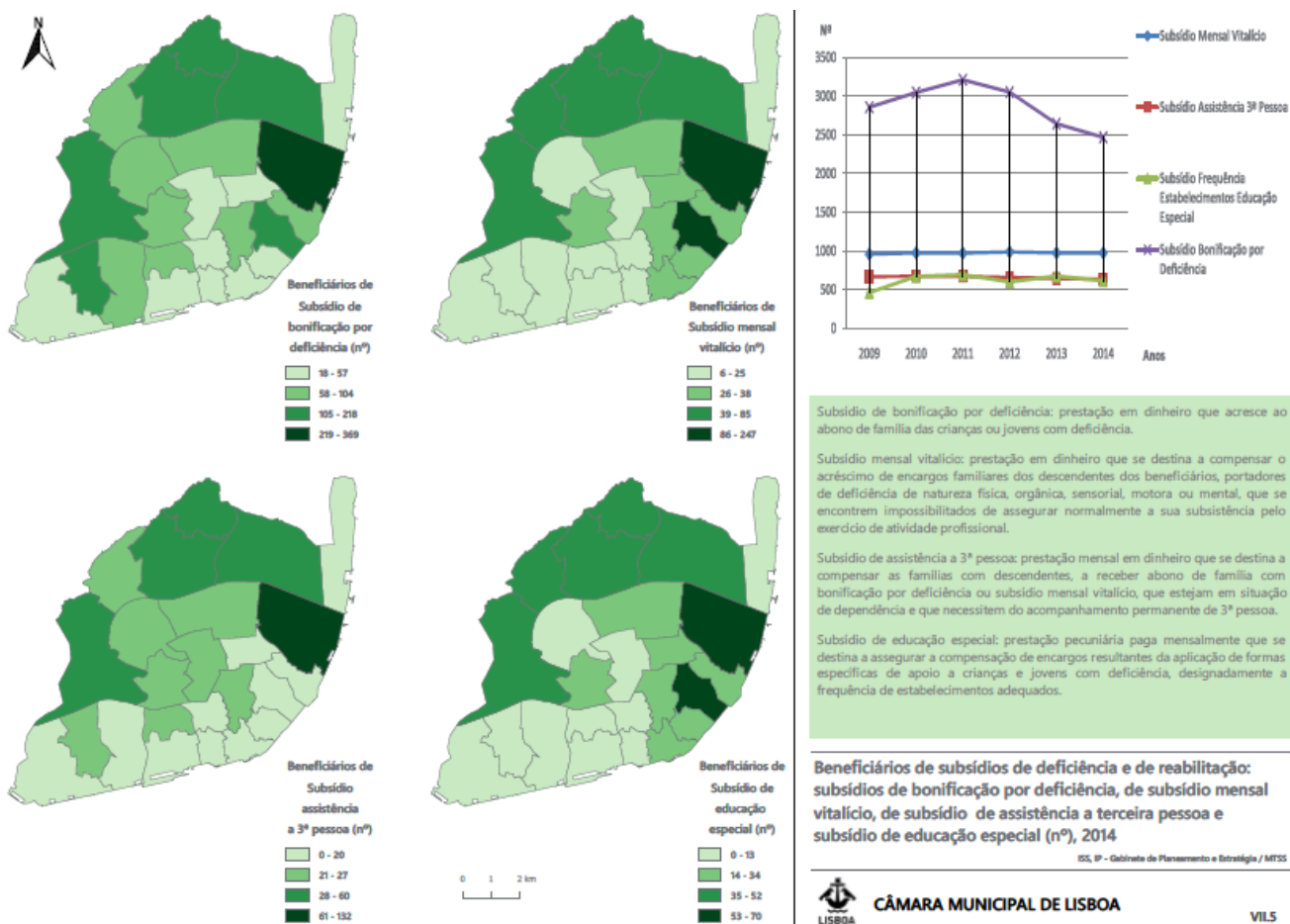


Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

Marvila era também, em 2014, a freguesia que apresentava o maior número de beneficiários dos subsídios de deficiência e de reabilitação: Subsídio de Bonificação por Deficiência, Subsídio Mensal Vitalício, Subsídio de Assistência a Terceira Pessoa e Subsídio de Educação Especial.

Penha de França apresentava valores semelhantes no número de beneficiários de Subsídio Mensal Vitalício e de Subsídio de Educação Especial.

Beneficiários de subsídio de deficiência e de reabilitação: Subsídio de Bonificação por Deficiência, Subsídio Mensal Vitalício, Subsídio de Assistência a Terceira Pessoa e Subsídio de Educação Especial por freguesia (nº), Lisboa, 2014



Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

As desigualdades em saúde têm vindo a aumentar, nomeadamente em consequência dos efeitos da crise económica. Os cuidados de saúde, a educação, a cultura, o emprego e a protecção social, são reconhecidos como determinantes de saúde e de estilos de vida saudáveis.

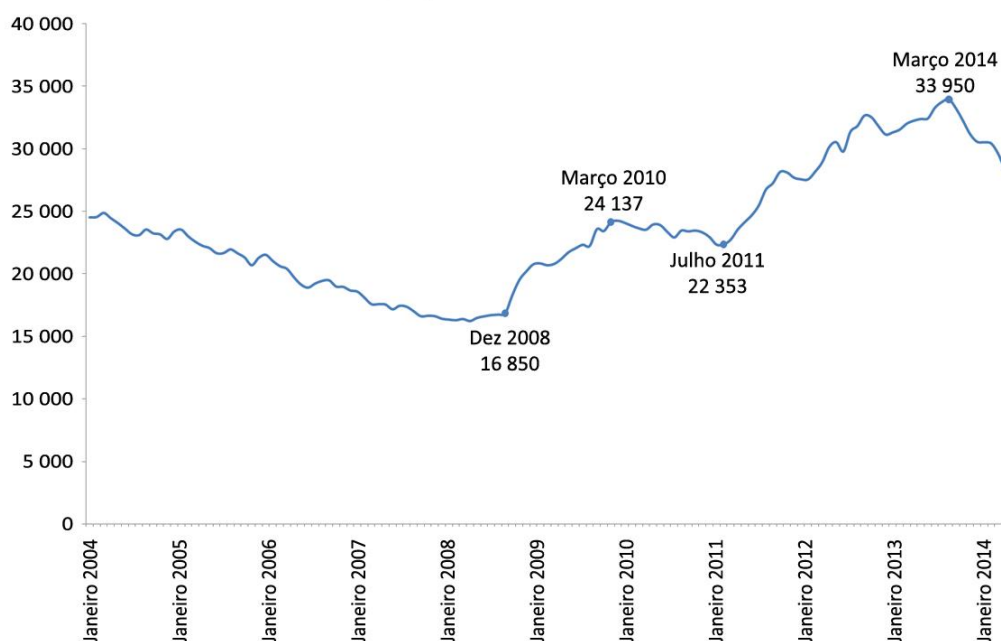
A redução das desigualdades em saúde constitui hoje um dos maiores desafios da agenda política, constituindo sem dúvida uma prioridade para a obtenção de ganhos em saúde, sendo um imperativo a acção concertada dos diversos agentes nos vários níveis de actuação, no sentido da mais rápida e eficaz intervenção.

Desemprego

De Janeiro de 2004 a Dezembro de 2014, o número de desempregados inscritos nos Centros de Emprego da cidade de Lisboa evoluiu em três ciclos distintos:

1. **até Dezembro de 2008**, registou uma tendência de decréscimo, diminuindo 30% em relação ao valor registado em Janeiro de 2004, a uma taxa média de -0,6% ao mês, ao longo desses 5 anos;
2. **entre Dezembro de 2008 e Março de 2014**, o desemprego registou uma tendência de subida acentuada, mais do que duplicando nesses 5 anos e 3 meses, a uma taxa média de 1,1% ao mês.
3. **a partir de Março de 2014**, o desemprego voltou a registar uma tendência decrescente, diminuindo 20% até Dezembro de 2014 a uma taxa média de -2,4% ao mês.

Desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional (nº), Lisboa, 2004-2014

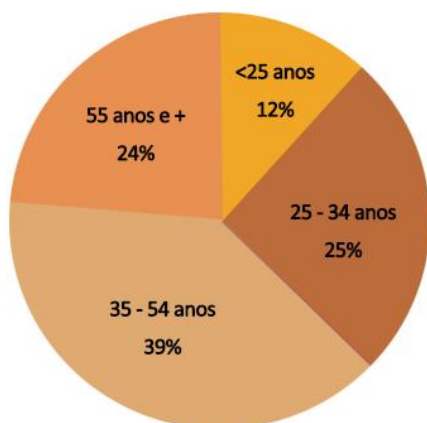


Fonte; IEFP, Desemprego Registado por Concelhos, Estatísticas Mensais (Janeiro 2004 a Dezembro 2014)

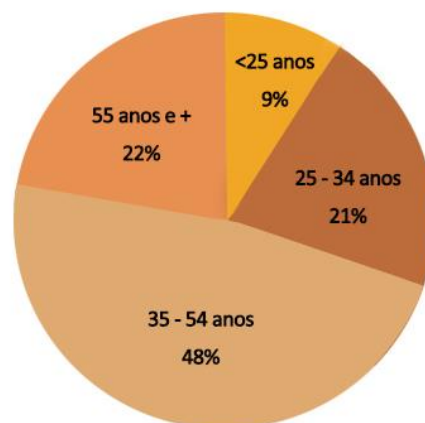
O peso de desempregados de longa duração veio a crescer, enquanto o fluxo de inscrições apresentou uma tendência de alguma permanência, no período mais recente, dando sinais de que a permanência em situação de desemprego pode assumir um papel mais relevante em relação aos fluxos de entrada.

Em termos etários registou-se uma redução do peso dos desempregados com menos de 25 anos até 2014²³ e um novo acréscimo, nos anos mais recentes, do peso dos desempregados com mais de 55 anos²⁴, reaproximando-se do valor que estes representavam 10 anos antes (24,1% em Dezembro de 2004).

Desempregados inscritos nos Centros de Emprego por grupo etário (%), Lisboa, Dezembro de 2004



Desempregados inscritos nos Centros de Emprego por grupo etário (%), Lisboa, Dezembro de 2014



Fonte: IEFP, Desemprego Registado por Concelhos, Estatísticas Mensais

De acordo com os Censos 2011, em Lisboa, perto de 30% dos desempregados apresentavam um nível de escolaridade superior (completo, incompleto ou frequência) e destes, mais de 35% eram considerados desemprego jovem (inferior a 25 anos).

Em Dezembro de 2014, Lisboa tinha a maior proporção do país de desempregados com nível de instrução superior (22%) inscritos nos Centros de Emprego.

Os desempregados constituem um grupo, que exposto a uma acumulação de factores adversos, se caracteriza por uma grande vulnerabilidade a que se encontra associada a incidência de perturbações mentais.

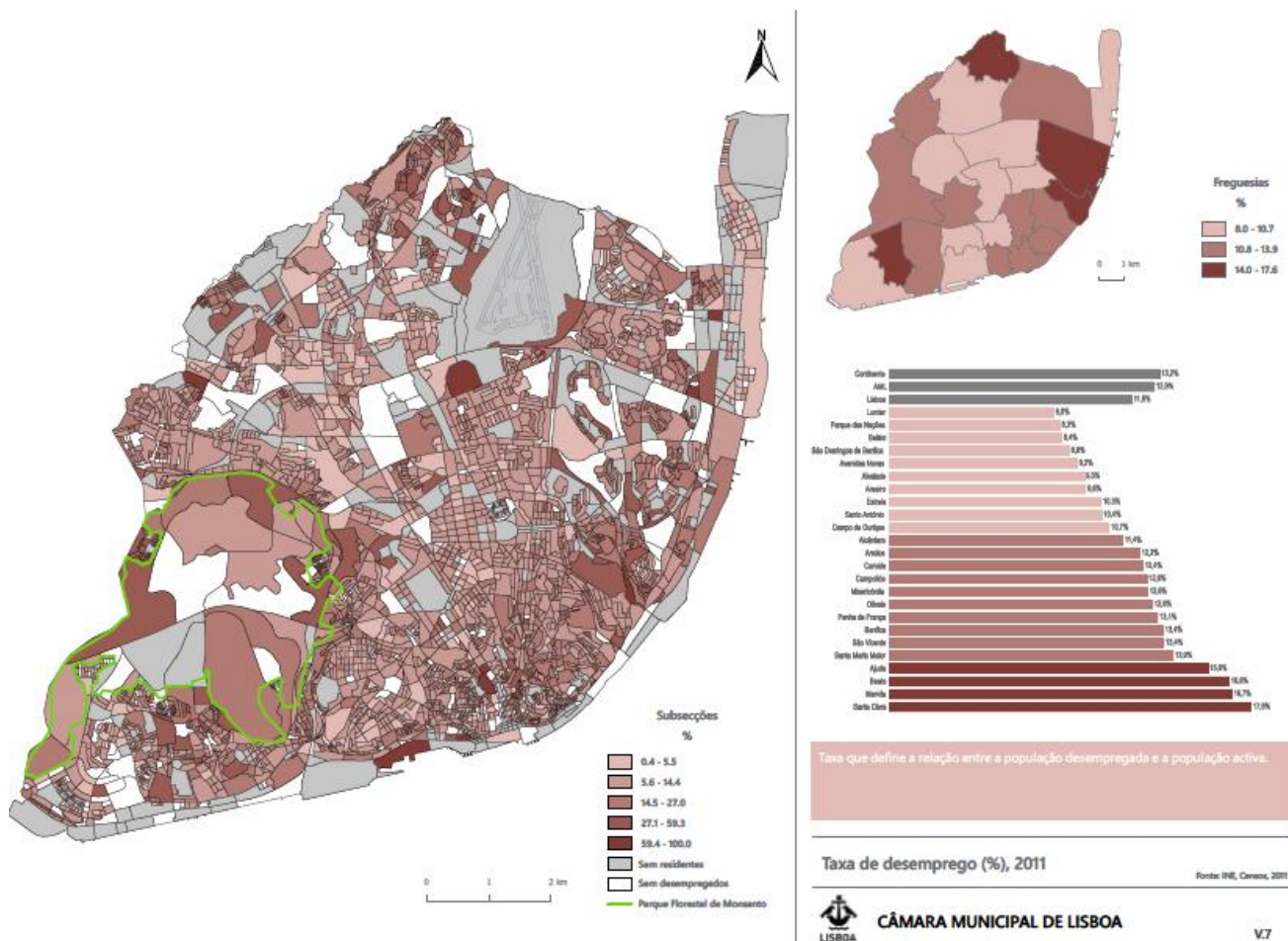
No contexto de crise económico-financeira e em consequência da agudização de diferentes problemas sociais, em que se inclui não só o desemprego, como também a precariedade das condições e da situação perante o trabalho, são também agravadas as situações de prevalência de patologias associadas à saúde mental.

²³ De 12,5% em Dezembro de 2004 para 9% em Dezembro de 2014.

²⁴ 22,3% em Dezembro de 2014, após se ter registado um valor abaixo dos 17% no início de 2013.

De acordo com os Censos 2011, o desemprego distribuía-se de modo diferenciado dentro da cidade de Lisboa, traduzindo-se, entre outros indicadores, pela Taxa de Desemprego que se manteve comparativamente mais elevada na freguesia de Santa Clara, seguida das freguesias de Marvila, Beato e Ajuda.

Taxa de Desemprego por subsecção estatística (%), Lisboa, 2011

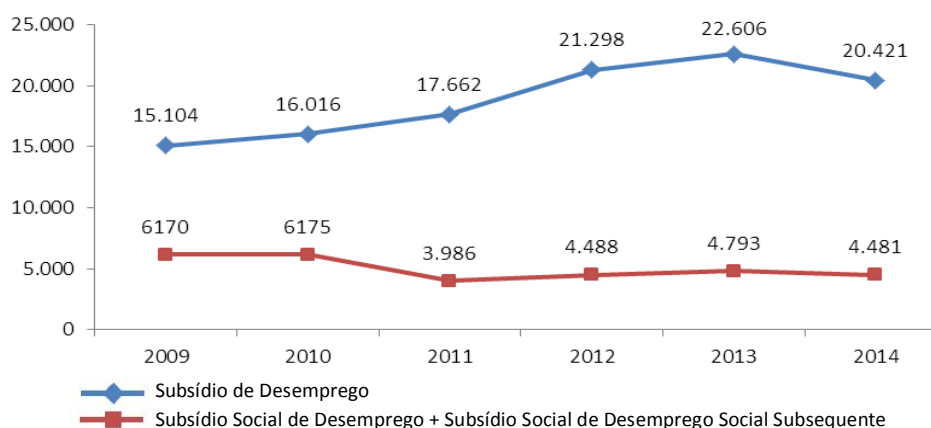


Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

Prestações de Desemprego

De 2009 a 2014, registou-se um acréscimo no número de beneficiários de prestações de desemprego na ordem dos 17%. No entanto, ao analisar-se separadamente o Subsídio de Desemprego e o Subsídio Social de Desemprego, conjuntamente com o Subsídio Social de Desemprego Subsequente, observa-se que foi a primeira destas prestações que contribuiu para o aumento registado, uma vez que de 2009 a 2014 aumentou 35%, enquanto a segunda sofreu um decréscimo de 27% em 2010, em relação a 2009.

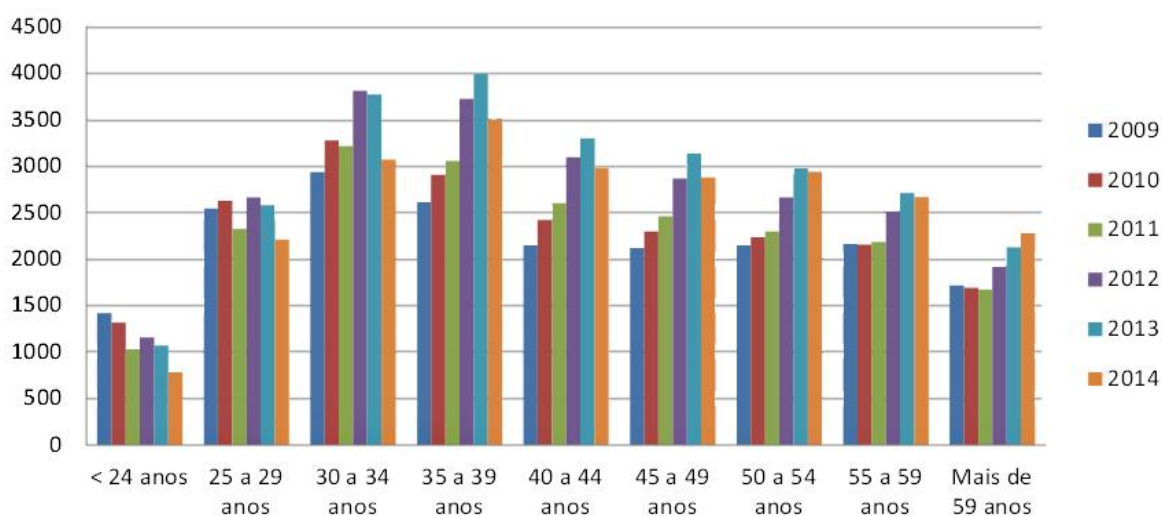
Beneficiários de Prestações de Desemprego (nº), Lisboa, 2009-2014



Fonte: ISS,IP- Gabinete de Planeamento e Estratégia²⁶

Ao nível da estrutura etária, de 2009 a 2014, observa-se uma oscilação do número de beneficiários das prestações de desemprego. Até 2012, o grupo etário dos 30 aos 34 anos era o que mais beneficiava destas prestações, representando nesse ano 16% do total, tendo a partir desta data dado lugar ao grupo etário dos 35 aos 39 anos, que em 2014 tinha um peso de 15%.

Beneficiários de Prestações de Desemprego por escalão etário (nº), Lisboa, 2009-2014

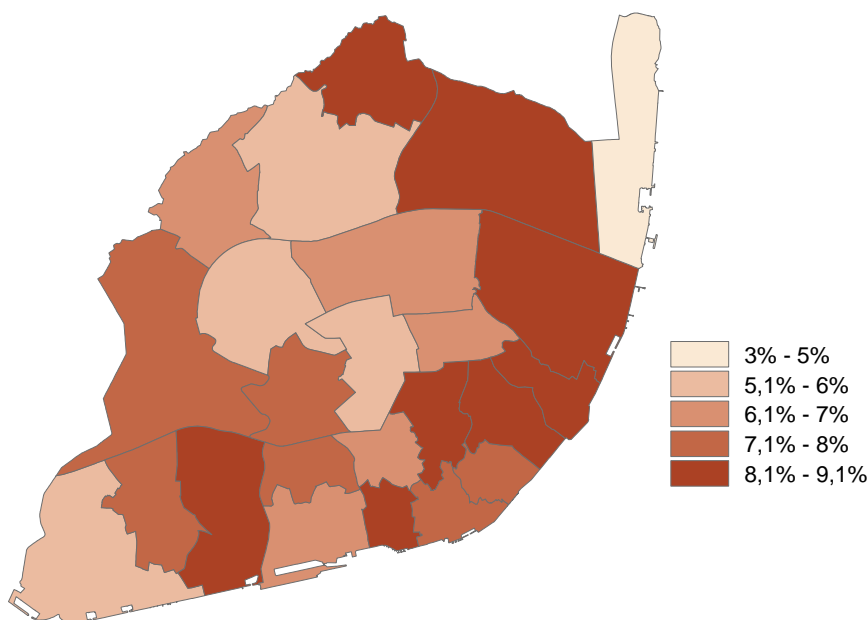


Fonte: ISS,IP- Gabinete de Planeamento e Estratégia

²⁶ Os dados de 2009-2014 das Prestações de Desemprego reflectem a situação da base de dados (SESS) a 20-11-2015.

No entanto, nos anos mais recentes, o grupo etário dos 40 aos 44 anos aumentou, assim como a sua representatividade, que passou de 11% para 13%, em detrimento das faixas etárias mais jovens.

Beneficiários de Prestações de Desemprego, (% do total de residentes em idade activa), Lisboa, 2014



Fonte: ISS,IP- Gabinete de Planeamento e Estratégia e INE - Censos 2011

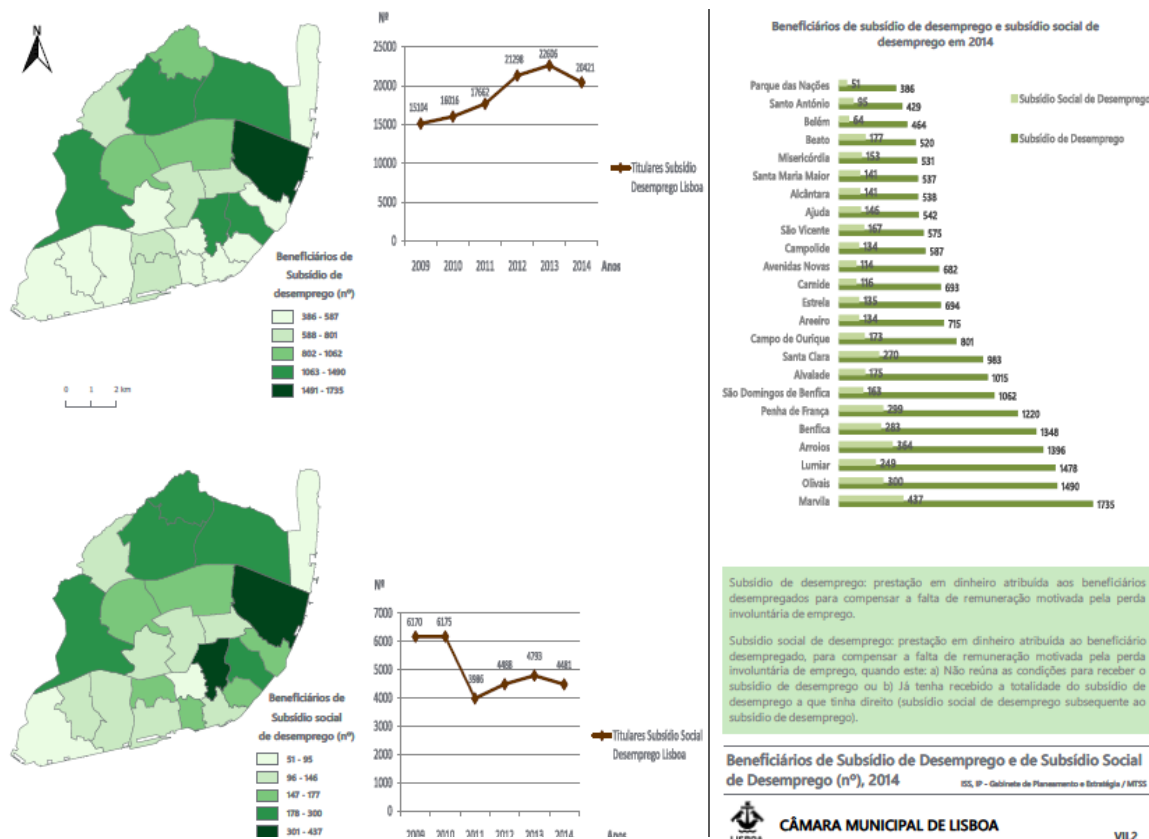
Ao analisar-se a proporção de beneficiários de prestações de desemprego em relação à população em idade activa, observa-se que, em 2014, um grupo de freguesias, principalmente na zona oriental da cidade, detinha entre 8,1 % e 9,1% da sua população activa a receber esta prestação.

Apesar de o número de beneficiários de prestações de desemprego ser mais elevado na freguesia de Marvila entre 2009 e 2014, o mesmo não se verificava quando analisada a sua proporção em relação ao número total de residentes, situando-se nos 7,5% (2009) e 8,5% (2014).

Em 2009, a freguesia do Beato era a que detinha a maior proporção de residentes a receber aquela prestação (8,2%). No entanto, esta realidade foi-se alterando progressivamente e em 2013 era Olivais que apresentava o maior valor (10%), mantendo-se em primeiro lugar em 2014, apesar de ter descido para 9,1%.

Em 2014, as freguesias com maior número de beneficiários de subsídio social de desemprego eram Marvila, seguida da freguesia de Arroios; estes beneficiários já não reuniam as condições para auferirem o subsídio de desemprego, encontrando-se em situação de maior vulnerabilidade social.

Beneficiários de Subsídio de Desemprego e de Subsídio Social de Desemprego (nº), Lisboa, 2014



Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

O aumento do desemprego gera um crescimento das situações de vulnerabilidade social dos indivíduos em idade activa pertencentes a estratos sociais mais desfavorecidos.

O decréscimo da produção de riqueza traduz-se também num empobrecimento das classes sociais média e média baixa, além das populações mais vulneráveis económica e socialmente, o que tem repercussões directas no agravamento das condições de prevenção da doença e de acesso à saúde de todos.

Pessoa Sem-abrigo

Embora não exista um levantamento continuado e rigoroso que permita quantificar todas as situações existentes de pessoas sem-abrigo na cidade de Lisboa, o Município de Lisboa efectuou em 2010 uma monitorização desta realidade no âmbito do Plano Cidade para a Pessoa Sem-Abrigo, baseada nos dados de todas as equipas técnicas de rua.

De forma permanente na “rua”, encontravam-se então (2010) cerca de 600 pessoas.

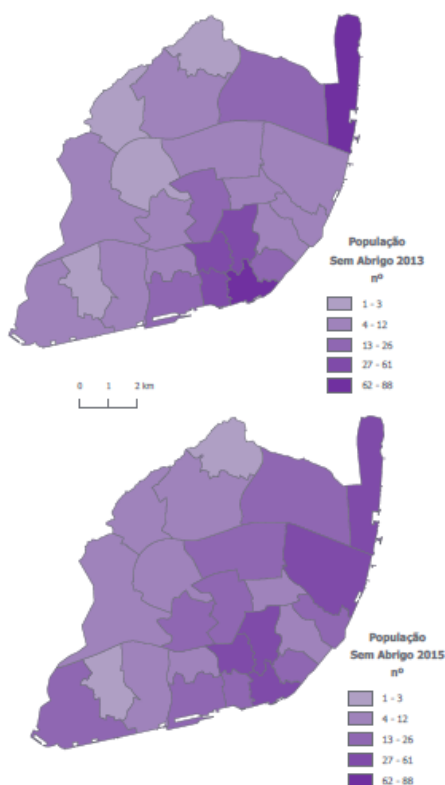
Mais recentemente, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa realizou duas operações de contagem de pessoas sem abrigo, em que considerou todos os indivíduos que diziam pernoitar na rua ou em espaços abertos e os que dormiam em centros de acolhimento, tendo contabilizado:

Em 2013 - 852 pessoas, das quais 509 a dormir na rua e 343 em centros de alojamento.

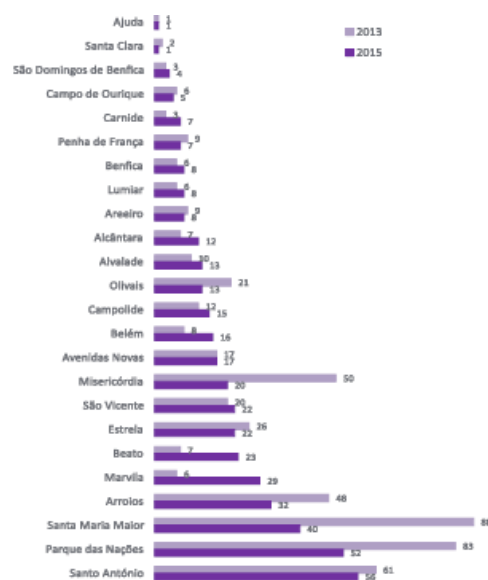
Em 2015 - 818 pessoas, das quais 431 contadas na rua e 387 a dormir em centros de alojamento.

Para além das questões humanas e sociais, a situação da pessoa sem-abrigo é preocupante também do ponto de vista da saúde pública, já que lhe estão quase sempre associados problemas de saúde mental, doenças respiratórias, cutâneas e diversas patologias resultantes da deficiente higiene pessoal e do consumo de álcool e de drogas.

População sem abrigo a pernoitar na rua (nº), Lisboa, 2013 e 2015



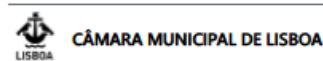
Freguesia	2013	2015	Varição
Ajuda	1	1	0
Alcântara	7	12	71.4
Alvalade	10	13	30
Arreiro	9	8	-11.1
Arroios	48	32	-33.3
Avenidas Novas	17	17	0
Beato	7	23	228.6
Belém	8	16	100
Benfica	6	8	33.3
Campo de Ourique	6	5	-16.7
Campolide	12	15	25
Carnide	3	7	133.3
Estrela	26	22	-15.4
Lumiar	6	8	33.3
Marvila	6	29	383.3
Misericórdia	50	20	-60
Olivais	21	13	-38.1
Parque das Nações	83	52	-37.3
Penha de França	9	7	-22.2
Santa Clara	2	1	-50
Santa Maria Maior	88	40	-54.5



Considera-se pessoa sem-abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição sócio-económica e condição de saúde física e mental, se encontre sem tecto, vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário, ou sem casa, encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito.

População sem-abrigo a pernoitar na rua (n.º), 2013 e 2015

Fonte: Programa Intergerações | Intergerações, SCML, 2015



VI.1

Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

A intervenção junto da Pessoa Sem Abrigo deve ser específica e dirigida ao indivíduo, integrando respostas na área da saúde em articulação com a área social, nomeadamente na área da saúde mental e dos comportamentos viciantes e das dependências, facilitando o acesso a programas específicos de desintoxicação e de inserção e garantindo o apoio médico continuado.

Para tal, é fundamental a articulação dos ACES com o Núcleo de Planeamento e Intervenção junto dos Sem Abrigo (NPISA).

(I) literacia em saúde

Literacia em Saúde é a capacidade para tomar decisões devidamente informadas e fundamentadas, enquanto **doente**, enquanto **consumidor** e enquanto **cidadão**, relacionadas directamente com o estado de saúde individual, no decurso da vida e no quotidiano, em contexto familiar, social ou laboral, e também na utilização e no acesso ao sistema de saúde.

Esta capacidade assume uma importância fulcral no aumento do controlo das pessoas sobre a sua própria saúde e incentiva-as a procurar informação, assumir responsabilidades, adoptar estilos de vida saudáveis e minimizar um grande número de factores de risco relacionados com diferentes patologias.

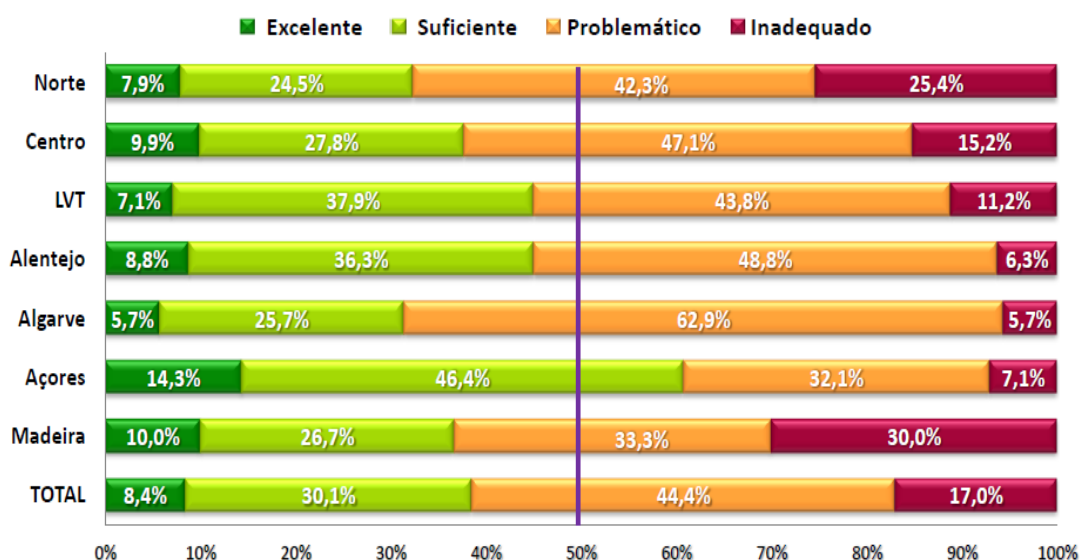
Assim, pode dizer-se que a literacia em saúde contribui decisivamente para a obtenção de ganhos em saúde, visto que contribui para a redução das despesas na saúde, reduz a susceptibilidade do indivíduo para contrair doenças crónicas ou adoptar comportamentos de risco e contribui ainda para a redução do risco de morte prematura nos adultos e nos idosos.

A literacia em saúde é apresentada pela OMS - Saúde 2020 como uma questão basilar para atingir os objectivos e metas propostos.

De acordo com o estudo “Saúde que Conta”, desenvolvido em parceria pela Escola Nacional de Saúde Pública e pela Lilly Portugal em 2014, Portugal apresentava o segundo pior resultado no nível “problemático”(44,4%) e o terceiro pior resultado no nível “inadequado” (17%), este último só largamente suplantado pela Bulgária (26%).

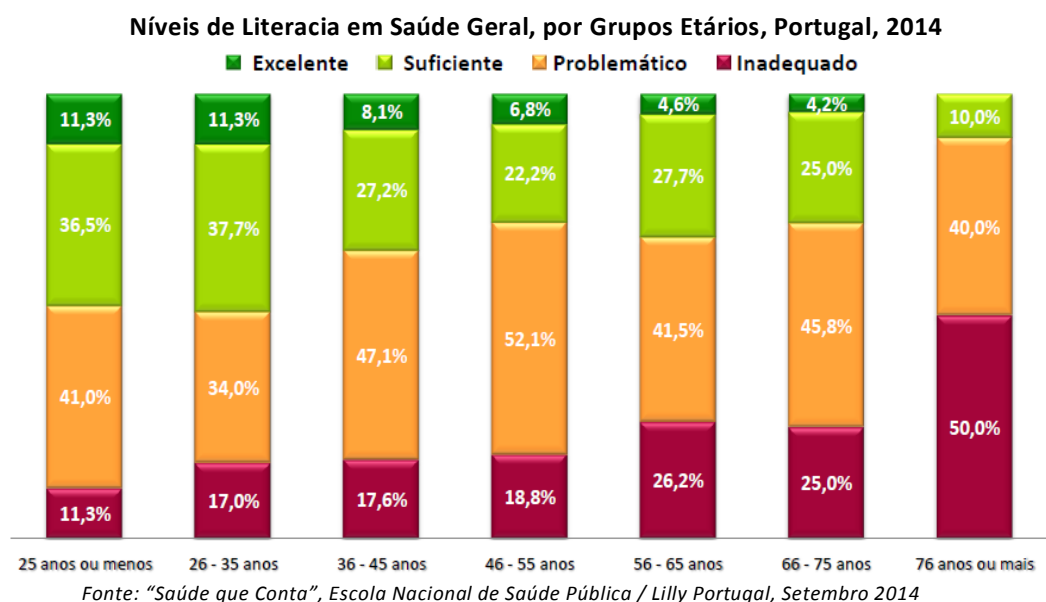
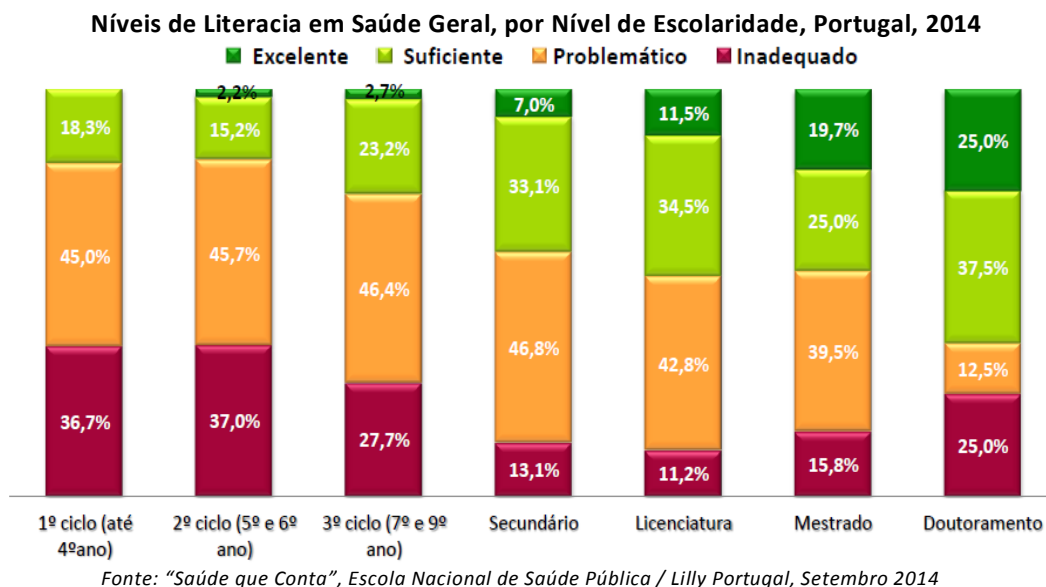
No contexto regional, Lisboa e Vale do Tejo possuía o valor agregado de 55%, correspondentes aos resultados “problemáticos ou inadequados”, no que se refere aos níveis de literacia em saúde.

Níveis de Literacia em Saúde Geral (%), Portugal e Regiões, 2014



Fonte: “Saúde que Conta”, Escola Nacional de Saúde Pública / Lilly Portugal, Setembro 2014

A literacia em saúde está relacionada positivamente com o grau de escolaridade, diminuindo com a idade, ou seja, por oposição, os piores resultados surgem associados aos níveis de escolaridade mais baixos (até ao 9º ano), e também nos grupos etários mais avançados (56 e mais anos).



É assim fundamental aprofundar o conhecimento sobre a (i)literacia em saúde na cidade de Lisboa, nomeadamente através de inquéritos directos à população, para definir estratégias de intervenção que conduzam à elevação dos níveis de literacia em saúde de todos os escalões etários e estratos socio-económicos.

Desta forma poderão ser obtidos importantes ganhos em saúde, sobretudo ao nível da prevenção e da redução dos comportamentos de risco, permitindo reduzir as taxas de morbilidade em doenças como diabetes, hipertensão arterial, obesidade infantil e mórbida, e infecção por VIH.

Ao nível do trabalho em rede, nomeadamente no âmbito da Rede Social, este é um tema que poderá ser trabalhado pelas estruturas de articulação de parceiros, como sejam os Grupos de Trabalho das Comissões Sociais de Freguesia.

A literacia em saúde é fundamental para capacitar as pessoas enquanto **doentes**, enquanto **consumidores** e enquanto **cidadãos**, a tomarem as decisões ajustadas às suas necessidades e a participar e intervir tanto no contexto familiar, social e laboral, como na sociedade em geral, contribuindo para que sejam atingidos os objectivos de maiores ganhos em saúde para todos.

A literacia em saúde está relacionada positivamente com o grau de escolaridade, diminuindo com a idade. Em Lisboa, em 2011, ainda existia uma proporção de indivíduos que não sabia “ler nem escrever”, o que tem repercussões na sua capacitação para a tomada de decisões adequadas a promoção da sua saúde, a prevenção da doença e a utilização dos serviços de saúde.

É fundamental aprofundar o conhecimento sobre a (i)literacia em saúde na cidade de Lisboa, nomeadamente através de inquéritos directos à população, para definir estratégias de intervenção,.

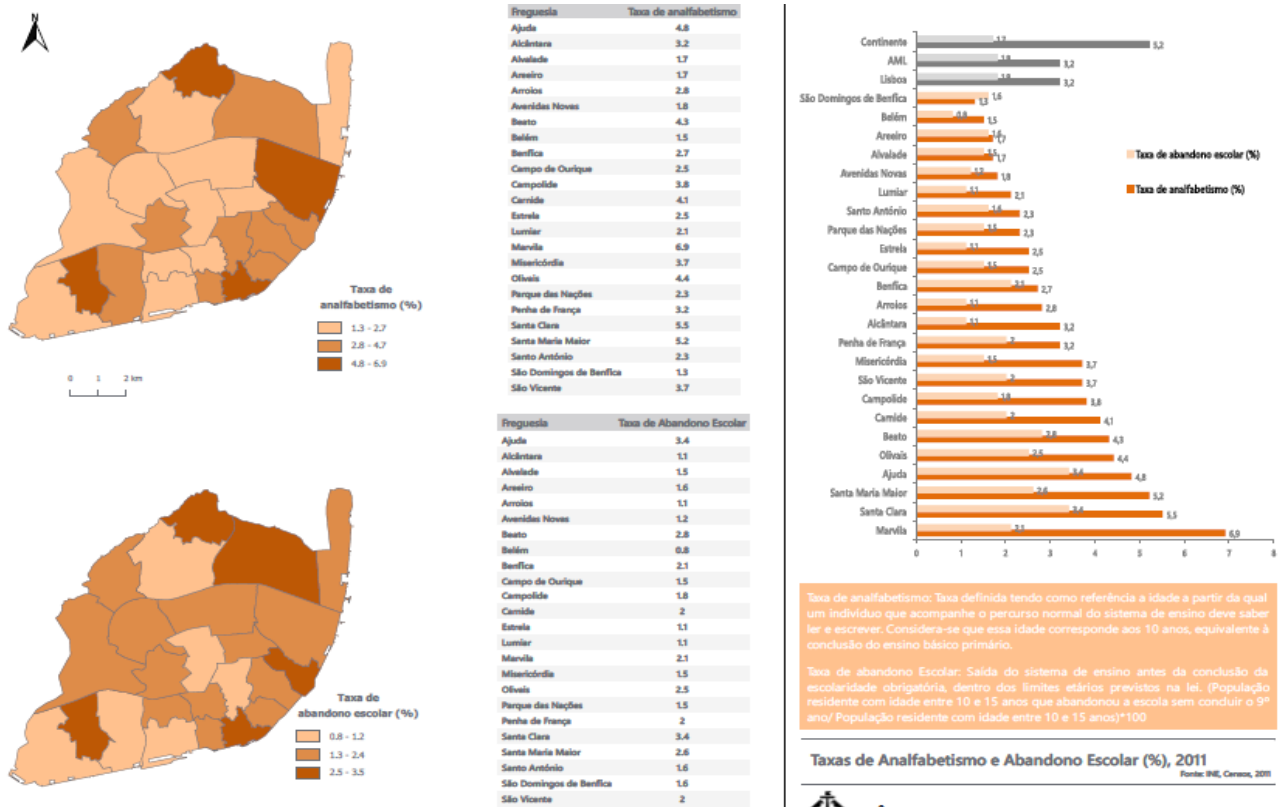
O aumento da Literacia em saúde requer uma intervenção junto dos **profissionais de saúde** e junto dos **utentes**, actuais e futuros, preparando as gerações mais jovens e apoiando a geração mais velha e com menos escolaridade.

Abandono escolar

O abandono escolar, sobretudo o abandono escolar precoce, é responsável por complexas situações de risco e stress crónico nas crianças e jovens, que sendo privados de uma escolaridade formal mínima, chegam à vida adulta com baixos níveis de escolarização e qualificação profissional, responsáveis por situações futuras de precaridade laboral e baixos rendimentos, o que, em ambas as situações, tem consequências negativas para a saúde dos indivíduos.

A taxa de abandono escolar no Município de Lisboa era em 2011 de 1,8%, semelhante à mesma taxa observada na AML e no Continente.

Taxas de analfabetismo e abandono escolar (%), Lisboa, 2011



Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

Ler é uma das competências essenciais para entender, por exemplo, as instruções médicas.

A iliteracia em saúde está associada à baixa escolaridade, à baixa condição económica e à idade.

As percentagens mais significativas para a taxa de analfabetismo situavam-se em 2011 nas freguesias de Marvila (6,9%), Santa Clara (5,5%) e Santa Maria Maior (5,2%).

Imigração e Interculturalidade

Em 2014, a população estrangeira residente em Portugal era de 395 195 cidadãos, dos quais 205 669 na AML e 50 047 em Lisboa. A população estrangeira residente em Lisboa representava assim 12,7% do total de imigrantes ao nível do país e 24,3% na AML.

Em relação ao ano anterior (2013), registou-se uma variação de -1,5% de residentes estrangeiros ao nível nacional e uma variação mínima de -0,6% na AML.

Em Lisboa, pelo contrário, de 2009 a 2014, o crescimento da população estrangeira manteve-se.

Entre 2013 e 2014 este aumento foi o mais elevado desde 2009 (7,8%), revelando a cidade de Lisboa uma maior atractividade em relação ao país ou mesmo à AML.

População Estrangeira Residente (nº) (%), Portugal, AML e Lisboa, 2006 a 2014

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Portugal	nº	420.189	435.736	440.277	454.191	445.262	436.822	417.042	401.320	395.195
	Variação %	-	3,7	1,0	3,2	-2,0	-1,9	-4,5	-3,8	-1,5
AML	nº	-	-	226.641	232.167	223.236	219.491	213.131	206.956	205.669
	%	-	-	-	2,4	-3,8	-1,7	-2,9	-2,9	-0,6
Lisboa	nº	-	-	43.527	44.548	44.784	45.626	45.915	46.426	50.047
	Variação %	-	-	-	2,3	0,5	1,9	0,6	1,1	7,8

Fonte: SEF – Estatísticas

Depois de 2012, assistiu-se também a uma retoma do número de solicitações para estatuto de residentes, com o ano de 2014 a registar um número similar de pedidos (8 400) relativamente a 2008 (8 608).

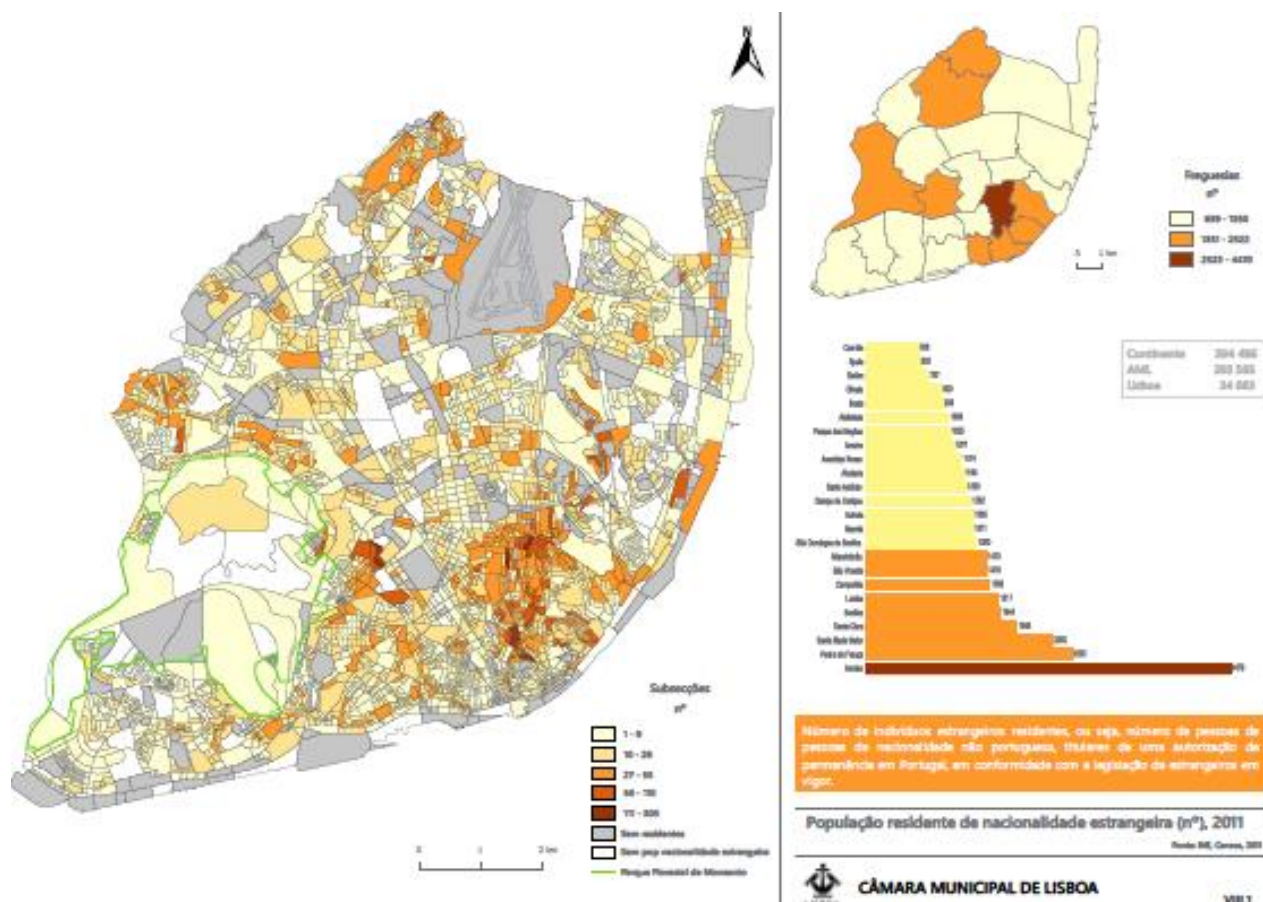
Distribuição da População Imigrante em Lisboa

Em Lisboa, no ano de 2011, 6,3% dos residentes eram estrangeiros (34 683 indivíduos).

As áreas com maior presença de imigrantes correspondiam ao Centro Histórico e sua envolvente, ao longo do eixo Rua da Palma/Almirante Reis e, também, às freguesias do Lumiar e Santa Clara. A freguesia de Arroios destacava-se pelo maior número de estrangeiros residentes, perto de 5 000 indivíduos (4 470).

A re-ocupação do centro histórico e da sua envolvente por esta população, foi em parte devido ao facto de nesta zona da cidade se concentrarem grande parte das habitações vagas para aluguer, muitas necessitando de obras de conservação, praticando-se por isso valores de arrendamento mais baixos.

População residente de nacionalidade estrangeira (nº), Lisboa, 2011



A análise das nacionalidades mais representativas em Lisboa, incluindo a respectiva taxa de variação relativamente a 2008, permite observar as dinâmicas da imigração na cidade, destacando-se a diminuição de grupos de imigrantes mais tradicionais, como Cabo Verde (-18,09%), Angola (-8,7%) e Guiné Bissau (-25,92%).

O Brasil, embora apresentasse em 2011 uma taxa de -11,22% relativamente a 2008, continuava a ser a nacionalidade mais representada.

A China, de acordo com os dados do SEF, tinha passado a ocupar o 2º lugar em 2013, registando um aumento de população de 63, 56%²⁷.

²⁷ Câmara Municipal de Lisboa - Plano Municipal para a Integração dos Imigrantes em Lisboa 2015-2017, Volume 2 - Diagnóstico da População Imigrante residente em Lisboa. <http://lisboasolidaria.cm-lisboa.pt/documentos/1442507466W9jZH6si8Aw40AB7.pdf>

Nacionalidades mais representativas (nº de residentes) e variação em relação a 2008 (%), Lisboa, 2013

	residentes nº	variação 2008 %
Brasil	10591	-11,22
China	4261	63,76
Cabo Verde	3490	-18,09
Roménia	3057	33,32
Angola	2184	-8,70
Ucrânia	2172	-16,40
Índia	2021	15,88
Nepal	1834	463,26
Espanha	1695	15,38
Guiné Bissau	1475	-25,92
Bangladesh	1229	55,96
Itália	1222	43,76
São Tomé e Príncipe	980	-5,04
França	916	15,08
Alemanha	744	29,62

Fonte: SEF Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

A cidade de Lisboa continua a atrair população estrangeira.

Contrariamente à evolução mais recente verificada ao nível nacional, verificou-se na cidade de Lisboa um aumento da população estrangeira residente, que passou no período de 5 anos entre 2009 e 2014, de 44 548 para 50 047 indivíduos, o que representa um acréscimo de 12,3%.

Saúde da População Imigrante em Lisboa

O Plano Municipal para a Integração de Imigrantes de Lisboa 2015-2017²⁸ aprofundou a realidade desta população na cidade, nomeadamente nas questões relacionadas com nupcialidade, nível de instrução, condições perante o trabalho e condições de habitação.

No Eixo 1 “Cidadania e Participação” encontram-se tratadas as questões relativas à saúde cujo objectivo estratégico é “Promover o acesso ao Serviço Nacional de Saúde por parte da população imigrante de países terceiros”, sendo uma das medidas propostas, para melhorar o conhecimento das características da população imigrante, a realização de um “estudo de caracterização da população imigrante inscrita nos serviços de saúde”.

²⁸ CML, 2015 / <http://lisboasolidaria.cm-lisboa.pt/documentos/1442507466M4iXU3cq8Cx50BA6.pdf> / <http://lisboasolidaria.cm-lisboa.pt/documentos/1442507466W9jZH6si8Aw40AB7.pdf>

A diversidade de origens da população estrangeira residente na cidade de Lisboa, associada a aspectos culturais específicos e muito frequentemente à barreira da língua, traduz-se também em problemas de saúde diversos, que carecem de abordagens específicas, quer na promoção da saúde, quer no acesso aos cuidados de saúde.

Qualquer imigrante que se encontre em Portugal e que necessite de cuidados de saúde tem o pleno direito a ser assistido num Centro de Saúde ou num Hospital, independentemente da sua nacionalidade, da falta de meios económicos, de legalização ou outra situação irregular ou de carência, o que deve ser melhor difundido entre os profissionais de saúde, de modo a eliminar qualquer forma de discriminação.

Pelo facto de receber pessoas oriundas de países onde a prática da Mutilação Genital Feminina (MGF) é comum, Portugal é considerado pela OMS um país de risco no que diz respeito a esta prática, verificando-se que muitos profissionais de saúde não se encontram ainda informados, com formação específica, ou mesmo sensibilizados para esta questão, e desconhecem a melhor abordagem a estas mulheres.

A Mutilação Genital Feminina (MGF) é uma prática considerada crime pelo Código Penal Português, sendo objecto de medidas para a sua erradicação no III Programa de Acção para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina 2014-2017.

A população imigrante residente na cidade de Lisboa coloca importantes desafios a prestação de cuidados de saúde, por apresentar vulnerabilidades específicas, como sejam as diferenças culturais e linguísticas, para além dos comuns determinantes sociais de saúde.

A Mutilação Genital Feminina (MGF) é uma prática considerada crime pelo Código Penal Português, que ocorre em parte da população imigrante, sendo objecto de medidas para a sua erradicação, no III Programa de Acção para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina 2014-2017.

A legislação portuguesa assegura igualdade de tratamento no acesso aos cuidados de saúde aos nacionais e aos estrangeiros residentes no país, garantindo assistência também aos imigrantes indocumentados, o que deve ser melhor difundido entre os profissionais de saúde, de modo a eliminar qualquer forma de discriminação.

A melhoria da integração dos imigrantes na sociedade portuguesa e o incentivo a participação no mercado de trabalho são apostas fundamentais para alcançar a equidade na saúde entre portugueses e imigrantes.

IV.2 - Como vivemos?

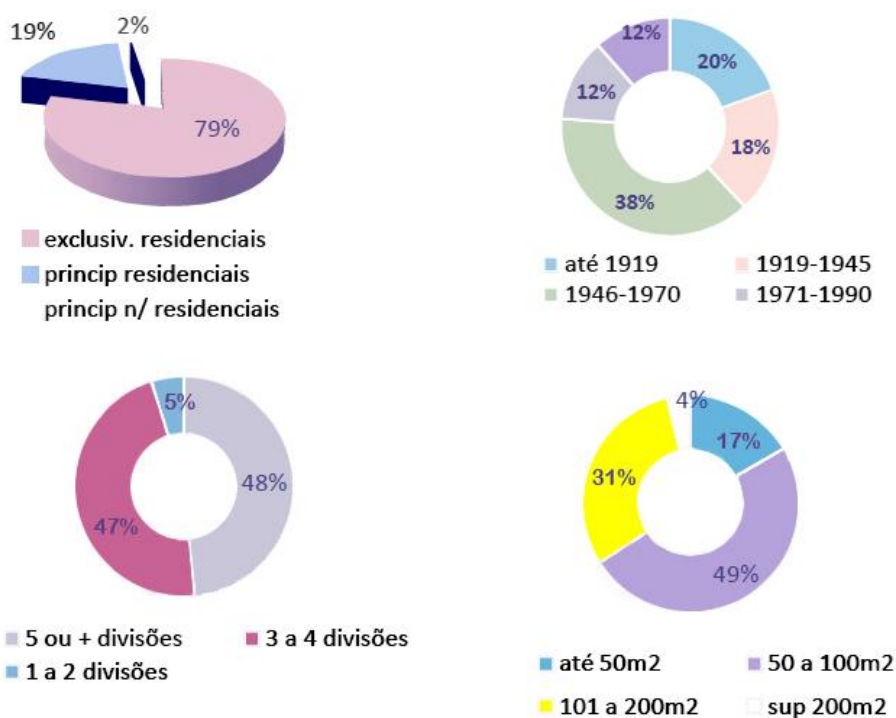
Habitação e condições de habitabilidade

O parque habitacional da cidade de Lisboa revela múltiplos períodos construtivos e apresenta uma elevada densidade construtiva e fortes dinâmicas de reabilitação nas áreas históricas centrais.

Do total de 52 696 edifícios clássicos existentes em 2011 na cidade de Lisboa, 18 488 (35%) eram construídos com base numa estrutura de paredes de alvenaria sem placa e de paredes de adobe ou alvenaria de pedra solta, ou seja, são suportados por estruturas em madeira e erguidos com paredes de tabique.

Predominavam também os edifícios com 3 ou mais alojamentos (59%) e estes, no seu conjunto, eram compostos por 3 a 4 (48%) ou por 5 ou mais divisões (47%), predominando as áreas de 50 a 100m² (49%), seguida pelos alojamentos com 100 a 200m² que representavam cerca de 31%.

Características do parque habitacional, Lisboa, 2011

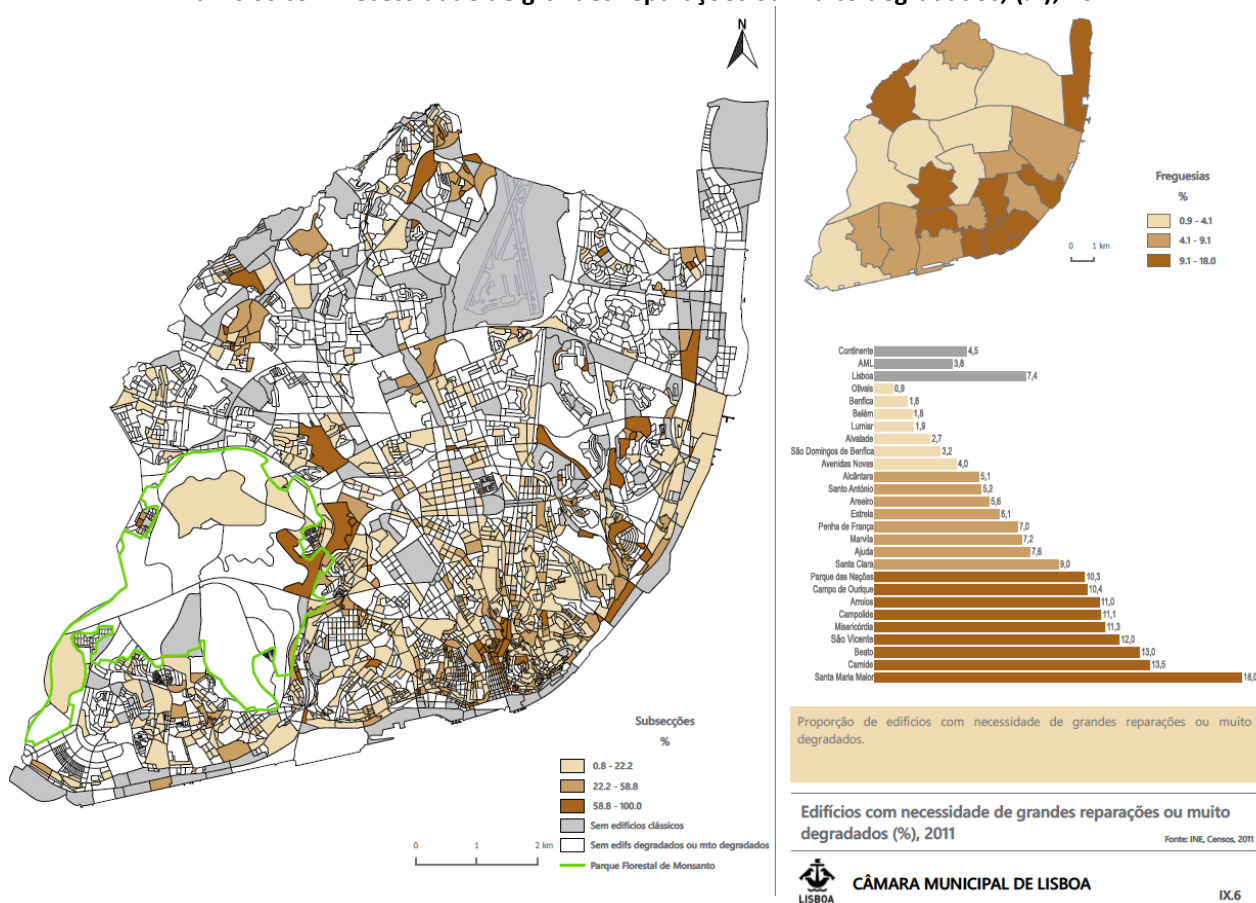


Fonte: CML/Censos Lisboa 2011, INE, I.P., Censos 2011

Segundo o Censos 2011, em Lisboa, dos 237 247 Alojamentos Familiares Clássicos de Residência Habitual, 26,2% tinham uma lotação adequada, enquanto 61,7% tinham divisões em excesso e 12,1% estavam sobrelotados.

Os edifícios com necessidades de grandes reparações ou muito degradados representavam ainda uma proporção elevada (7,3% do edificado) e correspondiam, na sua grande maioria, a edifícios com 50 e mais anos, ou seja, anteriores a 1961 (90%). As freguesias que se destacavam com uma maior proporção de edifícios identificados nesta categoria eram Santa Maria Maior (18%), Carnide (13,5%) e Beato (13%).

Edifícios com necessidade de grandes reparações ou muito degradados, (%), 2011



Fonte: Atlas Social de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Junho de 2017

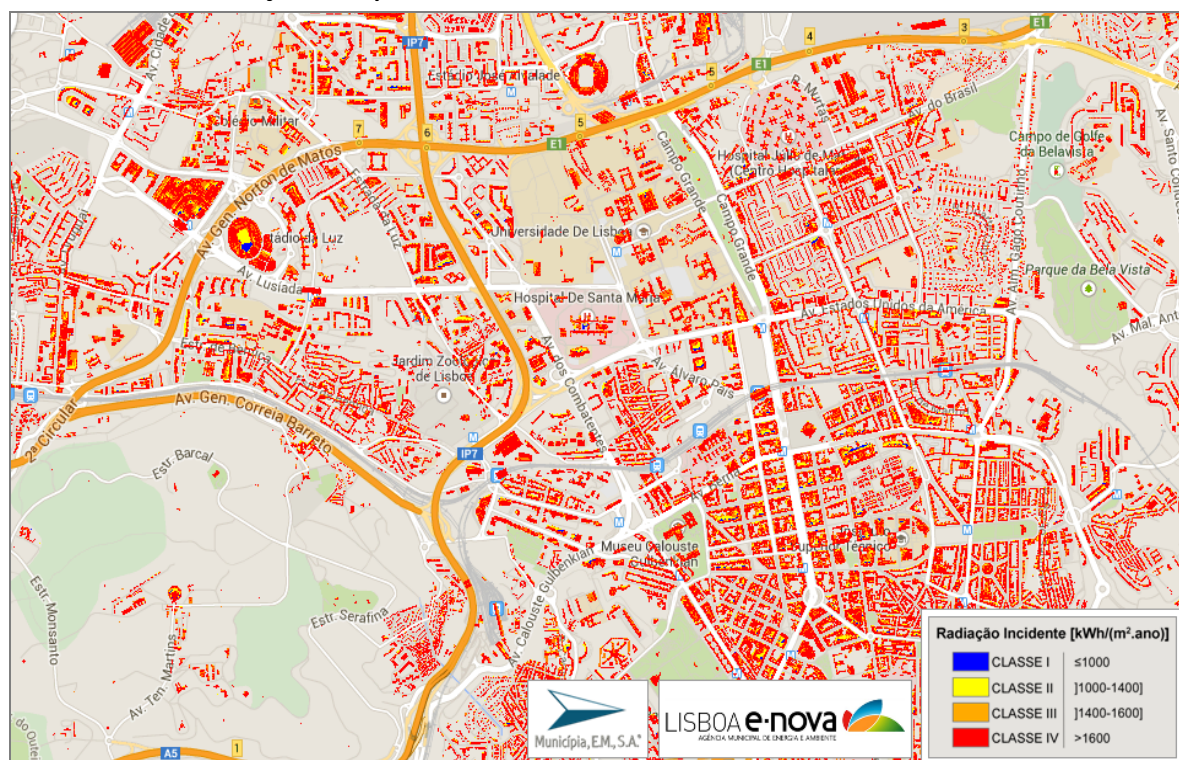
A degradação e deficiente infra-estruturação do edificado traduz-se em más condições de habitabilidade e de salubridade dos alojamentos, em que persistem baixos níveis de conforto térmico e deficientes condições de acesso a pessoas com mobilidade reduzida.

As deficientes condições de habitabilidade, a falta de salubridade, as patologias diversas do edificado (infiltrações, falta de isolamento, aquecimento, saneamento, pragas, etc.) induzem ou agravam um vasto conjunto de situações de doença crónica e criam situações de maior vulnerabilidade social e stress, sobretudo nas crianças e nos idosos.

Por outro lado, a correcta exposição solar das habitações tem efeitos positivos na saúde e no bem-estar, entando a privação da radiação solar associada à exposição dos seus ocupantes ao frio.

As habitações sem acesso solar suficiente, de fraca qualidade de construção, mal isoladas e sem aquecimento, são aquelas que constituirão, por exemplo, o maior risco para a ocorrência de doenças respiratórias, nomeadamente pneumonias, músculo esqueléticas e Síndrome Coronária Aguda.

Classificação da disponibilidade solar nas coberturas dos edifícios, Lisboa, 2011



Fonte: Carta do Potencial Solar do Concelho de Lisboa, Lisboa E-Nova, 2012

De forma equilibrada, a exposição solar tem efeitos positivos na saúde e no bem-estar. O sol é uma importante fonte de calor, pelo que a sua ausência está associada à exposição ao frio.

As habitações sem acesso a exposição solar suficiente constituem um risco para a saúde, apresentando, por exemplo, o maior risco para a ocorrência de doenças respiratórias, nomeadamente pneumonias, doenças músculo-esqueléticas e Síndrome Coronária Aguda.

A energia térmica solar pode ser captada e convertida em energia eléctrica, permitindo a produção de calor.

A colocação de sistemas solares nas coberturas constitui uma solução para a melhoria das condições de habitabilidade, apresentando Lisboa um elevado potencial ao ser a capital europeia mais soalheira, e existindo apoios comunitários para a sua instalação.

Ambiente – espaços verdes, consumo de água, tratamento de efluentes e qualidade do ar

Os espaços verdes de Lisboa contribuem decisivamente para a sustentabilidade e qualidade ambiental da cidade e, ao proporcionar as condições necessárias para que os cidadãos possam adoptar estilos mais activos e saudáveis, baseados em actividades físicas, desportivas e de recreio ao ar livre, contribuem igualmente para a melhoria das condições de vida e da saúde da população.

Os espaços verdes de recreio e produção, incluídos na estrutura ecológica integrada de Lisboa, representam 10,7% do território municipal.

Em 36 destes espaços verdes e espaços ribeirinhos da frente urbana do Tejo, encontram-se instalados aparelhos para a prática de exercício físico e/ou circuitos de manutenção, devidamente assinalados.

O apetrechamento dos espaços verdes com aparelhos de ginástica permite à população praticar exercício físico ao ar livre de forma auto-orientada e gratuita, devendo no entanto existir paralelamente programas com monitores de Educação Física para orientar os utilizadores sobre a melhor maneira de usar os equipamentos e praticar os exercícios, corrigindo posturas, esclarecendo sobre a velocidade de execução e amplitude dos movimentos, assegurando a prevenção de lesões.

Potencialidades da Estrutura Ecológica Municipal de Lisboa para a actividade física ao ar livre



Ainda no contexto da qualidade ambiental em meio urbano, o ar, a água e o saneamento básico são os principais factores biofísicos com influência na saúde.

São atribuíveis a factores ambientais:

- 24% do peso das doenças em anos de vida saudáveis perdidos
- 23% das mortes prematuras na população mundial.

Relativamente ao consumo de água potável, de acordo com a ONU, cada pessoa necessita de 3,3 m³/pessoa/mês (cerca de 110 litros de água por dia para atender às necessidades de consumo e higiene).

Em Lisboa, o consumo de água potável por habitante é excessivo, tendo sido em 2009 de 10 m³/pessoa/mês, 3 vezes mais do que o desejável.

Apesar da rede ter boa qualidade de água para consumo, 3/4 da população portuguesa prefere beber água engarrafada, pela sua hipotética maior pureza e benefícios para a saúde.

A produção de água engarrafada penaliza o ambiente com a produção de garrafas, rótulos e transporte.

Em Lisboa, a água engarrafada é no mínimo 400 vezes mais cara para o consumidor, do que a água da torneira.

O Programa Nacional para o Uso Eficiente da Água 2012-2020 (PNUEA 2012-2020) recomenda medidas e acções concretas a promover pelas Câmaras Municipais para a alteração de comportamentos, visando a redução do consumo de água.

Os efluentes de águas residuais do Concelho de Lisboa são 100% tratados e são conduzidos para as Estações de Tratamento de Águas Residuais (ETAR) de Chelas, Beirolas, Frielas e Alcântara, nas quais recebem tratamento, sendo posteriormente devolvidas ao meio receptor (rio Tejo).

A nova ETAR de Alcântara, a operar desde 2011, é a maior do país e faz o tratamento de nível avançado dos esgotos domésticos de mais de 756 000 habitantes de Lisboa, Amadora e Oeiras.

Quanto à qualidade do ar, esta resulta do maior ou menor grau de poluição atmosférica, o que constitui um dos principais problemas de saúde pública na sociedade moderna.

A qualidade do ar na cidade de Lisboa é globalmente boa. No entanto, no eixo central (Avenida Liberdade/Avenida Fontes Pereira de Melo) ocorre uma forte concentração dos poluentes com maiores impactos na saúde pública, resultantes da intensa circulação rodoviária, cujas medições têm ultrapassado nos últimos anos os limites legais, designadamente para o Dióxido de Azoto (NO₂) e para as Partículas (PM₁₀).

PM₁₀ - Valores de Medição e valores de referência para a proteção da Saúde Humana: Base diária (DL n.º 102/2010, de 23/9), Lisboa, 2011

PARTÍCULAS < 10µm (PM ₁₀)	Número de excedências encontradas nas estações de medição				N.º de excedências permitidas (dias)
	Beato	Av. Liberdade	Entrecampos	Restelo	
N.º de excedências (dias)	nd	113	28	20	35

Fonte: Agência Portuguesa do Ambiente: QualAr – Base de dados on-line sobre qualidade do ar (www.qualar.org)

A poluição do ar é o factor de stress urbano menos percebido pelos habitantes da cidade, a não ser que uma grande concentração afecte a visibilidade, provoque cheiros desagradáveis e sintomas de irritabilidade nos olhos.

Viver exposto a níveis altos de poluição atmosférica aumenta a susceptibilidade ao cancro do pulmão e pode levar ao desenvolvimento de Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas (DPOC); a inalação de partículas de metais poluentes pode dar origem a distúrbios neurológicos, de ansiedade e a doenças como Alzheimer e Parkinson.

Numa cidade, as fontes de emissão automóvel e doméstica são as que mais contribuem para a poluição do ar.

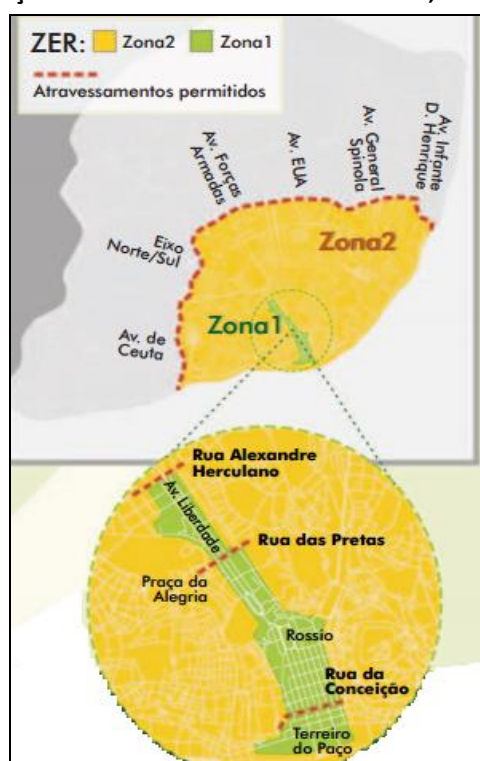
Embora a poluição do ar seja um factor de stress urbano, a população continuamente exposta a este tipo de poluição fica indiferente e perde a percepção do risco.

O aumento da utilização do Transporte Individual no acesso a cidade de Lisboa leva à deterioração da qualidade de ar exterior. Em 2011, na estação de medição da qualidade do ar da Avenida da Liberdade, o nº de dias por ano em que os valores medidos de PM10 excediam os valores legais era de 113, sendo o máximo legal de 35.

Na cidade de Lisboa foram delimitadas duas Zonas de Emissões Reduzidas (ZER): Zona 1 - Av. Liberdade/Baixa e Zona 2 - arco urbano entre Alcântara e o Braço de Prata, tendo sido estabelecidas, de forma faseada, restrições à circulação automóvel.

Em 15 de Janeiro de 2015 entrou em vigor a 3ª fase, na qual foram adoptadas as normas europeias EURO2 (restrição a veículos anteriores a 1996) na Zona 2 e EURO3 (restrição a veículos anteriores a 2000) na Zona 1. Estas restrições estão limitadas aos dias de semana entre as 7 e as 21 horas e não são aplicáveis aos residentes das respectivas áreas.

Delimitação das Zonas de Emissões Reduzidas, Lisboa, 2012



Fonte: CML

Para além do ar exterior, é fundamental considerar a qualidade do ar interior, já que a maioria da população vive, trabalha e descansa em ambientes construídos, passando cerca de 80-90% das suas vidas dentro de edifícios.

A qualidade do ar interior é influenciada pelo ar exterior e pelo sistema de ventilação.

Manter as janelas exteriores e as portas interiores fechadas reduz as taxas de ventilação e incrementa o teor de CO2 ao que se encontram associadas doenças respiratórias

Higiene urbana e resíduos

A CML efectua diariamente, em toda a cidade, a remoção dos resíduos indiferenciados e de forma selectiva os resíduos separados para reciclagem, que são posteriormente entregues nas diversas instalações da Valorsul.



Os resíduos que são colocados no caixote de lixo comum são encaminhados para valorização energética, sendo efectuada a queima dos resíduos e produzida energia eléctrica. Por dia, a Central do Lumiar recebe perto de 2 000 toneladas de resíduos e produz energia suficiente para alimentar uma cidade de 150 mil habitantes.

A produção de resíduos urbanos é um dos problemas ambientais com impacto mais significativo na saúde pública e no ambiente, não só porque contribui indirectamente para a transmissão de doenças, quando não devidamente tratado, como contamina o ar, o solo e as águas superficiais e subterrâneas.

Em 2011, cada português produziu 487 quilos de lixo totalizando quase cinco milhões de toneladas, em que mais de metade foi para aterro.

Ruído

O ruído tem efeitos fisiológicos, psicológicos e patogénicos, pelo que a exposição continuada a altos níveis de ruído, particularmente durante a noite, pode ter efeitos nefastos na saúde, interferindo com o pensamento, dificultando a comunicação, baixando o desempenho no trabalho, e causando stress.

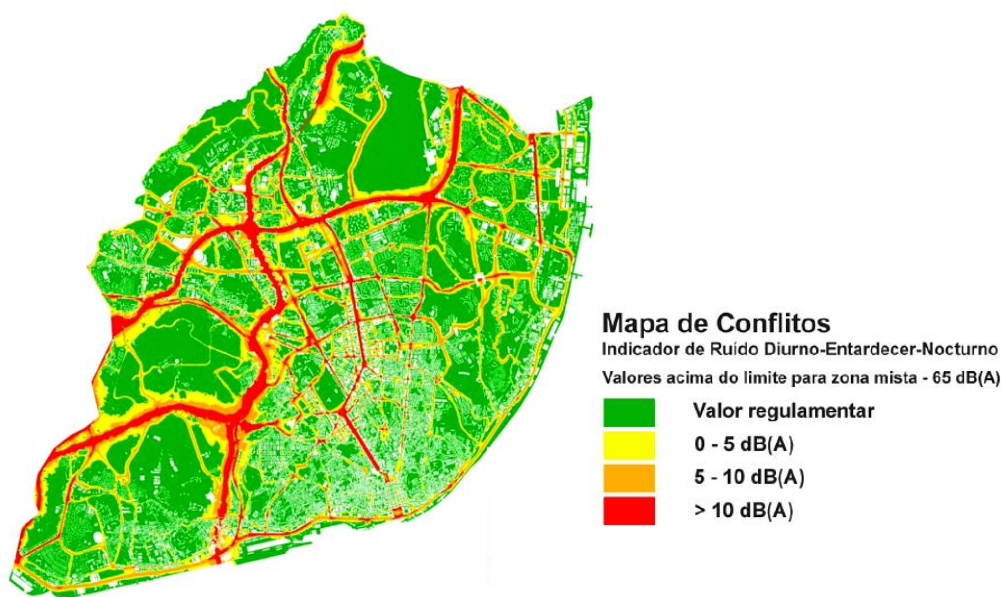
Em Lisboa, cerca de 33 mil pessoas estão expostas a níveis de ruído acima do máximo permitido por lei: 65dB diurno e 55dB nocturno nas Zonas Mistas.

As áreas próximas de discotecas e estabelecimentos de diversão nocturna são bastante afectadas, bem como as áreas no enfiamento das pistas do aeroporto e as zonas com maior tráfego de automóveis, em especial de veículos pesados.

A execução da primeira fase do Plano de Acção do Ruído, elaborado pelo Município, permitirá uma redução de 79% da população que está exposta a níveis de ruído superiores ao máximo legal.

Da análise do mapa de conflitos do ruído para o período de L_{den}^{29} , constata-se que a mancha de conflito é reduzida, estando cada vez mais reduzida à faixa de rodagem.

Mapa de Conflitos do ruído rodoviário para o indicador L_{den}^{20} (Diurno,Entardecer,Nocturno), Lisboa, 2010



Plano de Acção do Ruído, Lisboa, 2010

A exposição continuada a altos níveis de ruído, particularmente durante a noite, pode ter efeitos deletérios na saúde.

Em Lisboa, cerca de 33 mil pessoas estão expostas a níveis de ruído acima do máximo permitido por lei.

A execução da primeira fase do Plano de Acção do Ruído, elaborado pelo Município, permitirá uma redução de 79% da população que está exposta a níveis de ruído superiores ao máximo legal.

²⁹ L_{den} – indicador que representa a média ponderada dos níveis de ruído nas 24h do dia

Alterações Climáticas

Ondas de Calor

A Estratégia Nacional de Adaptação às Alterações Climáticas estabelece como um dos domínios prioritários para a saúde humana a ocorrência de eventos térmicos extremos. De facto, a exposição excessiva e prolongada a temperaturas elevadas constitui um factor de stress para o organismo humano, particularmente para o sistema cardiovascular.

No entanto é de salientar que não obstante os impactes das vagas de calor serem actualmente muito mais divulgados e estudados, o peso da mortalidade associada ao frio é ainda maior, inclusive em países onde o Inverno é considerado ameno, como Portugal.³⁰

As ondas de calor contribuem significativamente para o surgimento de patologias cardiovasculares e respiratórias, afectando principalmente os idosos e as crianças. Os impactes variam, dependendo da idade, classe económica, ocupação e género, sendo a população mais carenciada a mais afectada.

As temperaturas altas aumentam os níveis de ozono e poluentes atmosféricos, desencadeando crises de asma, doenças respiratórias e situações de desidratação principalmente nos idosos.

Quando a temperatura do ar e os níveis de humidade ultrapassam o intervalo óptimo de conforto, podem surgir sintomas de mal-estar resultantes do sobreaquecimento do corpo humano. Consequentemente, o indivíduo deverá fazer adaptações ambientais apropriadas para restabelecer a sua sensação de conforto – ingerir água, procurar uma sala climatizada, mudar o vestuário, entre outros.

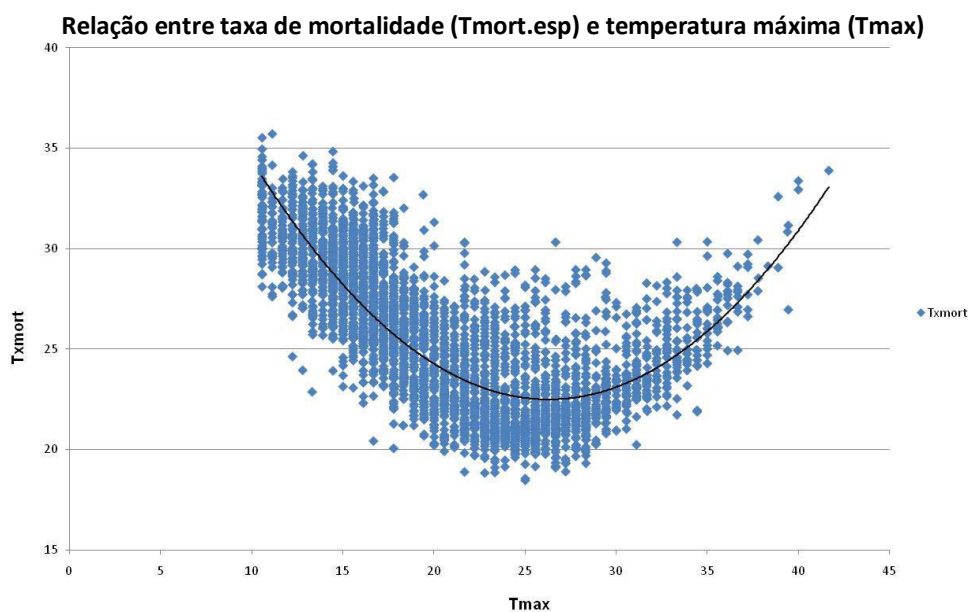
O estudo da associação entre temperatura e mortalidade revela que em cada região os valores mínimos de mortalidade ocorrem num determinado intervalo de temperatura – uma “faixa” de temperatura óptima – acima e abaixo do qual aumenta o número de óbitos.

Num estudo elaborado pela Universidade de Lisboa³¹, baseado na análise estatística dos óbitos diários e de variáveis climáticas, entre os anos 1998 e 2008, concluiu-se que há uma relação estatisticamente significativa entre a mortalidade diária e a temperatura máxima e mínima diária graficamente em forma de U.

Estudando a associação entre temperatura e mortalidade, conclui-se que em cada região os valores mínimos de mortalidade ocorrem num determinado intervalo de temperatura – uma “faixa” de temperatura óptima – acima e abaixo do qual aumenta o número de óbitos.

³⁰ *Temperaturas extremas e mortalidade: modelação espacial da vulnerabilidade das populações na Área Metropolitana de Lisboa (AML)*
Helena Nogueira, Paulo Manuel Simões Canário e Henrique José Nunes

³¹ *CANÁRIO, Paulo, et al. Modelação estatística da relação entre mortalidade e condições atmosféricas na Área Metropolitana de Lisboa. Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa. II Workshop Internacional sobre Clima e Recursos Naturais nos Países de Língua Portuguesa, Bragança, Portugal, 15 - 19 Novembro, 2010.*



Não existe porém uma estatística sobre a quantidade de pessoas que morrem anualmente por causa das ondas de calor em Lisboa, embora se possa verificar que existe uma tendência global de aquecimento, que certamente irá influenciar as ondas de calor na frequência e duração, e portanto, irá conduzir a um aumento da mortalidade devido ao calor.³²

Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas

O Plano de Contingência para Ondas de Calor (PCOC) integra um sistema de previsão e alerta que funciona durante o período de 15 de Maio a 30 de Setembro. No sistema são definidos 3 níveis de alerta: verde, amarelo e vermelho, baseados em critérios de carácter genérico, relacionados com o índice-Alerta-ÍCARO³³, com as temperaturas máximas e mínimas

Neste Plano, para além da identificação dos recursos financeiros e também dos recursos materiais, como sejam os meios de transporte e os abrigos, além das questões inerentes à sua gestão (manutenção, limpeza, segurança...), são igualmente identificados grupos vulneráveis, como sejam:

- idosos,
- acamados,
- crianças nos primeiros anos de vida,
- portadores de doenças crónicas e imunodeprimidos,
- pessoas com problemas de saúde mental,
- pessoas isoladas sem abrigo e sem condições de habitabilidade,
- trabalhadores com actividades desenvolvidas ao ar livre,
- turistas e visitantes da região, participantes em grandes eventos, etc.

³² CANÁRIO, Paulo, *Methodology for assess thermal extremes mortality risk in urban areas. Finisterra, Research Group of Climate and Environmental Changes CLIMA - Centro de Estudos Geográficos- Universidade de Lisboa. 2010.*

³³ O Instituto Ricardo Jorge desenvolveu o Sistema de Monitorização e Vigilância ÍCARO, no âmbito do qual se estuda o efeito de factores climáticos na saúde humana. O Índice Alerta Ícaro é uma medida numérica do risco potencial que as temperaturas ambientais elevadas têm para a saúde da população, que compara os óbitos previstos com os óbitos esperados sem o efeito das temperaturas extremas.

A implementação do Plano conta com a criação de 3 grupos de operacionais de:

- 1.gestão da informação, em que se incluem também os meios de comunicação social, as Juntas de Freguesia, as Paróquias e os estabelecimentos de ensino;
- 2.saúde e assistência, com os principais parceiros, ACES, Câmaras Municipais, ISS, Comissões Municipais de Protecção Civil, IPSS, Juntas de Freguesia;
- 3.crise – alerta vermelho, que reúne ainda as Corporações de Bombeiros, a SCML, as unidades de saúde privadas, as Forças de Segurança e Militares, as Farmácias, a CPCJ, etc.

Mobilidade, motorização e movimentos pendulares

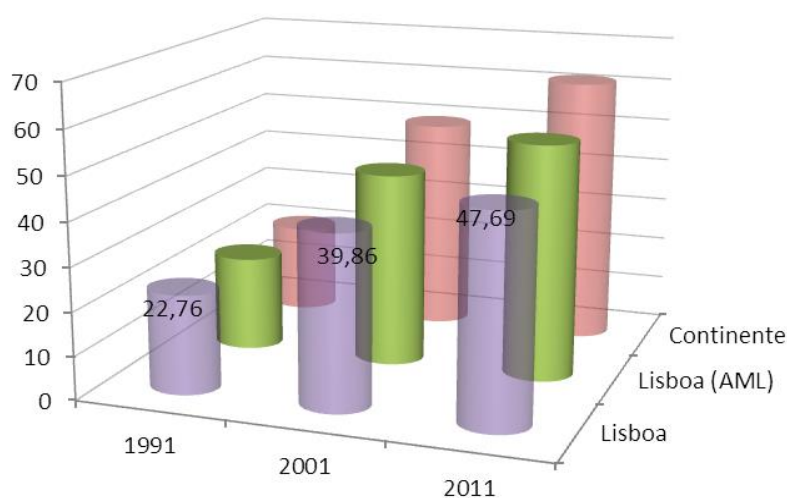
Em 2002 a taxa de motorização da cidade de Lisboa mantinha-se elevada; após um forte crescimento durante a década de 90, era de 672 veículos ligeiros/1 000 hab, valor mais elevado do que a média do país (554).

Devido aos movimentos pendulares casa-trabalho, a população que se deslocava diariamente para Lisboa representava mais de 3/4 (78%) daquela que residia na cidade, proporção que tinha diminuído ligeiramente desde 2001, em que era de cerca de 80%.

Apesar de uma ligeira diminuição, em 2013 apresentava o valor de 589 veículos ligeiros/1 000 hab, valor superior ao da AML (475 veículos ligeiros/1 000 hab).

A utilização do transporte particular é geradora de sedentarismo, aumentando a incidência de doenças como a obesidade e a diabetes, enquanto as perturbações do trânsito, as filas de espera e os engarrafamentos, para além de uma maior exposição às partículas de poluição atmosférica, provocam ainda ansiedade e stress.

Utilização do automóvel nas deslocações (%), Continente, AML e Lisboa, 1991 a 2011



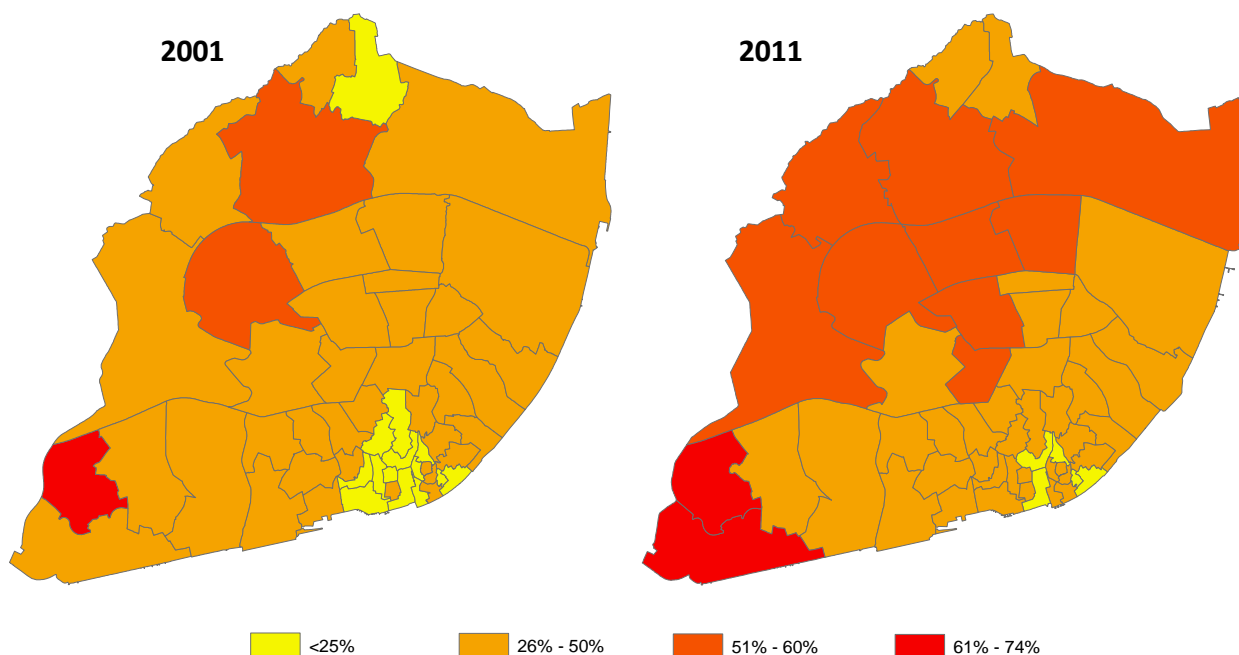
Fonte: Censos 2011

Considerando os residentes na cidade de Lisboa em 2011, cerca de 1/4 da população empregada ou estudante utilizava mais do que um modo de transporte nas suas deslocações.

O automóvel ligeiro era o modo de transporte mais utilizado pela população residente na cidade (103 974 indivíduos), seguindo-se o autocarro (59 224), as deslocações a pé (51 586) e o metropolitano (35 451).

Em 2011, a utilização do automóvel por mais de 50% da população empregada ou estudante assumia maiores proporções em praticamente toda a coroa periférica, continuando com maior expressão nas freguesias a Ocidente.

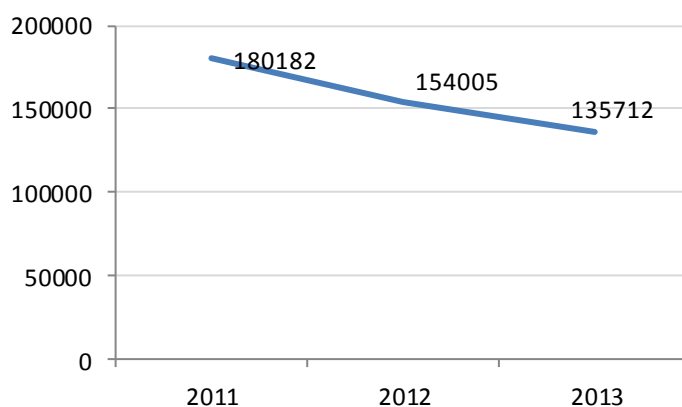
Utilização do automóvel nas deslocações (%), Lisboa, 2001 e 2011



Fonte: INE, Censos 2011

O Metropolitano de Lisboa registou no triénio 2011/13 uma redução global do número de passageiros transportados, verificando-se entre 2012 e 2013 uma redução de 12%.

Passageiros transportados no Metropolitano de Lisboa (nº), 2011 a 2013



Fonte: INE; Estatísticas dos transportes, 2011 a 2013

Sinistralidade rodoviária, laboral e doméstica

A sinistralidade rodoviária tem graves consequências sociais e económicas, constituindo os acidentes de viação a primeira causa de morte no mundo para a população de 15-29 anos.

Entre 2001 e 2011, a cidade de Lisboa apresentava taxas de mortalidade por acidente de viação, inferiores às do Continente, mas mais elevadas do que muitos concelhos da área da Grande Lisboa.

Taxa de Mortalidade padronizada por acidente de viação por sexo e para todas as idades, Continente, RLVT e Concelhos da Grande Lisboa, 2009-2011

	HM	H	M
Continente	8,4	13,8	7,1
Lisboa e Vale do Tejo	7,9	13,0	6,8
Odivelas	3,9	7,1	1,4
Loures	5,1	7,5	5,2
Sintra	5,2	9,1	3,2
Cascais	5,7	8,3	7,3
Amadora	5,7	9,7	3,8
Oeiras	6,4	10,4	6,6
Lisboa	6,6	11,0	7,3
Vila Franca de Xira	8,2	11,9	10,7
Mafra	10,2	19,1	2,1

Fonte: ARS LVT, 2013 / INE

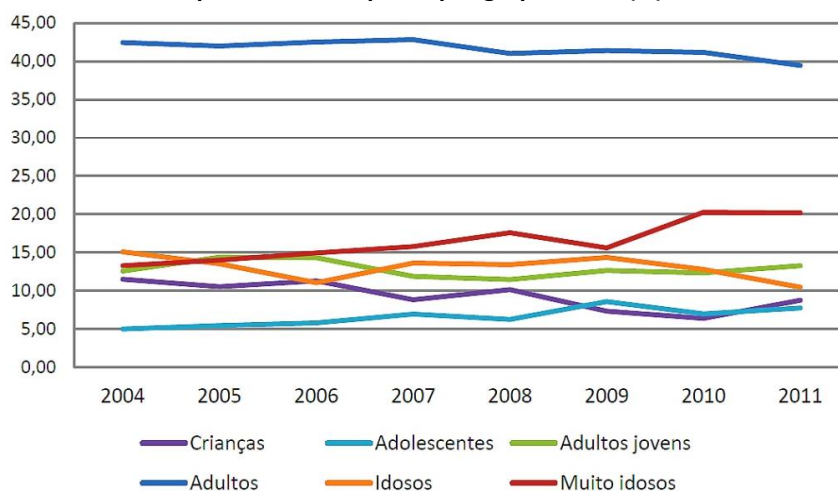
No Distrito de Lisboa, o número de acidentes envolvendo vítimas oscilava entre aproximadamente os 7 000 e os 7 500, tendo ocorrido uma diminuição entre 2009 e 2011. No entanto, o número de acidentes em que se registaram vítimas mortais e/ou feridos graves aumentou no mesmo período de 369 para 390.

Em particular, os sinistros de atropelamento de peões causam não só vítimas mortais, como também feridos e sobretudo feridos graves, que resultam em graves problemas de saúde, internamentos hospitalares e longos períodos de tratamento e inactividade das vítimas.

Relativamente ao número de atropelamentos de peões (com vítimas mortais, feridos graves e feridos ligeiros) ocorridos nas freguesias de Lisboa, entre 2004 e 2007 e entre 2010 e 2011, verifica-se que as cinco freguesias com maiores valores eram Avenidas Novas, Alvalade, Arroios, Benfica e Santa Maria Maior, com uma média de 40 ou mais vítimas anuais em resultado de atropelamentos.

A maioria dos atropelamentos (cerca de 40%) envolveu indivíduos adultos. No entanto, os atropelamentos de idosos cresceram de 12,8% em 2004 para 20,4% em 2011, constatando-se que 35,4% da totalidade de vítimas mortais e 36% dos feridos graves, eram pessoas idosas.

Peso relativo dos atropelamentos de peões por grupo etário (%), Lisboa, 2004 a 2011



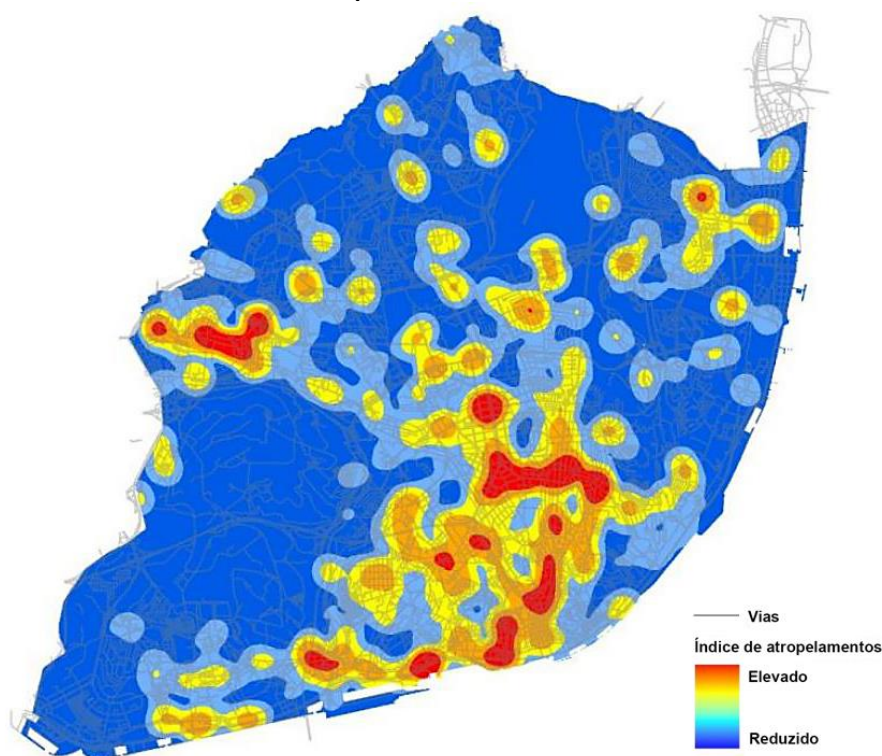
Fonte: Plano de Acessibilidade Pedonal de Lisboa, Via Pública, Volume 2, Dezembro 2013

De salientar igualmente o aumento das ocorrências de atropelamento envolvendo crianças nas áreas envolventes das escolas públicas de cerca de 6% em 2010 para 8,5% em 2011.

Considerando a maior gravidade da lesão resultante dos sinistros rodoviários na cidade de Lisboa, verifica-se a existência de eixos e/ou zonas mais críticas, como sejam os eixos Av. da Índia - Avenida 24 de Julho, Avenida de Berna, Estrada de Benfica e Avenida Almirante Reis.

Considerando o índice de atropelamentos, existiam no território municipal locais de maior incidência dos fenómenos de sinistralidade por atropelamento de peões, onde persistiam problemas estruturais e situações de atravessamento pedonal mais perigosas.

Índice de atropelamentos, Lisboa, 2010-2011



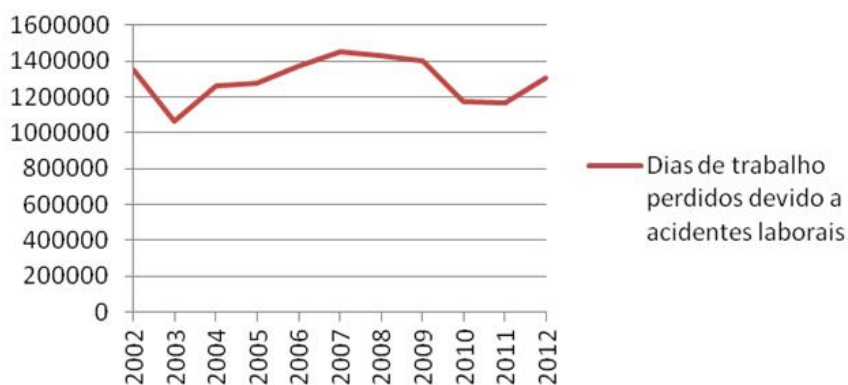
Fonte: Plano de Acessibilidade Pedonal de Lisboa, Via Pública, Volume 2, Dezembro 2013

A actividade laboral não é isenta de acidentes e de riscos para a saúde dos trabalhadores, sendo frequentes os problemas músculo-esqueléticos, de visão, audição, stress, ansiedade e depressão, resultantes da exposição permanente e continuada a factores de risco para a saúde, tanto física como mental.

Os custos sociais das doenças e acidentes de trabalho são normalmente muito elevados, desde a morte do trabalhador ou de diferentes graus de incapacidades, que afectam os agregados familiares, muitas vezes conduzindo a situações de pobreza e exclusão social.

São também muito elevados os custos económicos associados aos tratamentos de recuperação e reabilitação (custos médicos, hospitalares, terapias) e ao período de inactividade do trabalhador (medido em dias de trabalho perdidos).

Dias de trabalho perdidos por acidentes de trabalho (nº), Distrito de Lisboa, 2002 a 2012



Fonte: Séries Cronológicas de Acidentes de Trabalho - Gabinete de Estratégia e Estudos
Ministério da Economia 2002-2012 e ACT- Autoridade para as Condições de Trabalho

Os acidentes de trabalho ocorrem com maior frequência nos grupos etários mais jovens, sendo os indivíduos do sexo masculino mais propensos a este tipo de sinistros.

Enquanto que os homens sofrem mais de problemas de coluna e costas, normalmente associados a tarefas de movimentação manual de cargas, as mulheres sofrem mais de stress, depressão ou ansiedade e problemas no pescoço, braços, ombros e mãos (tendinites), problemas que normalmente estão associados a tarefas de precisão e repetição.

Muitos dos problemas de saúde e graus de incapacidade que ocorrem nos adultos e nos idosos são causados, agravados ou potenciados pelos riscos laborais a que os trabalhadores estão expostos ao longo da sua vida activa, causando danos físicos e psíquicos.

Entre 2007 e 2012, no Distrito de Lisboa, verificou-se uma ligeira tendência de diminuição do número total de acidentes laborais (mortais e não mortais), oscilando entre 42 668 em 2007, 35 254 em 2010 e 39 184 em 2012. A tendência de evolução do número de acidentes de trabalho com vítimas mortais foi decrescente, tendo baixado de 61 mortes em 2002 para 15 vítimas mortais em 2013.

O Programa Nacional de Saúde Ocupacional (2013-2017) da Direcção Geral de Saúde, tem como objectivos gerais aumentar os ganhos em saúde no local de trabalho e de valorizar a saúde dos trabalhadores junto das entidades empregadoras, dos responsáveis pela governação e da sociedade em geral.

Acidentes de trabalho, total e com vítimas mortais (nº), Distrito de Lisboa, 2002 a 2014

Distrito de Lisboa	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Acidentes de trabalho (mortais e não mortais)	42346	36926	41122	40717	42306	42668	42341	40467	35254	38770	39184	n.d.	n.d.
Acidentes de trabalho mortais	61	52	41	38	41	39	28	37	29	19	16	15	21

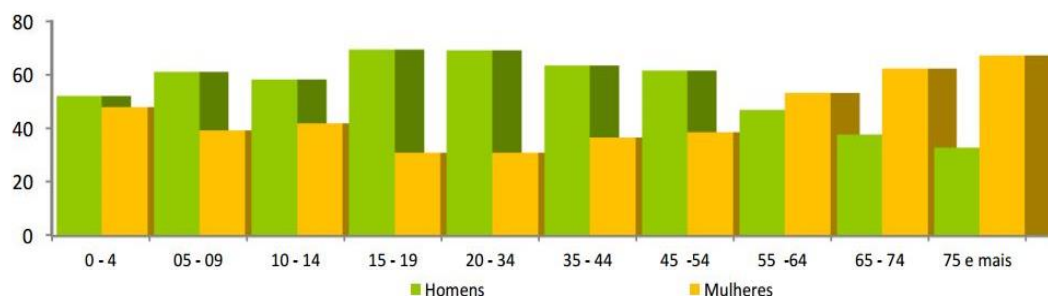
Fonte: GEE/ME, Acidentes de Trabalho e ACT- Autoridade para as Condições de Trabalho

“(…) ao nível mundial, cerca de 2 milhões de pessoas morrem todos os anos em virtude de acidentes e doenças ligadas ao trabalho e perto de 160 milhões sofrem de doenças não mortais, relacionadas com a actividade profissional (…)”³⁴

A sinistralidade doméstica é a principal causa de morte das crianças e jovens até aos 18 anos de idade. Em 2012, as crianças até aos 14 anos foram as maiores vítimas de acidentes domésticos e de lazer, representando 41,5% do total dos acidentados.

As quedas foram a principal causa de acidentes domésticos (59,5%), seguindo-se os cortes, queimaduras e intoxicações. Entre 2000 e 2009, 104 crianças e jovens morreram devido a uma queda e 40 000 foram hospitalizados.

Acidentes domésticos e de lazer, distribuição percentual segundo o sexo e o grupo etário, Portugal, 2010



Fonte: INSA, Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada (ADELIA)

Enquanto que os acidentes rodoviários e laborais apresentavam progressivamente resultados mais satisfatórios, com a redução de casos e de gravidade dos danos, o mesmo não se verificava em relação aos traumatismos por acidentes domésticos e de lazer.

Os acidentes domésticos e de lazer continuavam a ser responsáveis pela maioria (73%) dos traumatismos que afectam particularmente grupos vulneráveis como os indivíduos com menos recursos, as crianças e os idosos.

A maioria dos acidentes domésticos envolvendo crianças deve-se a faltas de atenção e desvalorização do risco por parte dos adultos, verificando-se que grande parte desses acidentes são evitáveis através da vigilância.

³⁴ “Evolução, desafios e prioridades de investigação em Saúde do Trabalho”, in Revista “Segurança”, Janeiro/Fevereiro 2016

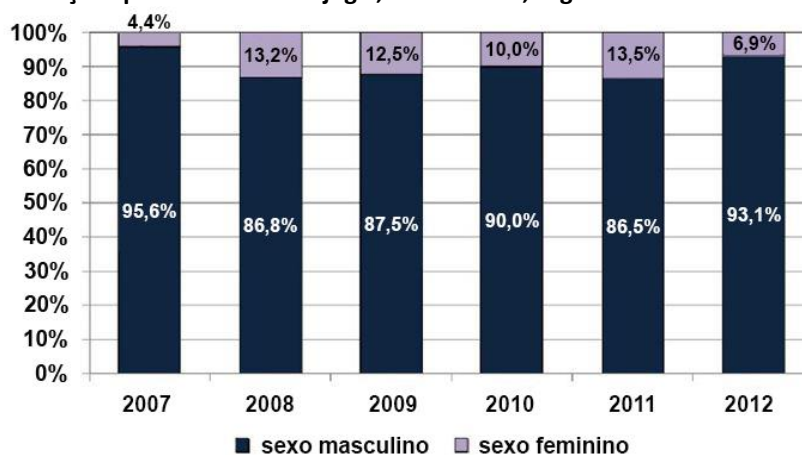
Violência Doméstica

Desde 2012 o número de queixas por violência doméstica tem vindo a crescer ao nível nacional, tendo sido em 2013 o segundo tipo de crime mais participado às autoridades, logo a seguir ao furto, com 27 318 participações.

Os crimes de violência doméstica representavam 84,2% do total de crimes relatados pelas vítimas à APAV em 2013, em que mais de 80% das vítimas são mulheres, embora existam também queixas por violência doméstica apresentadas por homens (15,5% das 26 084 participações no país em 2012).

A maioria das mulheres agressoras age em “legítima defesa”, sem contudo lhes ser reconhecida essa atenuante no momento de serem julgadas, uma vez que o homicídio não ocorre frequentemente em confronto directo, mas aproveitando um momento de vulnerabilidade do agressor (ex: sono em consequência de bebedeira), sendo raros os casos de absolvição nestas circunstâncias.

Condenações por homicídio conjugal, 2007 a 2012, segundo o sexo do condenado



Fonte: Ministério da Justiça, DGPI Direcção Geral da Polícia de Justiça, Boletim de Informação Estatística 22, Novembro 2013

Os maus tratos físicos infringidos nas vítimas, originam dores crónicas, fibromialgias, problemas do trato gastro-intestinal, podendo ainda originar perturbações de ansiedade e depressão, fobias, stress, distúrbios alimentares, comportamentos de risco sexuais, abuso de álcool, tabaco e drogas.

As consequências nas mulheres podem também afectar a sua saúde reprodutiva, originando problemas de gestação.

As mulheres vítimas de violência doméstica apresentam um risco 4 vezes superior de ter uma gravidez de risco ou um filho com baixo peso à nascença.

A prevenção é possível e deve começar nos actos médicos de rotina, para o que deve ser feita formação aos médicos de família para identificarem os sinais de risco. O despiste da violência deve fazer parte das rotinas como a medição da tensão arterial.

Todas as mulheres grávidas fazem o teste da diabetes, por exemplo, mas a probabilidade de serem diabéticas é menor do que serem alvo de violência doméstica.

IV.3 - Que saúde temos, de que sofremos e morremos?

A evidência epidemiológica aponta para uma clara associação entre os estilos de vida e o estado de saúde. Deste modo, a caracterização dos estilos de vida dos habitantes da cidade é fundamental para compreender os principais factores que determinam a saúde e doença da população.

Hábitos alimentares

Os hábitos alimentares interferem em todas as áreas da saúde, sendo por isso determinante o papel das instituições na sua prevenção e promoção. O facto de os maus hábitos alimentares afectarem com maior incidência crianças, idosos e grupos socio-económicos mais vulneráveis, contribui para aumentar as desigualdades em saúde.

Os bons hábitos alimentares remetem para uma alimentação que seja simultaneamente completa, equilibrada e variada de forma a, respectivamente, incluir todos os alimentos, assegurando assim a sua diversidade.

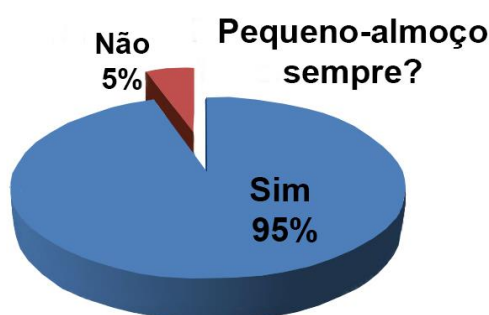
As dietas que incorporam maior ingestão de vegetais, legumes e frutos, fibras vegetais e hidratos de carbono complexos, provenientes de cereais integrais, assim como a redução das gorduras saturadas e do sal, são alguns dos elementos que têm sido associados a um melhor estado de saúde.

A crise económica provocou nalgumas famílias uma desarticulação nas refeições diárias, provocando uma dieta desequilibrada, acentuando-se esta problemática em determinadas áreas da cidade de Lisboa.

Em 2010, em Portugal, 6,7% dos jovens nunca tomavam o pequeno-almoço durante a semana, ou só tomavam às vezes (12,9% em média), tendo esta tendência sido mais acentuada nas raparigas do que nos rapazes, em todas as idades.

Os jovens da Região de Lisboa eram os que apresentavam os valores mais baixos quanto a este indicador, em que apenas 76,8% dos jovens tomava o pequeno-almoço todos os dias.

Numa amostra de crianças de 5-6 anos de algumas escolas do ACES Lisboa Central, verificou-se que era feita uma média de 6 refeições diárias, mas que 5% destas crianças não tomavam sempre o pequeno-almoço.



Fonte: Perfil Aces Central, 2013. Projecto Crescer Saudável – 2010,

O papel das escolas, tanto na criação das ementas das refeições, como na participação em programas de educação alimentar, é fundamental para a criação de bons hábitos nas crianças e através destas para o esclarecimento das famílias.

(In) Segurança alimentar

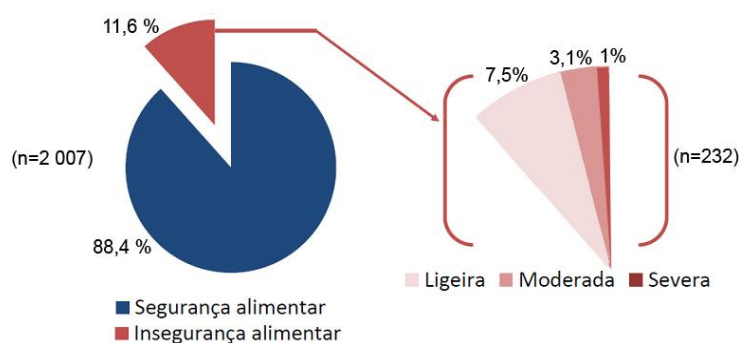
A segurança alimentar é um conceito que se refere à existência de alimentos disponíveis e em quantidade e qualidade suficientes para proporcionar uma vida activa e saudável.

A insegurança alimentar está normalmente associada à carência de alimentos (fome e subnutrição), mas também à má nutrição (alimentação em excesso e de má qualidade). Existem assim escalas de insegurança alimentar ligadas à subnutrição e à sobrenutrição.

Num projecto de investigação de 2014 do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa foi inquirida uma amostra de 2 007 representantes de famílias a residir em Portugal Continental com pelo menos uma criança dependente em idade escolar, a frequentar um nível de ensino entre o pré-escolar e o 3º ciclo do ensino básico³⁵.

Este estudo revelou que das 2 007 famílias inquiridas, 11,6% (232) estão em situação de insegurança alimentar, encontrando-se 7,5% em situação ligeira, 3,1% em situação moderada e 1% em situação severa, isto é, quando a sensação de fome já inclui as crianças.

Percentagem de famílias com pelo menos uma criança em idade escolar em situação de Insegurança Alimentar e segundo o grau de severidade, Portugal Continental, 2014



Fonte: Inquérito à Pobreza e Segurança Alimentar das Famílias Portuguesas com crianças em Idade Escolar, 2014

A insegurança alimentar pode ser **ligeira** (quando não há fome, mas sim alguma perturbação na capacidade de dar resposta a uma alimentação adequada e há necessidade de reorganizar a sua gestão), **moderada** (quando a ingestão de alimentos foi reduzida e implica uma sensação de fome) e **severa** (quando todos os elementos, incluindo as crianças, reduziram a ingestão e têm a sensação de fome)³⁶.

A percentagem relativa à situação de Insegurança Alimentar dos inquiridos na Região de Lisboa (11,7%) mostrou-se idêntica à do conjunto dos inquiridos no total no Continente (11,6%), embora segundo o grau de severidade tivesse apresentado uma distribuição ligeiramente menos grave: 7,9% ligeira, 3,4% moderada e 0,5% severa.

Tanto a carência de alimentos (subnutrição) como o excesso de alimentos inadequados (ex: fast-food, alimentos com excesso de açúcar e de sal) estão muitas vezes associados a situações de pobreza.

³⁵ Truninger, Mónica (2014); "INSEGALM – Estudo de Caracterização da Pobreza e Insegurança Alimentar Doméstica das Famílias com Crianças em Idade Escolar", Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

³⁶ Bickel, Nord, Price, Hamilton & Cook (2000)

Efectivamente, os segmentos da população de baixos rendimentos e com carências alimentares são frequentemente aqueles onde se verificam hábitos alimentares desadequados, com ingestão de alimentos pouco saudáveis e com excesso calórico.

O desemprego e as conseqüentes situações de precaridade social afectam progressivamente a estabilidade familiar, levando a que a satisfação de obrigações e compromissos passe a ser o centro das preocupações da gestão orçamental, afastando hábitos alimentares mais saudáveis.

A mudança nos consumos alimentares das “famílias inseguras” traduz-se geralmente num aumento de enlatados, conservas e congelados, a par de um decréscimo no consumo de carne e peixe.

Ao contrário, a tendência global das famílias, quando não se encontram confrontadas com situações de constrangimento financeiro, é a de dispensarem mais atenção à qualidade do consumo de alimentos, adoptando hábitos mais racionais e saudáveis.

Sedentarismo

O sedentarismo é definido como a falta ou a grande diminuição da actividade física, um comportamento induzido por hábitos decorrentes da vida moderna dominada pela utilização da tecnologia e a tendência cada vez maior de substituição das actividades ocupacionais por actividades com menor gasto energético.

A vida sedentária contribui para o agravamento de algumas doenças crónicas como a hipertensão arterial, a obesidade e a diabetes.

Uma grande parte da população de Lisboa, empregada no comércio e nos serviços, exerce profissões que não exigem esforço físico intenso, apoiadas nas tecnologias da Informação e da comunicação à distância, e dependem do automóvel para as suas deslocações diárias em meio urbano e periurbano.

Em Lisboa em 2011, apenas 17% das pessoas empregadas ou estudantes se deslocavam a pé ou utilizavam a bicicleta como meio de deslocação.

Para combater o sedentarismo e minimizar um conjunto diverso de sintomas associados a diversas patologias, a OMS refere que o indivíduo deve realizar 30 minutos diários de actividade física moderada 4 ou mais vezes por semana, garantindo dessa forma uma vida mais saudável e activa, contribuindo para uma poupança significativa nas despesas de saúde pública.

Andar a pé constitui uma forma de exercício de intensidade moderada, sendo uma forma de lutar contra o sedentarismo, a obesidade, a diabetes e as doenças cardiovasculares

Desporto e actividade física

De acordo com a Carta Desportiva do Município de Lisboa, aprovada em 2010, a área desportiva útil (ADU) existente na cidade era de 910 648 m², considerando as instalações desportivas de base formativa. Este valor corresponde a 1,61m² de ADU/habitante, um valor aquém dos valores de referência europeus (4m² ADU/Hab), verificando-se que 51% das freguesias da cidade apresentavam um rácio de ADU/hab inferior a 1m².

Entre 2009 e 2014, o investimento realizado pelo Município de Lisboa (24,6 M€) nos Complexos Desportivos Municipais, em outras instalações desportivas municipais, e no apoio atribuído pela CML às instalações desportivas de clubes, corresponde a 38,4% do montante global do investimento previsto em 2009 (64 M€).

O apoio ao associativismo desportivo entre 2009 e 2014 atingiu um montante global de cerca de 8 milhões de euros, dos quais, 4,5 milhões para o desenvolvimento da actividade desportiva regular e 3,5 milhões para obras de beneficiação em instalações desportivas, com impactos importantes no número de clubes apoiados e praticantes abrangidos: 102 clubes e 119 000 praticantes em 2014.

Durante o mesmo período, e em termos globais, o apoio à beneficiação e requalificação de instalações desportivas abrangeu 121 700 m2 de área desportiva útil.

O número de crianças e jovens abrangidos pelo programa municipal Desporto Mexe Comigo evoluiu de 516 (em 2008/09) para 1 518 (em 2013/14).

Programa “Desporto Mexe Comigo”

Programa	Impactos	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14
Desporto Mexe Comigo	N.º de crianças e jovens abrangidos	516	757	885	1.069	1.157	1.518
	N.º de polos de actividade	1	4	7	12	10	11
	N.º de entidades parceiras	6	10	17	26	28	37

Anualmente, e em média, a CML apoia cerca de 180 entidades na realização de 313 provas desportivas. Em média, estima-se que este apoio abranja 130 000 praticantes desportivos, em cada ano.

Programa “Infância em Movimento” e “Apoio à Natação Curricular”

Programa	Impactos	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14
Natação Curricular 1.º C Ensino Básico	N.º de escolas / N.º turmas envolvidas	31-168	58-371	74-502	75-499	81-523	82-550
	N.º crianças abrangidas	3.436	6.929	9.593	9.852	10.362	11.269
	N.º crianças UAE	-	-	-	-	57	61

Nas Piscinas Municipais, o número de utentes regulares cresceu de 8 140 em 2009, para 9 796 em 2013, correspondente a um acréscimo de 5% anual.

Andar a pé e de bicicleta diariamente tem efeitos positivos para a saúde do indivíduo, da comunidade e da cidade como um todo.

Andar a pé também promove, ao nível da comunidade, um maior contacto e uma maior interacção entre os indivíduos, contribuindo dessa forma para o aumento da coesão social e da equidade.

A utilização da bicicleta na cidade de Lisboa é crescente, sobretudo devido a uma maior disponibilidade e apreço da população para a este modo de transporte.

O Desporto é fundamental para o desenvolvimento humano, melhorando a saúde pública e o bem-estar, para além de contribuir para a inclusão social.

A OMS recomenda 30 minutos diários de actividade física moderada para adultos, incluindo idosos, e 60 minutos de intensidade moderada para crianças e jovens.

Lisboa deve dispor de percursos saudáveis que permitam fomentar a caminhada, tanto para a população residente como para a população que vem diariamente trabalhar.

A meta voluntária de cada país até 2025, preconizada no Plano Global para a Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis 2013-2020 da Assembleia Mundial de Saúde é a redução de 10% da prevalência de actividade física insuficiente.

Lisboa dispõe de uma rede de percursos cicláveis que, no final de 2010, tinha cerca de 80Km de extensão total, prevendo-se a construção de mais 150km até 2018. Até 2012, cerca de 35% da rede ciclável estava implantada em espaço pedonal. Após 2013 foi adoptada uma nova estratégia que pretende alterar este cenário, promovendo a ocupação do espaço viário pela bicicleta até 63%.

Rede de Percursos e Corredores Cicláveis de Lisboa em 2010



Fonte: CML/DMAU

Comportamentos viciantes e dependências (álcool, tabaco e drogas)

Segundo a OMS, em 2011 em Portugal o consumo de álcool era dos mais elevados do Mundo, sendo de 13,4 litros de álcool per capita. O uso crónico de bebidas alcoólicas em grandes quantidades pode desenvolver várias complicações como: esofagite, gastrite e úlcera, hepatite e cirrose hepática, pancreatite, demência e cancro.

Outras complicações a referir são o impacto negativo na família e na sociedade com reacções de violência verbal e física, o perigo de condução sobre o efeito de álcool, provocando acidentes de viação e faltas no trabalho. Pode ainda nalguns casos levar ao suicídio.

O aumento do consumo de álcool ocorre a partir dos 15 anos, verificando-se que as situações de embriaguez têm vindo a aumentar de 2006 a 2011 passando de 34% para 42%.

O tabagismo é considerado pela OMS como a principal causa de morte evitável em todo o Mundo, tendo o tabaco, tal como o álcool, consequências graves na saúde do indivíduo.

Os malefícios do tabaco também são sentidos pelos fumadores passivos (Indivíduos que não fumam mas que trabalham e/ou convivem com fumadores inalando o fumo do tabaco), que podem vir a sofrer, em consequência, de asma, bronquite crónica e cancro do pulmão.

Em 2012, Lisboa tinha na população com mais de 18 anos cerca de 21,1% de fumadores do sexo masculino e 17,0% de mulheres, além de ex-fumadores, com 32,4% de homens e 12,7% de mulheres e ainda cerca de 25,8% de fumadores passivos.

Percentagem da população com mais de 18 anos na Região de Lisboa, consumo de tabaco em 2012

	Fumador ocasional	Fumador	Ex-fumador	Passivos
Homens	7.6	21.1	32.4	
Mulheres	3.6	17	12.7	
				25.8

Fonte: Instituto Nacional de Saúde, 2013

Distribuição da população portuguesa segundo 4 determinantes de saúde relacionados com comportamentos em 2005/2006

SEXO	Consumo de Tabaco	Consumo de álcool em níveis de risco	Alimentação não saudável	Actividade física insuficiente
Masculino	30,9	10,5	10,1	56,9
Feminino	12,7	8,1	7,0	62,7
Total	21,4	9,2	8,5	60,0

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, www.insa.pt, Boletim epidemiológico nº1 -2012

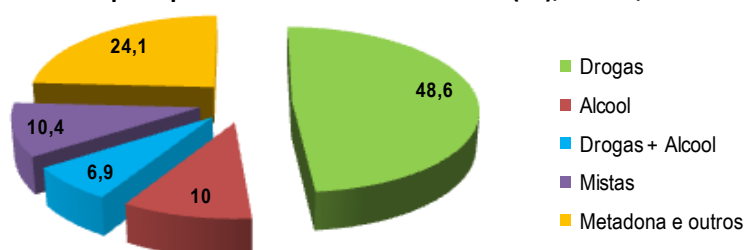
Tabaco – Inclui fumadores diários e ocasionais; **Álcool** – inclui consumo de bebidas alcoólicas superiores a 3 bebidas por dia no caso dos homens e 2 no caso das mulheres; **Alimentação** – inclui ausência de consumo de verduras, frutos ou vegetais no dia anterior, ou utilização preferencial de gorduras saturadas na confecção em casa; **Actividade física** – prática inferior a 75 minutos de actividade física vigorosa ou 150 minutos de actividade física moderada na semana anterior, ambas em períodos mínimos de 10 minutos.

Os consumos de substâncias psicoactivas têm um efeito imediato no individuo, afectando o sistema nervoso central e causando diversas doenças como lapsos de memória, diminuição da inteligência, insónia, perturbações nervosas, falta de apetite, complicações ao nível do sistema respiratório, digestivo e circulatório.

O consumo contínuo de drogas leva à dependência química que pode levar à morte precoce, tendo também um efeito negativo na família e na sociedade, estando relacionado com o desenvolvimento e/ou agravamento de diversas patologias do foro mental, como a ansiedade, depressão, pânico, fobias e esquizofrenia.

Em Lisboa e de acordo com os dados das Equipas de Tratamento, a heroína continuava em 2012 a ser a substância mais utilizada como droga principal, com cerca de 60%, seguida da cocaína com 6% e a utilização de álcool como droga com cerca de 3%. Após 2012 verificou-se uma mudança de hábito, com o crescimento da utilização da cocaína-base em detrimento da heroína.

Utentes por tipo de substâncias consumidas (nº), Lisboa, 2012



Fonte: Plano Operacional de Respostas Integradas – PORI - Resumo do Diagnóstico do Território: Concelho de Lisboa – Out. 2013

Em Lisboa, a zona da cidade onde havia maior consumo de drogas era a freguesia do Lumiar, seguida do Campo Grande e de Arroios, freguesia onde se verificava o maior consumo de álcool, seguida das freguesias de Santa Maria Maior e São Vicente.

A prevenção e o tratamento são fundamentais para estes indivíduos e para a sociedade em geral.

Em Portugal, a percentagem de novos utentes admitidos (primeiros pedidos de tratamento com problemas relacionados com o uso de drogas) na rede pública de cuidados de saúde, com idade inferior ou igual a 24 anos, aumentou de 20% em 2009 para 34% em 2013.

Na Região de Lisboa, o número de utentes inscritos com problemas relacionados com o uso de drogas e que iniciaram tratamento era em 2013 de 473 (24% do total nacional). Quanto aos utentes que foram readmitidos com problemas relacionados com o uso de drogas, foram em 2013 de 646 (30% do total nacional).

Um fenómeno, cuja dimensão tem vindo a crescer no espaço europeu é o do fabrico de novas drogas sintéticas, que não se encontrando referenciadas na legislação existente chegam a ser vendidas livremente, assim como as substâncias que entram na sua composição, que não se inserem nas categorias das substâncias controladas internacionalmente, dificultando o controlo do seu tráfico.

Este fenómeno, embora preocupasse as autoridades nacionais, não era expressivo no nosso país, nem Portugal estava por enquanto na rota deste tipo de tráfico; em 2013, das drogas recentes, as autoridades nacionais só identificaram uma substância nova em Portugal, das 81 identificadas no Espaço Europeu.

Acompanhamento nas Equipas de Tratamento (ET) das Unidades de Intervenção Local (UIL)

De acordo com dados de 2014³⁷, encontravam-se em acompanhamento nas Equipas de Tratamento (ET) das Unidades de Intervenção Local (UIL), com intervenção no concelho de Lisboa, 4 586 doentes que representam 30% dos utentes acompanhados por todas as ET da Região de Lisboa e Vale do Tejo (15 343), dos quais 2 781 eram residentes no concelho de Lisboa e representavam 18% do total de utentes activos.

Utentes Activos³⁸ nas Equipas de Tratamento das UIL (nº) (%), Região de Lisboa e Vale do Tejo, 2014

	nº	%
Utentes Activos da RLVT atendidos nas oito UIL da ARSLVT	15 343	100
Utentes Activos nas três equipas localizadas em Lisboa (Unidade de Desabituação - Centro das Taipas, Equipa de Tratamento de Xabregas, Unidade de Alcoologia)	4 586	30
Utentes Activos com residência em Lisboa e atendidos nas ET das UIL da ARSLVT localizadas no concelho (Taipas, Xabregas e UAL)	2 781	18

Fonte: SIM – dados 2014

³⁷ Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM).

³⁸ Utente Activo: com pelo menos um evento assistencial com o estado de Realizado no período em estudo registado nesta Unidade. O utente Transferido/Disponibilizado é sempre considerado como “Activo” na Unidade de origem (Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. Sistema de Informação Multidisciplinar – SIM. Orientações gerais de registo. Pág. 1).

Analisando a evolução dos utentes activos residentes no concelho de Lisboa, nos 7 anos decorridos entre 2008 e 2014, verifica-se um decréscimo até 2011, seguido de um aumento.

Utentes Activos nas Equipas de Tratamento, (n.º), Região de Lisboa e Vale do Tejo, 2008 a 2014

	nº (independentemente do concelho de residência)	nº (residentes no Concelho de Lisboa)	
		total	Taipas, Xabregas e UAL
2008	12.720	2.668	2.330
2009	12.707	2.412	2.080
2010	14.613	1.756	1.528
2011	14.462	2.116	2.007
2012	14.409	2.647	2.435
2013	15.108	3.018	2.690
2014	15.343	3.180	2.781

Fonte: SIM

Entre os utentes activos com residência no concelho de Lisboa, que recorreram às diferentes Equipas de Tratamento, a heroína continuou a ser a substância mais referida como droga principal (40%), seguida da cannabis (5%). O álcool assumiu-se como a segunda substância mais consumida pelos indivíduos inscritos nas Equipas de Tratamento, com uma representatividade de 19%.

Caracterizando a população toxicodependente inscrita nas Equipas de Tratamento da Cidade de Lisboa do ponto de vista sociodemográfico, e relativamente ao género, constata-se que a maioria dos utentes activos (74%) era do sexo masculino.

A média das idades dos utentes situava-se nos 42 anos. No entanto, esta média tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, sendo de salientar que 31% dos utentes tinha mais de 50 anos, o que aponta para o claro envelhecimento da população toxicodependente que procura apoio nos serviços de tratamento.

A população com comportamentos aditivos e dependências, inscrita nas Equipas de Tratamento, possuía um nível de escolaridade inferior à população geral, residente na cidade de Lisboa, tendo 55% dos utentes o ensino básico (1º, 2º e 3º ciclos). Apenas 9% dos utentes tinham grau universitário ou frequência universitária.

Em relação ao emprego dos utentes com residência no concelho de Lisboa, é possível conhecer os dados para 70,11% dos utentes (1 787), verificando-se que os utentes desempregados somavam 952, representando 44,96% (dos quais 24,79% estavam desocupados há mais de um ano e 12,55% tinham ficado desocupados há menos de um ano).

Os utentes com situação profissional activa representavam 27,93% do total de utentes, enquanto apenas 18,12% tinham um trabalho estável, demonstrando a clara fragilidade social da população inscrita nas Equipas de Tratamento, o que associado aos baixos níveis de escolaridade dificulta a capacidade de inserção profissional desta população.

Em 2014, no que se refere à situação perante a justiça, verifica-se que, do total de 2 781 utentes activos atendidos nas 3 UIL e residentes na cidade de Lisboa, 342 (12%) já tinham estado presos e que 74,3% (2 065 utentes) apresentavam antecedentes judiciais. As freguesias de Marvila, Olivais e Benfica eram as que apresentavam maior incidência de problemas judiciais dos seus residentes (antecedentes judiciais e prisão efectiva).

Doenças crónicas e de evolução prolongada

A prevalência de doenças crónicas tem registado um aumento significativo nas últimas décadas, sendo associada às mudanças culturais e sociais, traduzidas em novos padrões comportamentais, ao envelhecimento da população e à crescente urbanização.

Obesidade

Estima-se que mais de 50% da população mundial em 2025 será obesa, caso não venham a ser adoptadas medidas que contrariem aquilo que é já considerada uma epidemia.

Existe uma forte relação entre a obesidade e factores de vulnerabilidade, nomeadamente o baixo nível socio-económico, o tipo de estrutura familiar, alterações na dinâmica familiar e sobrealimentação.

A ARS Lisboa e Vale do Tejo detém 3,6% de pessoas com registo de obesidade e 1,6% com excesso de peso entre o nº de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários.

Nº e percentagem de pessoas com registo de Obesidade entre o nº de utentes dos Cuidados de Saúde Primários, por ARS, 2010

ARS	NºUtentes inscritos	Nº	%
ARS Norte	4.046.891	90.106	2,23
ARS Centro*	1.648.303	55.732	3,38
ARS LVT	3.664.010	59.747	3,62
ARS Alentejo	555.721	14.027	2,52
ARS Algarve	503.762	2.063	0,41
Total Continente	10.418.687	221.675	2,13

Fonte: SIM@SNS/ACSS ; * Falta Beira Interior Sul (BIS) e Pinhal Interior Sul (PIS) da Unidade Local de Saúde (ULS) Castelo Branco

Nº e percentagem de pessoas com registo de Excesso de Peso entre o nº de utentes dos Cuidados de Saúde Primários, por ARS, 2010

ARS	NºUtentes inscritos	Nº	%
ARS Norte	4.046.891	50.987	1,26
ARS Centro*	1.648.303	25.497	1,55
ARS LVT	3.664.010	30.714	1,86
ARS Alentejo	555.721	5.065	0,91
ARS Algarve	503.762	724	0,14
Total Continente	10.418.687	112.986	1,08

Fonte: SIM@SNS/ACSS ; * Falta Beira Interior Sul (BIS) e Pinhal Interior Sul (PIS) da Unidade Local de Saúde (ULS) Castelo Branco

A obesidade infantil na região de Lisboa e Vale de Tejo apresentava em 2010 uma prevalência de 16,4% de crianças entre os 6 e os 9 anos com pré-obesidade e de 15,5% com obesidade, constituindo uma das regiões com valores mais elevados.

O combate às elevadas taxas de obesidade e aos baixos níveis de bem-estar das crianças constitui um dos três Desafios Gulbenkian³⁹, o de mais longo prazo, a envolver todos os sectores da sociedade, com a Educação e a Saúde em primeiro lugar.

Diabetes

Estima-se que a diabetes tenha atingido em 2015 mais de 415 milhões de pessoas em todo o mundo, continuando a aumentar em todos os países. Em 44% destas pessoas, a diabetes não foi ainda diagnosticada, prosseguindo a sua evolução silenciosa.

Portugal posiciona-se entre os países europeus que registam uma elevada taxa de prevalência da diabetes (12,9%), um valor superior ao encontrado na Grande Lisboa (5,1%) e no Concelho de Lisboa (5,6%).

População inscrita nos Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de diabetes, RLVT, Grande Lisboa, Lisboa, 31.12.2012

Região / ACES		Grupos etários					Total
		0-19	20-39	40-59	60-79	>79	
RLVT	Total diabéticos	938	5 119	47 534	127 442	30 110	211 143
	%	0,1	0,5	4,7	16,9	15,1	5,66
Grande Lisboa	Total diabéticos	447	2 597	23 400	62 736	14 342	103 522
	%	0,1	0,5	4,4	15,8	14,0	5,1
Concelho Lisboa*	Total diabéticos	103	676	6 065	17 979	5 420	30 243
	%	0,1	0,5	4,6	15,4	13,4	5,6

Fonte: SIARS – Sistema de Informação da ARSLVT; * % de inscritos com Médico de Família – 87%

Em 2015, a prevalência da Diabetes é estimada em 13,3% para a população portuguesa entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos), isto é, estima-se que mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tenha Diabetes.

O envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa, essencialmente nos escalões entre os 20 e os 79 anos, refletiu-se num aumento de 1,6 pontos percentuais (p.p.) da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%.

Quanto à taxa de prevalência da Diabetes, a doença encontra-se diagnosticada em 56% dos indivíduos, encontram-se por diagnosticar nos restantes 44%.⁴⁰

³⁹ “Um futuro para a Saúde”, Fundação Calouste Gulbenkian, 2014 - 3 Desafios:

1. Baixar a incidência das infeções hospitalares – reduzir para metade as taxas de infeção em 10 hospitais públicos, num período de 3 anos.
2. Suster o crescimento da prevalência de diabetes – evitar que em 5 anos 50.000 pessoas desenvolvam a doença.
3. Contribuir para que o país se torne líder em matéria de saúde e desenvolvimento da primeira infância – conseguir progressos mensuráveis, a longo prazo, no estado de saúde e no bem-estar das crianças.

⁴⁰ “Diabetes, Factos e Números, o ano de 2015”, Observatório da Diabetes, Relatório Anual, edição de 2016.

As lesões e complicações associadas à diabetes podem atingir diversos órgãos, principalmente os rins, os olhos, nervos periféricos e sistema vascular, sendo frequentemente fatais.

A diabetes é a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores. Em 2012, entre os residentes no Concelho de Lisboa ocorreram nos hospitais da ARSLVT, 41 episódios hospitalares de amputações por complicações da diabetes.

Entre 2009 e 2011, no concelho de Lisboa, o número de óbitos por diabetes oscilou entre 258 e 297.

A Diabetes em Portugal no ano de 2015 representou um custo de 1 936 milhões de euros (só para o grupo etário dos 20 aos 79 com Diabetes), o que representa 1% do PIB nacional e 12% da despesa em saúde.

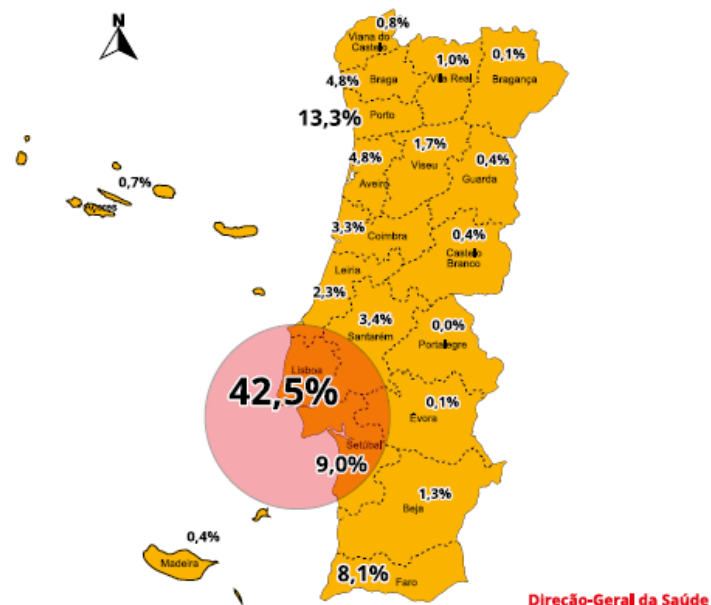
Em 2014 a Fundação Calouste Gulbenkian, em resposta ao Relatório “Um Futuro para a Saúde”, assumiu o Desafio o de “Suster o crescimento da prevalência de diabetes – evitar que em 5 anos 50 000 pessoas desenvolvam a doença.”

VIH/Sida

Em Portugal, o número de casos de infecção tem vindo a diminuir de forma moderada mas consistente desde o ano 2000. Desde o início da epidemia, 75% dos casos notificados situam-se entre os 20 e os 44 anos.

Nas Regiões de Saúde Norte e de Lisboa e Vale do Tejo verificou-se o maior número de casos notificados (78,8%), sendo que a região de Lisboa e Vale do Tejo, só por si, notificou mais de metade dos casos notificados em Portugal (53,7%). Por distrito, no ano de 2011, Lisboa representava 42,5%.

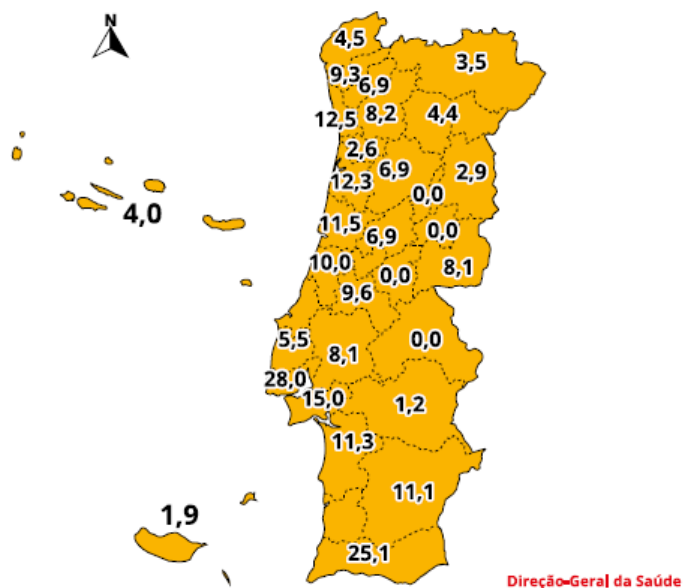
Proporção dos casos notificados de infecção por VIH, ano de diagnóstico 2011, por Distrito e Regiões Autónomas



Fonte: INSA/DDI-URVE (dados a 15.05.2013)

Em 2011, a taxa de novos casos (por 100 000 habitantes) revelava que a região da Grande Lisboa apresenta a taxa mais elevada (28,0), seguida do Algarve (25,1).

Taxa de novos casos de infecção por VIH, por 100 000 habitantes, ano de diagnóstico 2011, por NUTS III e Regiões Autónomas



Fonte: INSA/DDI-URVE (dados a 15.05.2013 / INE, Estimativas ad hoc de população residente em Portugal em 31.12.2011, NUTS I, II e III (NUTS 2002)

Em 2014 o Concelho de Lisboa continuou a registar o maior número de casos (14,7%). A Área Metropolitana de Lisboa constituiu a área de residência de 43,9% dos novos casos em seguimento ambulatorio. Dum total de 1 045 casos o Concelho de Lisboa registou 154.

No contexto de crise sócio-económica houve uma exposição aumentada ao VIH sendo necessário continuar a desenvolver acções para promover o teste do VIH, reduzir a proporção de casos não diagnosticados e aumentar a adesão atempada à terapêutica.

Doenças sexualmente transmissíveis

Entre 2000 e 2005 foram reportados 5 020 casos diagnosticados de infeções sexualmente transmissíveis (clamídia, gonorreia, HPV e sífilis), dos quais 3 374 em instituições localizadas na cidade de Lisboa.

Doenças oncológicas

A incidência do cancro tem vindo a aumentar nos últimos anos, constituindo a principal causa de morte prematura (antes dos 70 anos de idade). No conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro cardiovasculares.

Estima-se que muitas das mortes resultantes de doenças oncológicas seriam evitáveis através de medidas de prevenção primária, como a diminuição à exposição ao tabagismo e de prevenção secundária através do diagnóstico precoce em rastreios.

No concelho de Lisboa, em 2011 ocorreram 1 828 óbitos por tumor maligno. Verifica-se que as taxas de mortalidade padronizadas para o mesmo ano são superiores no concelho de Lisboa. Este facto merece uma análise mais aprofundada, no sentido de determinar em que parte tal se deve efectivamente a uma maior incidência ou prevalência destas patologias, ou a um melhor diagnóstico quer da doença quer da causa de morte.

Nº de óbitos por tumor maligno, 1981, 2001, 2009, 2010 e 2011

Territórios	Óbitos por tumores malignos					
	Anos	1981	2001	2009	2010	2011
Continente		13 635	20 958	23 190	23 805	24 471
RLVT		5 320	8 047	8 838	9 087	9 264
Grande Lisboa		3 293	4 596	5 038	5 145	5 121
Lisboa		1 973	1 909	1 861	1 904	1 828

Fonte: Retrato da Saúde da Lisboa, 2013 / INE

Dos vários tipos de tumores malignos, três merecem especial relevo, quer pela sua elevada incidência quer pelo facto de serem preveníveis, o caso do tumor da mama e do cólon através da prevenção secundária (diagnóstico precoce), e o do tumor do aparelho respiratório através da modificação dos comportamentos de exposição ao fumo de tabaco e à poluição.

Taxas de Mortalidade Padronizadas em todas as idades por tumor maligno do cólon e reto, 2009-2011

Território	HM	H	M
Continente	22,0	30,5	25,4
Lisboa e Vale do Tejo	23,5	32,4	27,4
Concelho de Lisboa	24,0	34,3	42,1

Fonte: Retrato da saúde da lisboa, 2013 / INE.

Taxas de Mortalidade Padronizadas no sexo feminino por tumor maligno da mama, 2009-2011

Território	Todas as idades	<65 anos
Continente	34,8	25,3
Lisboa e Vale do Tejo	41,6	29,8
Concelho de Lisboa	60,9	37,3

Fonte: Retrato da saúde da lisboa, 2013 / INE.

Taxas de Mortalidade Padronizadas em todas as idades por tumor maligno da laringe, traqueia e pulmão, 2009-2011

Território	HM	H	M
Continente	26,2	47,5	15,6
Lisboa e Vale do Tejo	27,5	49,7	17,4
Lisboa	35,0	63,4	32,3

Fonte: Retrato da saúde da lisboa, 2013 / INE.

A uniformização da informação referente aos rastreios oncológicos em curso foi um passo essencial para a sua monitorização e controlo.

A taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno, ainda que com variações, não tem sofrido alterações significativas, sendo mais elevada nos homens.

Doenças respiratórias

A mortalidade por doenças respiratórias constitui a terceira principal causa de morte em Portugal, a seguir às doenças cardiovasculares e aos tumores.

Entre 2009 e 2011 ocorreu uma ligeira diminuição no peso da mortalidade por doenças respiratórias em Portugal, passando de 12 170 para 11 917 óbitos.

As doenças respiratórias crónicas atingem cerca de 40% da população portuguesa⁴¹, calculando-se uma prevalência de 10% para a asma, de 25% para a bronquite crónica e 14,2% para a DPOC em pessoas com mais de 40 anos.

Considerando que a mortalidade respiratória afecta claramente as faixas etárias mais idosas, estando relacionada com o envelhecimento da população, torna-se expectável que o número de pessoas com doença respiratória venha a aumentar e que este tipo de patologias venha a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, impondo ao sistema de saúde uma necessidade crescente de cuidados respiratórios.

As patologias mais importantes sob o ponto de vista da sua prevalência são:

- Bronquite Crónica
- Asma;
- Pneumonias;
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
- Tuberculose

As doenças respiratórias constituem a 5.ª principal causa médica de internamento hospitalar.

Asma

Em Portugal, a prevalência média da asma atinge mais de 11% da população no grupo etário dos 6-7 anos, 11,8% no dos 13-14 anos e 5,2% no dos 20-44 anos, estimando-se que o número total de doentes com asma activa possa ultrapassar os 600 000.

A prevalência da asma é mais elevada na população infantil e juvenil, constituindo uma causa frequente de internamento hospitalar. A mortalidade neste tipo de patologias ocorre sobretudo a partir dos 65 anos e é claramente superior no sexo masculino.

A maioria dos internamentos hospitalares por asma brônquica ocorre na faixa etária abaixo dos 18 anos, constatando-se cerca do dobro de internamentos no sexo masculino. A mortalidade hospitalar é baixa e ocorre apenas a partir dos 65 anos.

⁴¹ Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

Pneumonias

Nos últimos anos ocorreu um incremento do número de utentes diagnosticados com pneumonia bacteriana nos hospitais ao nível nacional, de 36 444 em 2007 para 46 556 em 2013, dando origem a mais de 60 868 internamentos hospitalares, dos quais 22 637 (37%) na Região LVT. Em Portugal, o número de óbitos por pneumonia bacteriana foi em 2013 de 13 909, dos quais 5 514 ocorreram na Região LVT (39%).

Relativamente a esta patologia respiratória não existem grandes diferenças de mortalidade entre sexos e constata-se que a mortalidade começa a ganhar expressão numérica a partir dos 55 anos, com aumento muito acentuado a partir dos 75 anos.

DPOC

A prevalência de DPOC aumenta com a idade e com a carga tabágica, em ambos os géneros. Tem uma fraca expressão (2%) no grupo etário dos 40 aos 49 anos, sendo de 10,2% no grupo dos 50 aos 59 anos e atingindo o valor de 30,8% acima dos 70 anos. Nesta última faixa etária e no sexo masculino a prevalência de DPOC é muito elevada, atingindo valores de 47,2%.

A maioria dos internamentos hospitalares decorrentes da DPOC ocorre nas faixas etárias acima dos 40 anos. Ocorreram mais episódios de internamento por DPOC no sexo masculino do que no sexo feminino. Esta diferença acentuou-se nos grupos etários de 65 ou mais anos.

Tuberculose

Em Portugal, os episódios de internamento hospitalar por tuberculose têm diminuído de 1 427 utentes diagnosticados e tratados em 2007 para 1 208 em 2011. No entanto, nos últimos dois anos houve um aumento para os 1 351 em 2013, dos quais 632 (47%) na Região LVT.

O número de episódios de internamento associados à tuberculose em Portugal foi em 2013 de 2 006, em que 48% ocorreram na Região LVT.

Em 2013 o número de óbitos por tuberculose pulmonar na RLVT foi de 88, correspondente a 44% do total de óbitos ocorridos ao nível nacional

A taxa de incidência de tuberculose no Concelho de Lisboa é de 41/100 000 habitantes

Desde 2002 que esta taxa tem apresentado uma tendência decrescente quer na ARSLVT quer no Concelho de Lisboa. Contudo, em 2013 está a registar-se uma inversão desta tendência.

No ACES Central denota-se uma maior expressão dos casos de tuberculose, comparativamente ao conjunto de Lisboa, com um aumento de 35% entre 2010 e 2012.

Em 2014 foram notificados 2 264 casos de tuberculose, dos quais 2 080 foram novos casos. Destes 224 foram na cidade de Lisboa. As áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e o Algarve concentraram 68,5% dos novos casos.(45% das pessoas residiam na Área Metropolitana de Lisboa). Assim, devem ser tomadas medidas específicas para a cidade nomeadamente no que diz respeito às populações mais vulneráveis.

Doenças cérebro-cardio-vasculares (HTA, AVC, DIC e DCV)

As doenças cérebro-cardiovasculares afectam o sistema circulatório em diferentes localizações. Entre estas destacam-se a doença isquémica do coração (DIC), cuja manifestação clínica mais importante é o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a doença cerebrovascular (DCV) incluindo o acidente vascular cerebral isquémico (AVC).

Nas últimas duas décadas tem ocorrido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade por estas doenças, no entanto as doenças do aparelho circulatório são ainda a principal causa de morte em Portugal e em todos os países europeus (Programa Nacional das Doenças Cérebro-cardiovasculares, 2013).

Taxa de mortalidade padronizada por Doenças Cardiovasculares (DIC e DCV), por 100 000 habitantes, Continente, 2007 – 2011



Fonte: Programa Nacional das Doenças Cerebrocardiovasculares, 2013; Códigos da CID 10: 120-125, 160-169, INE 2013

Apesar da progressiva diminuição das taxas de mortalidade das doenças cérebro-cardiovasculares, as doenças do aparelho circulatório são ainda a principal causa de morte em Portugal e em todos os países europeus.

Para além do sal, o consumo de álcool e tabaco e o sedentarismo são os principais determinantes da HTA (em cerca de 80% dos casos) e das subsequentes complicações cardiovasculares.

Em todo o mundo a HTA é responsável por 62% dos acidentes vasculares cerebrais e 49% da doença coronária.

Cerca de 64% dos hipertensos não conhecem a sua condição, apenas 33,9% estão a ser tratados e somente 7,6% têm a doença controlada.

No concelho de Lisboa, em 2012, estavam inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de hipertensão 88 454 utentes, dos quais 49 437 situam-se no grupo etário dos 60-79 anos.

População inscrita nos Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de hipertensão, em 31.12.2012

Região / ACES	Grupos etários					Total	
	0-19	20-39	40-59	60-79	>79		
RLVT	Total HT	415	15 240	146 698	336 864	97 334	596 551
	%	0,1	1,5	14,6	44,7	48,7	15,9
Grande Lisboa	Total HT	216	7 932	74 610	172 055	49 344	304 157
	%	0	1,5	14,0	43,4	48,2	15,1
Concelho de Lisboa	Total HT	56	1 822	18 154	49 437	18 985	88 454
	%	0,1	1,4	13,6	42,2	47,0	16,5

*Fonte: ARS LVT, 2013 / SIARS – Sistema de Informação da ARSLVT; * % de inscritos com Médico de Família – 87%*

Nas idades mais jovens, as taxas de mortalidade para estas doenças são superiores no concelho de Lisboa, em relação ao continente e ao território da ARSLVT, e também em relação à maioria dos concelhos da Grande Lisboa.

A carga de doença traduzida em dias de internamento hospitalar por acidentes isquémicos transitórios e acidentes vasculares cerebrais, foi de cerca de 14 500 dias, com o maior número de episódios em função do avanço da idade, sobretudo nos indivíduos com mais de 75 anos.

Em Portugal, tal como na Europa, as doenças cardiovasculares constituem a mais relevante causa de morte.

Nas duas últimas décadas, verifica-se uma tendência decrescente da taxa de mortalidade destas doenças, sendo mais pronunciada na população idosa (>70 anos).

Doenças mentais

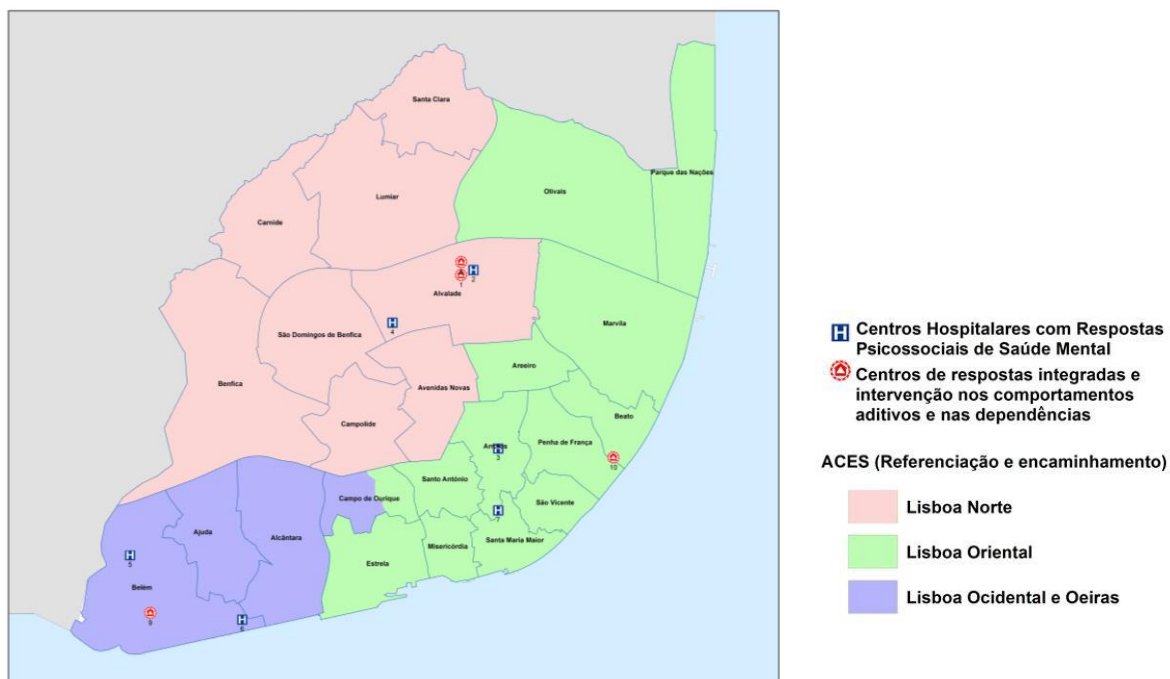
Os distúrbios psiquiátricos e os problemas de saúde mental relacionados com a saúde em geral constituem a principal causa de incapacidade para a actividade produtiva e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura em todo o mundo.

Os custos directos e indirectos relacionados com as despesas assistenciais com os indivíduos portadores de doença mental e com a diminuição da produtividade detêm um impacte económico considerável nos orçamentos públicos, podendo atingir os 20% dos custos totais da saúde.

As fobias específicas (8.6%), a Perturbação Depressiva Major (6.8%), a Perturbação Obsessivo-compulsiva (4.4%), a Fobia Social (3.1%) e a Perturbação Pós-stress Traumático (2.3%) são as perturbações psiquiátricas mais frequentemente encontradas na população portuguesa.

Na cidade de Lisboa, os cuidados de saúde mental são actualmente prestados pelos Centros Hospitalares, nos quais estão concentradas as consultas de psiquiatria infantil e de adultos.

Cuidados de Saúde Mental - Centros Hospitalares e Centros de Apoio e Respostas Integradas nos Comportamentos Aditivos e Dependências

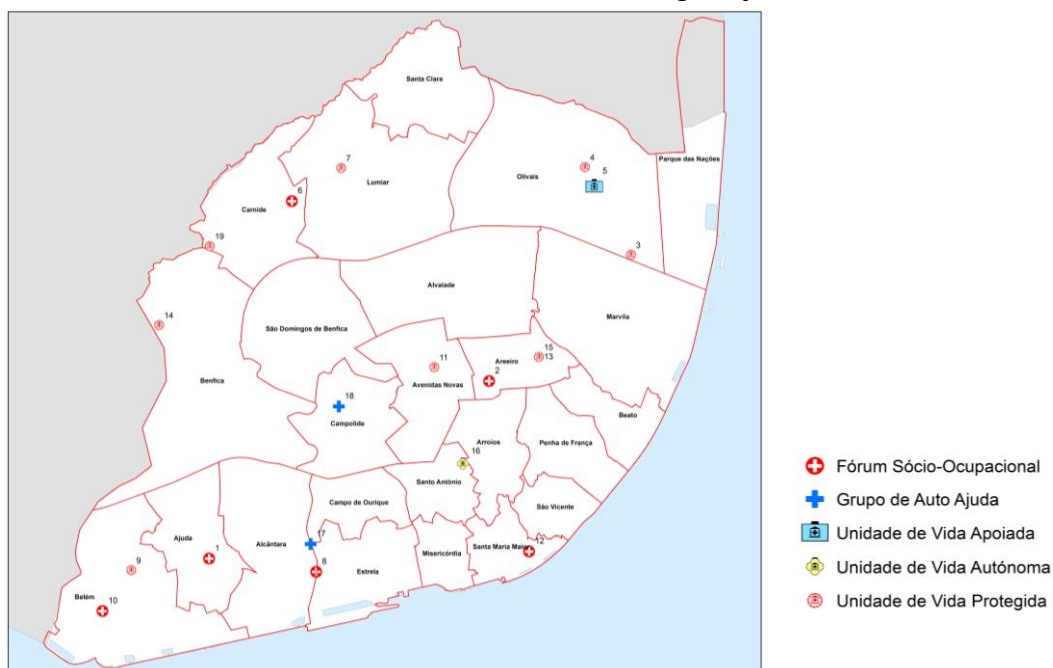


Fonte: CML, DDS/PLHDS

Os Centros de Saúde, através dos médicos de medicina geral e familiar, fazem os diagnósticos preliminares e referenciam os doentes para as consultas de especialidade de psiquiatria, neurocirurgia ou outra.

Paralelamente existem equipamentos de natureza social que asseguram respostas ao doente em situação clínica estabilizada, visando a promoção da autonomia e a reinserção sócio-familiar ou profissional, incluindo programas de formação ou de emprego protegido.

Cuidados de Saúde Mental - Associações com respostas psico-sociais com acordo com o Instituto da Segurança Social



Fonte: CML, DDS/PLHDS

No contexto de crise económico-financeira e da agudização de problemas sociais como o desemprego e a pobreza, do envelhecimento e de diferentes formas de exclusão social, são também agravadas as situações de prevalência de patologias associadas às saúde mental, em todos os grupos etários.

Existe uma correlação forte entre o aumento dos níveis de stress e ansiedade, e as situações de diminuição de rendimentos disponíveis, de desemprego, insegurança e incerteza perante a vida.

No que diz respeito ao suicídio, em 2009, a taxa de mortalidade padronizada por suicídio abaixo dos 65 anos era de 6,9 óbitos por 100 000 habitantes. A taxa de suicídio da cidade de Lisboa é mais elevada (9,5) do que o valor regional e nacional.

- Portugal apresenta uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa;
- Uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental;
- Muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial) hoje considerados essenciais.

IV.4 – Que meios e recursos temos?

O Serviço Nacional de Saúde encontra-se organizado em 5 Regiões de Saúde⁴², cada uma com uma administração (Administração Regional de Saúde, ARS) com personalidade jurídica (Instituto Público, IP), autonomia administrativa e financeira, inserindo-se o concelho de Lisboa na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RS LVT), que integra 15 Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) e 8 Hospitais e 8 Centros Hospitalares, num total de 31 unidades hospitalares.

O concelho de Lisboa integra 3 dos ACES (Lisboa Central, Lisboa Norte, Lisboa Ocidental e Oeiras), e 14 hospitais, dos quais 12 estão organizados em 4 Centros Hospitalares (Lisboa Central, Lisboa Norte, Lisboa Ocidental, Psiquiátrico de Lisboa).



A prestação dos cuidados de saúde encontra-se organizada em 3 níveis: Cuidados Primários, Cuidados Secundários ou Hospitalares e Cuidados Terciários ou Continuados Integrados.

⁴² Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve.

Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos com o sistema de saúde e a primeira linha de intervenção dos profissionais, visando a promoção da saúde e a prevenção da doença, sendo prestados por estruturas e serviços como os Centros de Saúde, designação comum que engloba várias unidades funcionais (UCSP, USF, UCC, URAP, USP), assim como por Programas de controlo epidemiológico e de saúde pública, de educação para a saúde, etc.

Existem várias evidências sobre as vantagens comparativas, em termos de eficácia e eficiência, de cuidados de saúde organizados como cuidados primários, orientados para as pessoas, integrados, compreensivos, promovendo a continuidade de cuidados e a participação dos doentes, famílias e comunidade (Perfil de Saúde LVT, 2013.)

Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários, desenvolver actividades de promoção da saúde, prevenir e prestar cuidados na doença e fazer a ligação com outros serviços para a continuidade de cuidados.

Nos 3 ACES de Lisboa, a taxa de cobertura da população inscrita em cuidados de saúde primários é de aproximadamente 100% (102,3% na ARSLVT, 98,5% na Grande Lisboa e 97,8% no Concelho de Lisboa).

Em toda a ARSLVT há cerca de 3 742 433 utentes inscritos nas unidades de saúde, destes cerca de 79% têm médico de família atribuído, valor este que sobe ao nível do município para os 87%. Constata-se haver uma redução na lista de utentes sem médico de família de 24% em toda a ARSLVT e 57% no concelho de Lisboa.

O ano de 2012 apresentou um crescimento do número de utilizadores de consultas médicas em mais 311 977 utilizadores. Apesar do aumento da procura/acesso a este nível de cuidados, verifica-se uma redução de consultas médicas em menos 4,7%, resultando numa ligeira redução de 0,1 consultas por utente: 3,05 per capita em 2011 versus 2,92 per capita 2012, o que carece de aprofundamento para identificação das causas.

As consultas médicas presenciais tiveram um decréscimo de 7,7% em relação a igual período de 2011, ocorrendo um efeito de substituição por consultas médicas não presenciais (+4,0%) e um aumento substancial da prescrição de receitas renováveis (+6,7%), evitando visitas desnecessárias aos serviços saúde.

Também, as consultas médicas domiciliárias tiveram um crescimento de 1,9% em relação a igual período de 2011, demonstrando ganhos de proximidade ao utente.

Realizaram-se mais de 1,6 milhões de consultas de enfermagem no domicílio, representando um crescimento de 18,1% em relação a igual período de 2011. As consultas médicas domiciliárias tiveram um crescimento de 1,9% em relação a igual período de 2011. O aumento das consultas domiciliárias reflecte o esforço de adequação das estruturas às necessidades das populações servidas.

Em 2012, em toda a região de Lisboa e Vale do Tejo, 69% dos utentes inscritos foram pelo menos uma vez no ano à unidade de saúde e este valor atinge os 73% no caso do concelho de Lisboa. O número médio de consultas por utilizador no ano foi entre as 3 e as 3,5 consultas.

Em Lisboa, no ACES Lisboa Central cerca de 20% dos idosos, crianças e jovens não foram a nenhuma consulta em 2012.

Cada ACES dispõe da respectiva Unidade de Saúde Pública (USP), estando a USP do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras sediada no concelho de Oeiras.

Na cidade de Lisboa, distribuídos pelos 3 ACES, existiam em 2016:

- 12 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP),
- 20 Unidades de Saúde Familiar (USF),
- 6 Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e
- 5 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Os 3 ACES exclusivamente na cidade de Lisboa, em 2016 tinham um total de 600 041 inscritos, dos quais 492 626 utentes tinham Médico de Família atribuído, ou seja cerca de 82%.

No âmbito da Carta dos Equipamentos de Saúde de Lisboa (CESL), aprovada pela Assembleia Municipal em 2 de Junho de 2009, foram identificadas 20 localizações para a criação de unidades de saúde para substituição de instalações obsoletas, e 7 novas unidades, para as quais foram definidas as respectivas localizações, destinadas a satisfazer carências na cobertura da cidade.

A CESL integrou ainda, para além de um diagnóstico e de uma Proposta de Redução de Carências, uma subsequente Proposta de Intervenção Prioritária, com base na qual foi assinado em 21 de Setembro de 2009 um Contrato Programa entre o Município e a ARSLVT, para a construção de 6 novas Unidades de Saúde em terrenos a ceder pelo Município, de que se encontram já construídas e em funcionamento 3: Boavista, Belém e Carnide.

Paralelamente à execução deste Contrato-Programa, tendo igualmente como enquadramento a Carta de Equipamentos de Saúde aprovada, foram também concretizadas 3 novas instalações em edifícios propriedade da ARSLVT: Angelina Vidal, Ribeira Nova e Martim Moniz.

Decorridos 8 anos sobre a aprovação da CESL, iniciaram-se entretanto os trabalhos de revisão e actualização.

Numa abordagem processual, com base nos trabalhos de revisão da CESL e antecipando a sua aprovação, a ARSLVT e a Câmara Municipal de Lisboa assinaram, a 14 de Março de 2017, um Acordo de Colaboração para a execução do Programa “Lisboa, SNS Mais Próximo” que visa a construção de 14 novos centros de saúde em Lisboa até 2020.

Destes 14 novos equipamentos:

- 2 transitam do “Pacote Lisboa” anterior: Parque das Nações (12P) e Fonte Nova/Rodrigues Miguéis (5Q), incluído no Contrato-Programa assinado em 2009 e ainda por executar;
- 10 equipamentos encontravam-se já identificados como necessários na CESL aprovada em 2009;
- 2 equipamentos correspondem a propostas novas: Beato, na Rua Marquês de Olhão (18P) e Telheiras (9T).

A execução deste programa tem como objectivo promover uma alteração qualitativa e o melhoramento significativo das condições em que os Cuidados de Saúde Primários são prestados à população do concelho de Lisboa, de forma a ultrapassar as reconhecidas insuficiências nas infra-estruturas actualmente existentes e que algumas destas 14 novas unidades vêm substituir.

As Unidades Funcionais existentes e localizadas no concelho de Lisboa encontram-se assim distribuídas:

ACES	Centro de Saúde	COD	Instalações	Unidades	Morada	
ACES Norte	CS Alvalade	4A	Alvalade	CS Alvalade	Parque da Saúde, Av. Brasil, n.º 53, Pavilhão 33	
				USF do Parque		
	CS Benfica				UCSP Benfica	Rua Gen. Morais Sarmento
					USF Carnide Quer	Estrada da Correia
					Pólo da UCSP Benfica	Bairro da Boavista, R. Rainha D. Brites, 16
					USF Rodrigues Migueis	Rua Ten. Cor. Ribeiro dos Reis
					USF Gerações USF Luz	Rua Dr José Baptista de Sousa, n.º 15
	CS Lumiar				UCSP Lumiar	Alameda das Linhas de Torres, n.º 243
					USF Conchas	
	CS Sete Rios				UCSP Sete Rios	Largo Prof. Arnaldo Sampaio
URAP Sete Rios						
				USF Tílias	Rua Padre Carlos dos Santos, Bloco B - 1º	
<i>US Telheiras</i>	-	<i>Telheiras</i>		<i>US Telheiras (SCML)</i>	<i>Praça S. Francisco de Assis, n.º 3C</i>	
ACES Central	CS Alameda	2A	Alameda	UCSP Alameda	Rua Carvalho Araújo, 103	
				USF Fonte Luminosa		
				URAP Alameda		
	CS Graça				UCSP Graça	Tv. das Mónicas, 57 D
					USF Baixa	Rua da Palma, 43
	CS Lapa	8A	Lapa		UCSP Lapa	Rua de S. Ciro, 36
					URAP Centro de Acolhimento e Deteção VIH (CAD)	
					URAP Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	
					USP ACES Central	
	CS Luz Soriano	10Q	Ribeira Nova		USF Ribeira Nova	Rua da Ribeira Nova, 1
	CS Marvila				UCSP Marvila	Rua Dr. Estevão de Vasconcelos, 56
					UCC Oriente	
					USF S.João Evangelista dos Lóios	Rua Pedro José Pezerat, 11 – Br dos Lóios
	CS Olivais	12 B	Bairro da Encarnação		UCSP Olivais	Alameda da Encarnação
					USF Jardins da Encarnação	
					USF Vasco da Gama	
					UCC Oriente	
CS Penha de França	13A	Penha de França		UCSP Penha de França	Rua Luís Pinto Moitinho, 5	
				USF Sétima Colina	Rua Angelina Vidal, 73	
				USF Oriente	Avenida Afonso III, lote 16	
CS São João				USF Monte Pedral	Rua Adolfo Coelho, 9	
				URAP Medicina Dentária		
CS S.Mamede /Sta Isabel				USF Arco	Tv. do Noronha, 5	
				USF Sofia Abecassis	Tv. Santa Quitéria, 37	
				USF Ajuda	Tv. das Florindas, 5	
UCC Consigo						
CS Alcântara	3A	Alcântara		UCSP Alcântara	Calçada da Tapada, 126	
				UCC Consigo		
				USF Descobertas		Rua Fernão Mendes Pinto, 19
CS Sto Condestável	14A	Santo Condestável		USF Santo Condestável	Rua do Patrocínio, 60	
				UCC Consigo		

Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada em 2006 como um novo modelo organizacional do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, sendo formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e apoio social, de forma integrada, a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) traduzem-se no conjunto de intervenções sequenciais de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.⁴³

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias, segundo diferentes tipologias:

- unidades de internamento
 - unidades de convalescença (UC), (30 dias)
 - unidades de média duração e reabilitação (UMD) (30 a 90 dias)
 - unidades de longa duração e manutenção (ULD) (mais de 90 dias)
 - unidades de cuidados paliativos (UCP)
- unidades de ambulatório
 - unidade de dia e promoção da autonomia (UDPA)
- equipas hospitalares
 - equipas de gestão de altas
 - equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos
- equipas domiciliárias
 - equipas de cuidados continuados integrados (ECCI)
 - equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos

A coordenação da Rede é assumida ao nível nacional e, no plano operativo, aos níveis regional e local. No último nível, esta função é assegurada por Equipas de Coordenação Local (ECL), cujo âmbito territorial coincide com a área de influência dos Centros de saúde. As ECL têm composição multidisciplinar e intersectorial: no mínimo devem possuir 1 médico, 1 enfermeiro e 1 assistente social, em representação da ARS e do Centro Distrital de Segurança Social (CDSS), e sempre que necessário 1 representante da Câmara Municipal⁴⁴.

⁴³ Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho

⁴⁴ Despacho 19 040/2006 de 19 de Setembro

Em 4 de Novembro de 2008, foi firmado um acordo entre a CML e a ARSLVT com o objectivo de contribuir para o desenvolvimento de uma Rede de Cuidados Continuados Integrados em Lisboa, determinando que à CML incumbiria salvaguardar terrenos ou espaços em Instrumentos de Planeamento, e contratualizar com entidades privadas sem fins lucrativos a construção de equipamentos, enquanto à ARSLVT caberia a responsabilidade de promover a identificação dessas entidades, emitir parecer sobre as localizações e fiscalizar tecnicamente os projectos.

Desde 2010, encontra-se ainda criado⁴⁵ outro tipo de unidades e equipas no âmbito de cuidados continuados integrados de saúde mental, igualmente da responsabilidade de ambos os Ministérios, destinados às pessoas com doença mental grave, de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontre em situação de dependência, independentemente da idade.

No âmbito da Carta dos Equipamentos de Saúde de Lisboa, aprovada pela Assembleia Municipal em 2 de Junho de 2009, foram identificadas 15 localizações para a construção de Unidades de Cuidados Continuados Integrados, que obtiveram o parecer positivo da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), 4 das quais passíveis de concretização imediata (Alto do Lumiar, Charquinho, Carnide/Luz e Algés).

O número de camas/lugares, que estas 15 propostas representam concretamente, depende da capacidade e do tipo de cuidados a prestar (convalescença, internamento de média duração, de longa duração, promoção da autonomia ou paliativos).

O conjunto destas propostas não satisfaz contudo a totalidade das carências identificadas em 2009 (1512 camas/lugares em toda a cidade), havendo que encontrar ainda soluções para os equipamentos restantes em falta, seja através de reserva de terrenos, seja através da adaptação de edifícios devolutos.

O prazo para a satisfação da totalidade das carências foi estabelecido pelo Ministério da Saúde, com a designação de Meta 3, correspondendo ao objectivo da satisfação total das carências até 2016.

No entanto, em vez de ter havido um cumprimento progressivo da meta estabelecida, a oferta no Concelho de Lisboa diminuiu. Em 2017, a oferta na cidade de Lisboa é de 47 camas e em apenas uma das tipologias:

• unidades de convalescença	47
• unidades de média duração e reabilitação	0
• unidades de longa duração e manutenção	0
• unidades de cuidados paliativos	0
• unidade de dia e promoção da autonomia	0

Posteriormente à aprovação da Carta de Equipamentos de Saúde (2009), os critérios de cobertura foram revistos pela Coordenadora Nacional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo actualmente recomendados rácios inferiores pelo que o cálculo das carências é actualmente inferior ao efectuado em 2009.

⁴⁵ Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 22/2011, de 10 de fevereiro

De assinalar que a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) iniciou entretanto obras numa unidade de internamento em Lisboa, no antigo Hospital Militar da Estrela e encontra-se em negociações para a criação de camas no Hospital Pulido Valente, num total de 49 novas camas em UMDR e 57 camas em ULDM.

Considerando os novos rácios e a nova oferta da responsabilidade da SCML a partir de 2018, as carências calculadas para a população correspondente aos Censos de 2011 (130 960 habitantes com 65 e mais anos) e para a mesma população idosa estimada na Carta de Equipamentos de Saúde para 2016 (146 246 habitantes com 65 e mais anos) passaram a ser as seguintes:

Unidades de Convalescença (UC)	126 camas
Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	161 camas
Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	467 camas
total	754 camas
<hr/>	
Unidades de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA)	131 lugares

A Câmara tem envidado esforços para captação de entidades privadas não lucrativas interessadas na construção e gestão de unidades de internamento nas 4 localizações passíveis de construção imediata já referidas, mas apesar dos esforços desenvolvidos, ultrapassada a meta de 2016 estabelecida pelo Ministério da saúde para a satisfação total das carências e concretização total da RNCCI, apenas 1 processo está em curso, com algumas vicissitudes: Charquinho, entretanto realocado na zona do Rego.

Dada a especificidade deste tipo de cuidados e a necessidade de incrementar esta resposta na cidade de Lisboa, a solução deverá ser objecto de concertação alargada à SCML e à CML.

No que respeita à formação de profissionais e de cuidadores informais deverão ser desenvolvidas acções dirigidas aos diferentes utentes-alvo, nomeadamente idosos, de formação para profissionais com formadores e conteúdos programáticos já validados; aperfeiçoamento de competências de cuidadores informais através de acções de formação/workshops e identificação de fontes de financiamento para formação.

Uma das acções da Agenda Estratégica do Plano de Desenvolvimento Social (PDS) 2013-2015, denomina-se precisamente “Implementar a Rede de Cuidados Continuados” e tem como objectivos a dinamização, reforço e expansão da RNCCI, através nomeadamente da articulação dos parceiros da Rede Social, da racionalização dos recursos, da difusão e replicação de boas práticas, etc.

Cuidados Hospitalares

Na Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT), existem 22 Unidades Hospitalares (18 em 2011) das quais 8 são Centros Hospitalares (6 em 2011).

Do conjunto destas unidades, 6 Unidades Hospitalares estão sediadas em Lisboa das quais 4 são Centros Hospitalares.

A oferta pública de camas hospitalares na RLVT é de 8 601 (2009), representando cerca de 234 camas/100 000 habitantes.

A iniciativa privada tem vindo a aumentar no país e também na cidade de Lisboa. Em 2016 a oferta de camas hospitalares do sector privado era cerca de 1 260 camas.

A partir de 2023, encontra-se prevista a entrada em funcionamento do novo Hospital de Lisboa Oriental, com uma capacidade de 875 camas e um período de construção de 3 anos, localizado em Chelas.

O novo hospital, geral e polivalente, com ensino universitário, deverá centralizar e substituir a maior parte da actividade actualmente assegurada nos hospitais que integram o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, que se manterão em actividade até à transferência para o novo hospital. O novo hospital irá assegurar todas as valências actualmente disponíveis no CHLC e disporá, ainda, para além daquelas, de Medicina Nuclear e Radioterapia.

Com a inauguração desta nova unidade hospitalar em Lisboa, prevê-se que o Hospital de São José passe a uma Unidade de Proximidade, servindo, em especial, a população do centro histórico com patologias crónicas.

V – EIXOS ESTRATÉGICOS PARA O PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR DA CIDADE DE LISBOA (PDSQVBEL)

No decurso do trabalho de levantamento e sistematização da informação sobre o perfil da saúde da população de Lisboa, dos seus hábitos e comportamentos, assim como de outros determinantes de saúde nomeadamente sociais, económicos e ambientais, foram sendo identificados problemas, vulnerabilidades, carências, que podem ser agrupadas por áreas temáticas a que poderão corresponder futuros eixos de intervenção.

Também nestas áreas temáticas se podem integrar e agrupar outras informações e recomendações de organismos nacionais de saúde, visando os mesmos objectivos e necessidade de intervenção.

Entendeu-se assim, no âmbito do Perfil de Saúde, apresentar desde já 5 eixos que poderão constituir a base de discussão da estruturação do Plano de Desenvolvimento de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-estar da Cidade de Lisboa, não sendo definitivo nem o seu número, nem a sua designação.

V.1 - Vida activa

Um dos Programas Nacionais de Saúde Prioritários (Promoção da Alimentação Saudável) contemplados pelo PNS, reconhece no país uma elevada taxa de população obesa, o que se verifica igualmente nos estritos limites do município.

As causas do excesso de peso são atribuíveis à deficiente alimentação, ao sedentarismo e à falta de exercício físico.

No entanto, num sentido lato de vida activa, a saúde física, mental e cognitiva pressupõe não só bons hábitos alimentares e actividade física, mas um estilo de vida saudável, isento de comportamentos nefastos para a saúde, e um controlo de vários factores ambientais a que os habitantes estão expostos e que contribuem igualmente de forma negativa para a sua saúde.

Assim são agrupados neste eixo os problemas relacionados com comportamentos e maus hábitos alimentares e sedentarismo, assim como questões ambientais cujas medidas de minimização dos seus impactes na saúde estão ao alcance do município e da alteração de comportamentos.

V.2 - Vulnerabilidades

Um dos campos em que se podem agrupar determinados problemas com consequências na saúde é o da vulnerabilidade que caracteriza determinados grupos, estratos socio-económicos, minorias, etc., a que estão associadas deficientes condições de vida ou de acesso aos cuidados de saúde.

O desemprego, os cortes nos rendimentos da população, principalmente nos de menores recursos financeiros e de maior idade, as deficientes condições de habitabilidade ou a ausência de um abrigo, a ausência de um meio familiar, a violência doméstica, a barreira da língua no caso dos imigrantes, os comportamentos de risco nomeadamente entre a população mais jovem, etc. constituem factores determinantes do bem-estar e da saúde da população em causa.

Assim, são agrupados neste eixo os problemas detectados decorrentes deste tipo de condicionantes e enumerados objectivos e medidas que poderão contribuir para a redução do grau de vulnerabilidade da população atingida.

V.3 – Cidade em envelhecimento

Ainda que muitos idosos constituam um grupo vulnerável, a velhice ou o envelhecimento não são por si uma vulnerabilidade, embora tenham associadas de forma mais ou menos inevitável a diminuição ou limitação das capacidades e o risco de doenças ou agravamento das condições de saúde.

O aumento da longevidade, da esperança de vida e a baixa taxa de natalidade têm conduzido a um progressivo envelhecimento da população e a um aumento do número de grande idosos.

Envelhecer é no entanto um processo que, ainda que progressivo e imparável, pode ser prevenido e acompanhado de forma a que as suas consequências tenham o menor número de aspectos negativos possível.

Promover o envelhecimento activo, garantir cuidados aos mais idosos, preparar e apoiar cuidadores são portanto objectivos e medidas para uma sociedade em envelhecimento mais saudável.

V.4 – Acesso a cuidados de saúde de qualidade

A promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados de saúde requerem recursos humanos, serviços e instalações, assim como igualdade nas condições de acesso.

A autarquia tem um papel concreto na execução e facilitação da acção de entidades com competências nestas matérias e de outros parceiros, na redução de carências e planeamento da satisfação de necessidades.

A elaboração de documentos como o Perfil de Saúde e o Plano de Desenvolvimento de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-estar ou a Carta de Equipamentos de Saúde, o estabelecimento de Protocolos e de Contratos-Programa com a Administração Central, a angariação de parceiros para a expansão da Rede de Cuidados Continuados, a participação na definição de modelos de atendimento e encaminhamento, nomeadamente das situações de saúde mental são exemplos de medidas e acções da responsabilidade da autarquia ou em que a sua participação é indispensável.

V.5 - Políticas no ciclo de vida

Muitas das acções e medidas para a intervenção e resolução de problemas identificados nos eixos anteriores não são exclusivos de uma etapa da vida, mas o critério prevalecente é o do seu agrupamento por características determinantes que os diferenciam de outros grupos.

No entanto, ao longo da vida são várias as políticas e procedimentos que asseguram uma maior eficiência, eficácia e maiores ganhos em saúde: a articulação entre instituições e sectores, o trabalho em rede, a intervenção precoce, o apoio às famílias e a redução de desigualdades de uma forma geral, assim como a intervenção dirigida ao controlo ou erradicação de patologias são alguns dos exemplos.

VI – NOTA FINAL

Não se pretendeu, com o Perfil Municipal de Saúde, ter esgotado a informação relevante que permite caracterizar a população da cidade de Lisboa, os seus hábitos e estilos de vida, as questões da saúde e da doença, os meios e serviços ao seu dispor... Este é mais uma vez um processo, que a cada etapa revela as acções prioritárias a necessitar de serem executadas, paralelamente à identificação das áreas em que é necessário continuar a aprofundar o conhecimento da realidade.

No sentido de facilitar a leitura do que constitui o contributo do Perfil Municipal de Saúde para o desenvolvimento do Plano de Acção do PDSQVBEL, entendeu-se ser de apresentar 5 páginas, organizadas em forma de ficha, cada uma correspondendo a um dos Eixos Estratégicos de Intervenção sugeridos.

Cada ficha sintetiza o conteúdo correspondente, onde é esclarecido o conceito subjacente à designação adoptada para cada Eixo Estratégico de Intervenção atrás identificado, enumerando desde já também algumas medidas que poderão responder aos problemas detectados.



Vida activa

Um estilo de vida saudável pressupõe uma vida física, intelectual e emocionalmente activa, na qual a actividade física regular desempenha um papel fundamental, para promover o bem-estar, contribuir para evitar ou adiar o surgimento de doenças e melhorar a capacidade da pessoa para o esforço físico.

As oportunidades de se manter fisicamente activo diminuem com a idade, o que não deve ser impeditivo da prática de exercício físico, havendo soluções adequadas a cada fase da vida.

O sedentarismo é um factor de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares.

Os projectos e investimentos na promoção da saúde, de uma alimentação saudável e da prevenção da doença, fomentam a participação e envolvimento activo dos cidadãos durante um maior número de anos, contrariando o sedentarismo e reduzindo os níveis de dependência, donde advêm também doenças crónicas.

O conceito subjacente ao eixo de “Vida activa” é o da promoção da saúde e de um estilo de vida saudável, através de acções que incutam bons hábitos e comportamentos, nomeadamente de alimentação e de actividade física ajustada a cada etapa da vida e que proporcionem meios para a prática de exercício físico, assim como do controlo e minimização de factores ambientais nocivos para a saúde a que os habitantes se encontram expostos, com os seguintes objectivos:

- Combater o sedentarismo
- Prevenir a obesidade desde a infância
- Incentivar a prática de exercício regular
- Combater o consumo de álcool nomeadamente entre os mais jovens
- Promover a cessação tabágica
- Incutir bons hábitos de sono
- Promover a higiene oral
- Promover a racionalização do uso da água, nomeadamente pelo combate ao desperdício e incentivo ao consumo da água da torneira em detrimento da água engarrafada
- Promover a defesa do ambiente
- Incentivar a reutilização das águas residuais tratadas pelas estruturas grandes consumidoras de água, nomeadamente as lavagens-auto e as grandes superfícies comerciais
- Aprovar e executar o Plano de Acção do Ruído, para redução dos níveis de poluição sonora e mitigação dos seus efeitos.
- Reduzir o número de dias de excedências dos parâmetros legais permitidos, nas estações de medição da qualidade do ar
- Sensibilizar para a redução da produção de resíduos
- Incentivar a separação de resíduos para reciclagem
- Aumentar a recolha selectiva
- Alertar a população para os riscos para a saúde, associados aos pombos e aos dejectos caninos

No desenvolvimento deste eixo é fundamental a sensibilização para a importância de uma vida activa e para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Programas e actividades relevantes em curso:

- Educação Alimentar e Promoção da Saúde (princípios da cidadania e hábitos alimentares saudáveis – alunos, familiares e restante comunidade escolar)
- Arte Alimentar com Peso e Medida

- Projecto Papa-Bem (a aguardar protocolo)
- Alimentação e actividade física no âmbito do Ministério da Educação (ME) para o 1.º ciclo
 - Regime Fruta Escolar: distribuição gratuita de 1 peça de fruta 2*semana)
 - Canal Educativa da FIPA: site com conteúdos de educação alimentar
 - Programa Nestlé: site com programa sobre saúde e bem-estar
- Prevenção de hábitos alimentares de risco (PDS)
- Hortas Urbanas
- Vamos Todos ao Mercado (projecto de educação alimentar)
- Quinta Pedagógica dos Olivais (educação não formal – promoção de hábitos saudáveis)
- Desporto Mexe Comigo
- Programa de Apoio à Natação Curricular
- Projectos actividades Náuticas nas escolas
- Olisípiadas
- Lisboa Vai ao Parque
- Lisboa Sabe Nadar
- Aparelhos de Fitness (instalados em 36 parques e jardins de Lisboa)
- EaB (Espaço a Brincar)
- Programa Infância em Movimento (promover a prática de exercício físico, contribuir para a criação de hábitos de vida saudáveis, promover a relação da criança com o seu corpo e proporcionar experiência de familiarização com os espaços verdes da cidade)
- Monsanto é a Nossa Casa - 1 Parque & 20 Escolha

Vulnerabilidades

As situações de vulnerabilidade têm repercussões directas na saúde, o que por sua vez agrava cada vez mais o grau de vulnerabilidade, criando-se um círculo vicioso.

A situação de crise económica que o país atravessa tem tido consequência gravosas ao nível do desemprego, do empobrecimento e do endividamento das famílias, tendo consequências directas no bem-estar da população em geral e nas crianças e idosos em particular, nomeadamente ao nível da saúde, sendo insuficientes os apoios sociais do Estado.

A vulnerabilidade assume ainda aspectos particulares associados a comportamentos de risco, violência e questões de inserção social em grupos específicos, como sejam os imigrantes e os sem-abrigo, com repercussões igualmente directas na saúde.

As deficientes condições de habitabilidade, nomeadamente a acessibilidade e o deficiente aquecimento e isolamento das habitações, a insuficiente exposição solar, que se verificam em particular nalgumas zonas da cidade de construção mais antiga, constituem factores de risco para a saúde dos grupos mais vulneráveis como as crianças, os idosos e pessoas em risco de pobreza, sendo responsáveis pela ocorrência de doenças respiratórias, nomeadamente pneumonias, doenças músculo-esqueléticas e Síndrome Coronária Aguda.

O acesso aos cuidados de saúde torna-se mais difícil para os mais vulneráveis, dada a dificuldade no acesso aos transportes, no pagamento de serviços e de medicamentos.

É igualmente uma vulnerabilidade a deficiente capacitação da pessoa, enquanto doente, consumidor e cidadão, para tomar as decisões ajustadas às suas necessidades e a participar e intervir tanto no contexto familiar, social e laboral, como na sociedade em geral, nomeadamente em saúde, para aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação no sentido de saber manter a saúde, prevenir a doença e procurar tratamento.

A iliteracia em saúde está relacionada com o menor grau de escolaridade e com a idade avançada, pelo que constitui uma vulnerabilidade adicional para a população de menor grau de instrução e para os idosos.

O conceito subjacente ao eixo das “Vulnerabilidades” é o de minimização dos determinantes de saúde de natureza socio-económica, através do apoio social e da promoção da capacitação da pessoa para a superação de dificuldades inerentes à idade ou condição, com os seguintes objectivos:

- Minimizar deficientes condições de acesso a bens essenciais, incluindo serviços de saúde e medicamentos
- Combater a insegurança alimentar
- Combater a violência doméstica nomeadamente através da inquirição nas consultas de rotina e formação dos médicos de família
- Combater comportamentos de risco nomeadamente de crianças e jovens
- Elaborar o Plano de Acção Articulado para os Comportamento Aditivos (PDS)
- Promover a articulação dos ACES com o NPISA para o rastreio e acompanhamento da saúde dos sem-abrigo
- Apoiar Programas de Autonomização e Reinserção Social de pessoas com doença mental com quadro clínico estabilizado.
- Melhorar a integração dos imigrantes
- Melhorar as condições de habitabilidade particularmente a acessibilidade e o conforto térmico nomeadamente pelo incentivo à colocação de painéis solares, para instalação de aquecimento, reduzindo a exposição ao frio.
- Divulgar os benefícios da ventilação interior das habitações e locais de trabalho
- Combater a iliteracia em saúde

Programas e actividades relevantes em curso:

- Fundo de Emergência Social (apoio a agregados familiares no pagamento de despesas com a habitação, telecomunicações, educação, alimentação e saúde)
- Serve The City Lisboa -jantares comunitários
- Comissariado Municipal para o Desperdício Alimentar
- DARiACORDAR (combater o desperdício alimentar)
- Casa Aberta
- PMAL - Programa Municipal Ajuda Lisboa
- CLAi
- Comissariado Municipal para o Desperdício Alimentar (Plano Municipal cria rede de combate Desperdício Alimentar)
- Desporto Mexe Comigo (contribuir para a inclusão social da população infanto-juvenil do Concelho de Lisboa)
- Movimento 2020 (a aguardar protocolo)
- Passaporte Escolar
- Passaporte Pré-escolar
- Orquestra Geração Lisboa
- Serviço de Teleassistência
- Perto Lx
- Transporte Adaptado
- Transporte solidário

Cidade em envelhecimento

Lisboa é uma cidade em envelhecimento e a intervenção do município na área da saúde tem de procurar dar respostas às necessidades específicas do número crescente de população idosa.

A par do envelhecimento da população e dos problemas de dependência a ele inerentes, muitas vezes associados à falta de recursos, à pobreza e à exclusão social, do aumento de doenças associado à idade (diabetes, doenças cardiovasculares, oncológicas, neurológicas, demências...), emergem também novas realidades e desafios decorrentes das necessidades de uma população a que o aumento da esperança de vida oferece um novo papel interventivo na sociedade.

A participação activa dos idosos na sociedade constitui um factor de promoção do seu bem-estar durante o processo do envelhecimento.

A Organização Mundial de Saúde, já em 2002, perante o fenómeno do progressivo envelhecimento da população, alterou o objectivo de um “envelhecimento saudável” por “envelhecimento activo”, entendido como o “processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”.

O aumento da proporção de gerações mais velhas no total da população coloca vários desafios sobre como assegurar o acompanhamento das suas necessidades, quando é sabida a sua progressiva limitação de capacidades, e simultaneamente como garantir a manutenção da sua valorização pessoal e intervenção social, após a saída da vida activa.

A redução da mobilidade física e social dos idosos e o risco do seu isolamento requerem um cada vez maior apoio domiciliário, de forma a garantir qualidade e dignidade ao seu dia-a-dia.

As condições de habitabilidade, nomeadamente a acessibilidade às habitações, têm uma importância determinante no agravamento destas limitações. Principalmente em áreas históricas e consolidadas em que predominam edifícios de vários pisos sem elevador, a dificuldade em andar e subir degraus condiciona a mobilidade dos idosos, confinando-os muito frequentemente ao espaço da habitação, impossibilitando-os de sair à rua, de conviver e assegurar a sua autonomia por exemplo no abastecimento diário.

Mas a população acima dos 65 anos é hoje também um activo para a cidade, pela sua experiência, conhecimentos, capacidades e tempo disponível, principalmente entre um grupo emergente com maiores níveis de escolaridade e que pretende continuar a intervir civicamente.

As Academias Sénior têm sido uma nova resposta da sociedade civil, contribuindo para o envelhecimento activo e constituindo um parceiro na promoção das relações intergeracionais.

O resultado de um inquérito realizado pela Associação Rede de Universidades da Terceira Idade (RUTIS) veio comprovar que pessoas que frequentam as universidades seniores passaram a tomar menos medicamentos, designadamente ansiolíticos.

O conceito subjacente ao eixo da “Cidade em envelhecimento” é o de antecipação das necessidades dos idosos, assegurando um envelhecimento com o máximo de bem-estar, com os seguintes objectivos:

- Promoção do envelhecimento activo
- Combate ao isolamento e à solidão
- Minimização dos efeitos da limitação das capacidades
- Promoção da saúde do idoso
- Apoio aos cuidadores informais

Programas e actividades relevantes em curso:

- Plataforma Para a Área do Envelhecimento (PAE);
- PEAS - Programa Envelhecimento Activo e Saudável (Juntas de Freguesia)
- Programa Praia Campo Sénior (Juntas de Freguesia)
- Universidades Seniores (Juntas de Freguesia)
- Operação S.Ó.S. (operação concertada entre a CML e os parceiros sociais para sensibilizar a comunidade para a vulnerabilidade dos idosos isolados na cidade de Lisboa e alertar para actuações de emergência.)
- Serviço de Teleassistência
- Programa Municipal Ajuda Lisboa -Voluntariado Sénior
- Segurança + 65 (Departamento de Protecção Civil)
- Cursos de formação de cuidadores informais

Acesso a cuidados de saúde de qualidade

Ao longo do presente documento, o acesso a cuidados de saúde de qualidade foi entendido como a oferta e utilização de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, assim como o acesso em áreas específicas como a diabetes, as doenças cérebro-cardiovasculares, oncológicas e a doença mental.

Lisboa tem vindo a colmatar as principais carências de equipamentos de proximidade, no entanto mantém graves défices de equipamentos públicos, designadamente equipamentos de cuidados de saúde, quer em quantidade, quer em qualidade.

Cabe ao Município participar no planeamento da rede de equipamentos de saúde concelhios, de forma a dotar a cidade das instalações indispensáveis à prestação dos cuidados de saúde.

Para tal, a CML em articulação com a ARSLVT elaborou a Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa (CESL), aprovada pela Assembleia Municipal em 2 de Junho de 2009, que procedeu ao diagnóstico, ao cálculo das necessidades e das carências em equipamentos de cuidados primários de saúde e de cuidados continuados integrados, tendo apresentado soluções para a sua satisfação, nomeadamente definindo a localização de novas unidades de saúde e procedendo à respectiva reserva de terrenos. Tendo decorrido mais de 5 anos desde a data da sua aprovação, a Carta de Equipamentos de Saúde encontra-se em processo de revisão.

Com base neste documento, a CML e a ARSLVT, assinaram, ainda em 2009, um Contrato-Programa para a construção de 6 novas Unidades de Cuidados Primários de Saúde na cidade de Lisboa, em terrenos cedidos pelo Município, de que 3 unidades se encontram já construídas e em funcionamento.

Paralelamente à execução deste Contrato-Programa, tendo igualmente como enquadramento a Carta de Equipamentos de Saúde aprovada, foram também concretizadas 2 novas instalações em edifícios propriedade da ARSLVT.

Decorridos 8 anos desde a data daquela aprovação, o processo iniciado de Revisão da CESL foi concluído, encontrando-se a aguardar aprovação.

Com base nos trabalhos de Revisão da CESL e antecipando a sua aprovação, a ARSLVT e a Câmara Municipal de Lisboa assinaram, a 14 de Março de 2017, um Acordo de Colaboração para a execução do Programa designado por “Lisboa, SNS Mais Próximo” que visa a construção de 14 novos centros de saúde em Lisboa até 2020.

Destes 14 novos equipamentos:

- 2 transitam do “Pacote Lisboa” anterior: Parque das Nações (12P) e Fonte Nova/Rodrigues Miguéis (5Q), incluído no Contrato-Programa assinado em 2009 e por executar;
- 10 equipamentos encontravam-se já identificados como necessários na CESL aprovada em 2009;
- 2 equipamentos correspondem a propostas novas: Beato, na Rua Marquês de Olhão (18P) e Telheiras (9T).

A execução deste programa tem como objectivo promover uma alteração qualitativa e o melhoramento significativo das condições em que os Cuidados de Saúde Primários são prestados à população do concelho de Lisboa, de forma a ultrapassar as reconhecidas insuficiências nas infra-estruturas actualmente existentes e que algumas destas 14 novas unidades vêm substituir.

Quanto às unidades de internamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados, a Carta de Equipamentos de Saúde revelou carências gritantes em 2009.

Entre 2009 e 2012 as Unidades de Cuidados Continuados existentes em Lisboa observaram um pequeno incremento em relação ao que se encontrava inscrito na Carta de Equipamentos de Saúde aprovada, com a criação de algumas camas que foram entretanto extintas. Em Cuidados Paliativos, por exemplo, não existe qualquer unidade de internamento no concelho de Lisboa.

O conceito subjacente ao eixo “acesso a cuidados de saúde de qualidade” é o de dotação dos serviços de saúde em Lisboa das infra-estruturas indispensáveis ao seu funcionamento, com os seguintes objectivos:

- Redução de carências em Cuidados de Saúde Primários
- Redução de carências em Cuidados Continuados Integrados

Para a prossecução destes objectivos, podem desde já identificar-se algumas acções:

- Monitorização e execução do Contrato-Programa firmado entre a CML e a ARSLVT para a construção de unidades de cuidados de saúde primários
- Negociação do reaproveitamento de hospitais desactivados para a criação de unidades de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente do Hospital Pulido Valente, de S. Lázaro na Colina de Santana e do Hospital Militar de Belém.
- Angariação de parceiros para a expansão da rede de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Colaboração com os ACES na elaboração do Plano Local de Saúde, estabelecendo prioridades.
Definição do modelo de atendimento e encaminhamento das situações de saúde mental (PDS)

Acção relevante em curso:

- Revisão da Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa aprovada em 2009, concluída e a aguardar aprovação

Políticas no ciclo de vida

O percurso individual de saúde não é constante. Existem necessidades específicas nas várias idades e em momentos particularmente importantes e a intervenção nestes momentos pode ser promotora e protectora da saúde, ganhando relevância a longo prazo.

Ao adoptarmos o conceito de políticas saudáveis, como objectivo estratégico do Plano Nacional de Saúde, reforça-se a ideia de que a intervenção municipal na criação de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida pode contribuir decisivamente para “melhorar as condições de vida quotidianas – as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem”, o que constitui um dos três princípios de acção preconizados pela OMS para a redução das desigualdades sociais em saúde, no período de uma geração, designadamente:

- Nascer com Saúde,
- Crescer com Segurança
- Juventude à Procura de um Futuro Saudável
- Uma Vida Adulta Produtiva
- Um Envelhecimento Activo
- Morrer com Dignidade

A abordagem ao longo do ciclo de vida pressupõe que a intervenção deve ser tão precoce quanto possível nos factores de risco, nomeadamente na prevenção de doenças transmissíveis evitáveis (pela vacinação ou outras), de doenças crónicas e suas complicações, pelo rastreio, diagnóstico precoce e promoção da adesão terapêutica, bem como pela reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais.

Por outro lado, esta abordagem permite obter ganhos em saúde e em sustentabilidade, pois reforça uma cadeia de potenciação dos efeitos positivos ou atenuação dos efeitos negativos dos determinantes da saúde, ao longo da vida.

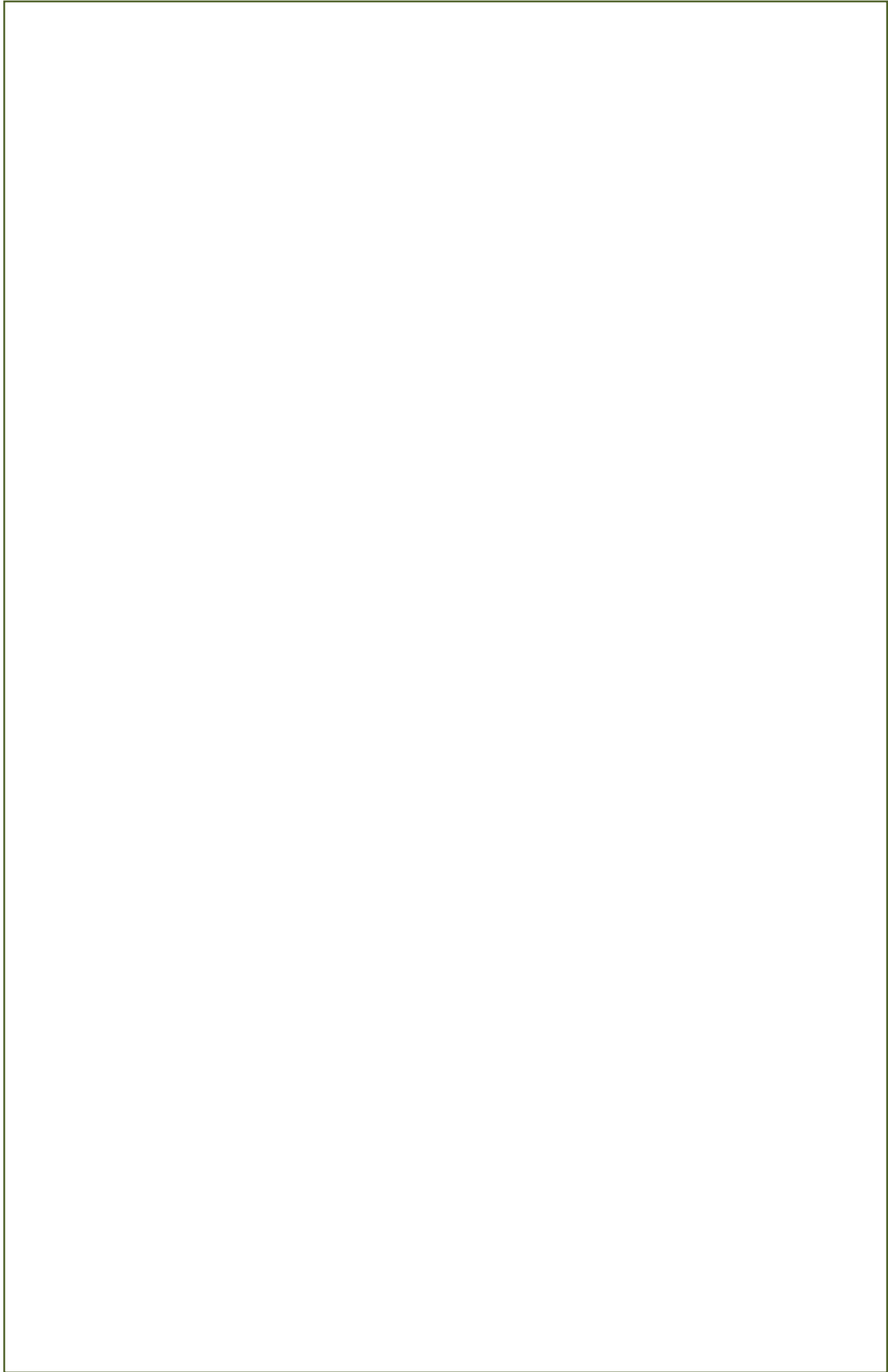
Existe para o Poder Local um vasto campo de actuação transversal, inter-Pelouros, que assegura a sua participação na promoção da saúde e de um estilo de vida mais saudável, ao longo da vida, nomeadamente em parceria e cooperação com as autoridades de saúde e outros intervenientes institucionais ou com a sociedade civil organizada.

O conceito subjacente ao eixo “políticas no ciclo de vida” é o de acções dirigidas a cada etapa do ciclo de vida, com os seguintes objectivos:

- intervenção precoce nos factores de risco
- satisfação das necessidades de saúde segundo a etapa do ciclo de vida
- promoção da articulação entre instituições e sectores

Programas e actividades relevantes em curso:

- Articulação com os ACES no âmbito do Conselho da Comunidade
- Academia da Mobilidade, melhoria do acesso à Saúde Mental
- “Preparar a Cidade do Futuro” - Conselho Municipal de Juventude;
- Estratégia de Cidade para as Crianças (PDS)
- Programa Ba.Ba – Creches e Jardins de Infância
- Gabinete Lisboa, Cidade Educadora
- Espaço a brincar
- Infância em movimento



O PDSQVBEL E OS PROGRAMAS E PROJECTOS EM CURSO ARTICULAÇÃO INTER-PELOUROS CML

O Plano de Desenvolvimento de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-estar da Cidade de Lisboa (PDSQVBEL) visa a constituição de um quadro de referência para o desenvolvimento da política municipal de promoção da saúde e melhoria do bem-estar da população, para o estabelecimento de prioridades, identificação de medidas e acções a integrar os planos plurianuais de actividade do município.

No entanto, a actividade da Câmara Municipal de Lisboa, no que se traduz na promoção da saúde e bem-estar da população, tem vindo de há muito a desenvolver-se independentemente desse enquadramento, encontrando-se subjacente em vários Programas e Projectos em curso.

Estes Projectos e Programas, que deverão ser reavaliados para integração no PDSQVBEL, constituem aliás uma das formas de operacionalizar a necessária articulação inter-pelouros, assegurando a intervenção de cada sector de actividade do município na prossecução de objectivos comuns.

O quadro seguinte sistematiza os principais Programas e Projectos existentes no município, advindos dos diversos Pelouros, agrupando-os pelos eixos estratégicos propostos para o PDSQVBEL.

VIDA ACTIVA	VULNERABILIDADES	CIDADE EM ENVELHECIMENTO	ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE	POLÍTICAS NO CICLO DE VIDA
<p>Alimentação e actividade física no âmbito do Ministério da Educação (ME) para o 1.º ciclo)</p> <p>Arte Alimentar com Peso e Medida – DGS/CML;</p> <p>Educação Alimentar e Promoção da Saúde (princípios da cidadania e hábitos alimentares saudáveis) – CML/DE;</p> <p>Refeições escolares saudáveis;</p> <p>Prevenção de hábitos alimentares de risco (PDS)</p> <p>Projecto Papa-Bem (a aguardar protocolo);</p> <p>Projecto Crescer Saudável – ACES Lisboa Oriental;</p> <p>Hortas Urbanas</p> <p>Vamos Todos ao Mercado</p> <p>Quinta Pedagógica dos Olivais (educação não formal – promoção de hábitos sadios)</p> <p>Desporto Mexe Comigo (contribuir para a inclusão social da população infanto-juvenil do Concelho-Lisboa);</p> <p>Programa de Apoio à Natação Curricular</p> <p>Projectos actividades Náuticas nas escolas;</p> <p>Olisípiadas;</p> <p>Aparelhos de Fitness (instalados em 36 parques e jardins de Lisboa)</p> <p>Espaço a Brincar</p> <p>Monsanto é a Nossa Casa - 1 Parque & 20 Escolhas;</p> <p>Lisboa Vai ao Parque; Lisboa Sabe Nadar</p> <p>Programa BIPZIP</p>	<p>Serve The City Lisboa -jantares comunitários;</p> <p>Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-abrigo – NPISA;</p> <p>Centro Local Apoio e Integração de Imigrantes – CLAI;</p> <p>Fundo de Emergência Social;</p> <p>Comissariado Municipal para o Desperdício Alimentar;</p> <p>DARIACORDAR – Associação contra o desperdício alimentar;</p> <p>Serviço de Teleassistência;</p> <p>Casa Aberta;</p> <p>PMAL - Programa Municipal Ajuda Lisboa;</p> <p>Desporto Mexe Comigo (contribuir para a inclusão social da população infanto-juvenil);</p> <p>Passaporte Escolar;</p> <p>Passaporte Pré-escolar;</p> <p>Orquestra Geração Lisboa;</p> <p>Perto Lx ;</p> <p>Transporte Adaptado;</p> <p>LX Porta-a-Porta</p> <p>Transporte solidário;</p> <p>Programa BIPZIP</p>	<p>Operação S.Ó.S. (operação concertada entre a CML e os parceiros sociais para sensibilizar a comunidade para a vulnerabilidade dos idosos isolados na cidade de Lisboa e alertar para actuações de emergência);</p> <p>Plataforma Para a Área do Envelhecimento (PAE) – Rede Social;</p> <p>Serviço de Teleassistência;</p> <p>Programa Municipal Ajuda Lisboa - Voluntariado Sénior;</p> <p>Segurança + 65 (Departamento de Protecção Civil);</p> <p>Cursos de formação de cuidadores informais;</p> <p>PEAS - Programa Envelhecimento Activo e Saudável (JF);</p> <p>Programa Praia Campo Sénior (JF);</p> <p>Universidades Seniores (JF);</p> <p>Programa BIPZIP</p>	<p>Contrato-Programa CML e a ARSLVT (construção de 6 Centros de Saúde);</p> <p>Acordo de Cooperação de Cuidados Continuados;</p> <p>Revisão da Carta dos Equipamentos de Saúde - PDM;</p> <p>Educando para a Saúde - Realização de acções de sensibilização, rastreios e outros eventos – CML/DE;</p> <p>Negociação do reaproveitamento de hospitais desactivados para a criação de unidades de Cuidados Continuados Integrados;</p> <p>Colaboração com os ACES na elaboração do Plano Local de Saúde;</p> <p>Definição do modelo de atendimento e encaminhamento das situações de saúde mental (PDS).</p>	<p>Programa Ba.Ba – Creches e Jardins de Infância;</p> <p>Projecto Papa-Bem</p> <p>Espaço a Brincar;</p> <p>Programa Infância em movimento;</p> <p>Espaço LX Jovem;</p> <p>Conselho Municipal de Juventude;</p> <p>Plataforma Para a Área do Envelhecimento - PAE;</p> <p>Agenda 21 Local Lisboa;</p> <p>Gabinete Lisboa, Cidade Educadora;</p> <p>Plano de Acessibilidade Pedonal (PAP);</p> <p>Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Lisboa – CPCJ;</p> <p>Conselho da Comunidade dos ACES;</p> <p>Academia da Mobilidade;</p> <p>Programa Infância em Movimento: à descoberta dos livros;</p>

Bibliografia

2º BARÓMETRO APAV | Intercampus: Criminalidade e Insegurança, 2012.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO (ARSLVT), “Plano Operacional de Respostas Integradas - PORI - Resumo do Diagnóstico do Território: Concelho de Lisboa”, ARSLVT LVT, Lisboa, Out. 2013.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO (ARSLVT), “Retrato da Saúde em Lisboa: Contributo para um Perfil da Saúde da Cidade”, 2013.

ALCOFORADO, Maria João, et al., “Orientações climáticas para o Ordenamento em Lisboa”, Relatório 4, Centro de Estudos Geográficos, Área de Investigação Geo- Ecológica, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2005.

ALCOFORADO, et al., “Clima e saúde: papel do planeamento e ordenamento urbano”, Centro de Estudos Geográficos, Área de Geo-Ecologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, s.d.

ALCOFORADO, et al., “Interactive short-term effects of equivalent temperature and air pollution on human mortality and Lisbon”, Humboldt Universidad zu Berlin, Geography Department - – Climatological Section, Berlin- Germany, Universidade de Lisboa, Centro de Estudos Geográficos, Lisboa, Portugal, Institute of Epidemiology II, Hellmoltz Zentrum München, German Research Center for Environmental Health (GmbH), Neuherberg/ Oberschleißheim, Germany. Elsevier, 2013.

ANDRADE, Inês Martins, “Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa”, Edição Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), Lisboa, Dezembro 2008.

ARAÚJO, A. Teles de, “O Ambiente Urbano e Saúde”, Sociedade Portuguesa de Pneumologia (Ed.), Lisboa, 1997.

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA, Departamento de Cooperação e Desenvolvimento, “Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos”, 2007.

BARROS, Pedro Pita, “Pela Sua Saúde”, Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa, 2013.

BOURDIN, A., “O urbanismo depois da crise”, Livros horizonte, 2011.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “Planeamento Lisboa:O desafio da mobilidade”, Colecção Estudos Urbanos Lisboa XXI, Lisboa, 2005.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “Relatório da Primeira Fase - Programa Local de Habitação de Lisboa” Vol. 1, 1ª fase: Conhecer, Lisboa, Abril 2009.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “Relatório da Primeira Fase” Vol.2 ATLAS do Programa Local de Habitação de Lisboa, 1ª fase: Conhecer, Lisboa, Abril 2009.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “PDM de Lisboa,- Relatório de Caracterização Síntese”, Lisboa, 2012.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), “PDM de Lisboa,- Indicadores de Monitorização”, Lisboa, 2012.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), "Lx-Europa 2020, Lisboa no quadro do próximo período de programação comunitário", Lisboa, Novembro 2012.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), "Plano de Acessibilidade Pedonal", Lisboa, 2013.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), "Colina de Santana – Documento Estratégico de Intervenção" DMPGRU – Departamento de Planeamento e Reabilitação Urbana, Lisboa, Dezembro 2013.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML), "Atlas Social de Lisboa", Lisboa, Junho 2017.

CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS, "Perfil de Saúde do concelho de Odivelas (actualização)", Odivelas, 2007.

CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS, "Plano Municipal de Saúde do concelho de Odivelas, Odivelas, 2009.

CÂMARA MUNICIPAL DE OEIRAS, "Perfil de Saúde do concelho de Oeiras", Oeiras, 2009.

CÂMARA MUNICIPAL DO SEIXAL, "Perfil de Saúde do Município do Seixal", Seixal, 1998.

CÂMARA MUNICIPAL DO SEIXAL, "Plano de Desenvolvimento de Saúde do Município do Seixal- IV Fase do Projecto Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde

CANÁRIO, Paulo, et al., "Modelação estatística da relação entre mortalidade e condições atmosféricas na Área Metropolitana de Lisboa", Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa, II Workshop Internacional sobre Clima e Recursos Naturais nos Países de Língua Portuguesa, Bragança, Portugal, 15 - 19 Novembro, 2010.

CANÁRIO, Paulo, "Methodology for assess thermal extremes mortality risk in urban areas", Finisterra, Research Group of Climate and Environmental Changes CLIMA - Centro de Estudos Geográficos, Universidade de Lisboa, 2010.

COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO, "Mutilação Genital Feminina - Manual de procedimentos para Comissões de Protecção de Crianças e Jovens", Junho de 2014.

COMISSÃO REGIONAL DE LISBOA E VALE DO TEJO (CCDRLVT), "Plano de Acção Regional de Lisboa - 2014-2020 – Diagnóstico Prospectivo", Lisboa, Setembro de 2013.

CRAVEIRO, M. Teresa, DUARTE, Maria João, ROCHA, A. Sofia, "O papel do município na promoção da saúde", GEOSAÚDE 2014 - I Congresso de Geografia da Saúde dos Países de Língua Portuguesa, Coimbra, Abril 2014.

DE MELLO, Maria Lucília Mercês; Barrias, José Carvalho; Breda, João Joaquim, "Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal", Direcção Geral de Saúde, 2001.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, "PASI, Plano de Acção para a Segurança Infantil", 2012.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, "Plano Nacional de Saúde 2012-2016", Maio 2013.

EAPN-Portugal/Rede Europeia Anti-Pobreza, Observatório de Luta Contra a Pobreza da Cidade de Lisboa "Relatório Semestral", Grupo de Missão – Referencial Estratégico – Plano de Desenvolvimento Social de Lisboa 2013-2015, Junho de 2014.

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, CRISP, Lord Nigel (Coord.), "Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel a desempenhar", Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2014.

GOMES, Cristina Maria Pires Ribeiro, “A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de Álcool”, Tese de Doutoramento Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa, Maio 2012.

HENRIQUES, José Manuel, “On becoming healthier communities: Poverty, territorial development and planning”, Revista Portuguesa de Saúde Pública, 31 (1): 58-73, 2013.

InMOURARIA, Relatório de 2013

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE, “ADELIA, Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada”, 2013

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE, “Relatório sobre Acidentes na União Europeia”, 2013

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE, Observatório Nacional de Saúde (ONSA), “Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde - Descrição e avaliação de uma metodologia”, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório, Lisboa, 2003.

JANUÁRIO, Patrícia de Abrunhosa, “Hábitos de sono das crianças e compreensão infantil do sono e das estratégias facilitadoras do adormecimento - Estudo com crianças de oito anos e seus pais”, Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia Clínica da Saúde e da Doença, 2012.

KORNOV, L., “Strategic Environmental Assessment as catalyst of healthier spatial planning: The Danish Guidance and practice”, Environmental Impact assessment, 2009.

LOUREIRO, Isabel, et al. “Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir”, Revista portuguesa de saúde pública, 31(1),23-31, 2013.

LOUREIRO, Isabel e MIRANDA, Natércia, “Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Acção”, Almedina, 2016.

MALHEIROS, J. E FONSECA, L. (coord.), “Acesso a habitação e problemas residenciais dos imigrantes em Portugal”, Edições Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, Colecção Estudo 48 do Observatório da Imigração, Lisboa, 2011.

MARTINGO, Carla, “O Corte dos Genitais Femininos em Portugal: O caso das Guineenses - Estudo Exploratório”, Edição Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), Lisboa, 2009.

MAURÍCIO, Cláudia, “Determinantes do Estado de Saúde dos Imigrantes na zona Metropolitana de Lisboa”, Tese de Mestrado, ISEGI-UNL, 2011.

MIGUEL, Luís Silva e BRITO DE SÁ, Armando, “Cuidados de Saúde Primários: Reforçar, expandir”.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, “Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade”, Decreto-Lei, n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro

MINISTÉRIO DA SAÚDE, “Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Documento de Suporte à Implementação da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)”, Março 2009.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, “Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e Evoluções”, 2013

OHAYON MM, PAIVA T., “Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal”, Sleep Medicine, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), “Vinte medidas para desenvolver um projecto de Cidades Saudáveis”, Gabinete Regional para a Europa, Copenhaga, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), “Perfis de Saúde das Cidades – Como conhecer e avaliar a Saúde da sua Cidade”, Gabinete Regional para a Europa, Copenhaga, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), “Fase VI (2014-2018) da Rede Europeia das Cidades Saudáveis da OMS: objectivos e requisitos”, Gabinete Regional para a Europa, Copenhaga, 2013.

PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo

TAVARES, A., “Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde”, Ministério da Saúde, Lisboa, 1990.

PAIXÃO, Eleonora, BRANCO, Maria João, CONTREIRAS, Teresa, “Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental”, Janeiro 2006.

PRATAS, Sérgio, “O Acesso à informação de Saúde – Direitos, Procedimentos e Garantias”, Caminhos da Pax, Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.), Lisboa, 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O MEIO AMBIENTE, UNEP, “Projecto Ambientes Verdes e Saudáveis”, Textos de Formação de Educadores, Coleção Ambientes Verdes e Saudáveis - Vol. II, Prefeitura da Cidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2007.

QUINTELA, Maria João, “Promover o Envelhecimento Activo, um Objectivo da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia/SPGG, Lisboa, Abril de 2014.

ROCHA T, et al., “Cardiovascular risk profile of high school students: A cross-sectional study”, Revista Portuguesa de Cardiologia, 33: 525-534, 2014.

REDE PORTUGUESA DE CIDADES SAUDÁVEIS, “Saúde em Rede Boas Práticas das Cidades saudáveis”, s.d.

REDE SOCIAL DE LISBOA, “Plano de Desenvolvimento Social”, Lisboa, 2012

REDE SOCIAL DE LISBOA, “Agenda Estratégica 2013 – 2015 - Recolha de dados: População sem – abrigo acompanhada pelas instituições intervenientes na cidade de Lisboa”, NPISA, 2010.

REDE SOCIAL DE LISBOA, “Agenda Estratégica 2013 – 2015 – Relatório de Saúde Mental, Lisboa, 2015.

REDE SOCIAL DE LISBOA, “Agenda Estratégica 2013 – 2015- Implementar a Rede de Cuidados Continuados Integrados”, 2015.

REDE SOCIAL DE LISBOA, “II Diagnóstico Social de Lisboa 2015-2016”.

ROSETA, Helena, “Contributos da câmara municipal de Lisboa para a saúde dos munícipes”, Revista portuguesa de Saúde Pública, 31(1):124-126, 2013.

SANDRA BARRETO, VERA CUNHA, LISA VICENTE, ANA CAMPOS, Mutilação Genital Feminina: O que sabem os Profissionais de Saúde?, Maternidade Alfredo da Costa, 2008.

SANTANA, Paula (coord.), “A Cidade e a Saúde”, Almedina, 2007.

SANTANA, Paula, “Introdução à geografia da Saúde, Território, Saúde e Bem-Estar”, Universidade de Coimbra, 2014.

SEIXAS, Mónica Pinto, “Avaliação da qualidade do sono na adolescência: implicações para a saúde física e mental”, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009.

SILVEIRA, Noémia (coord.), “Saúde Mais Próxima: de mãos dadas com a comunidade”, Centro Editorial, 2014.

SSI, Sistema de Segurança Interna, “Relatório Anual de Segurança Interna”, 2013,

TRUNINGER, Mónica, “INSEGALM – Estudo de Caracterização da Pobreza e Insegurança Alimentar Doméstica das Famílias com Crianças em Idade Escolar”, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2014.

TSOUROS, Agis D., “Vinte Medidas para Desenvolver um Projecto de Cidades Saudáveis”, Gabinete Regional da OMS para a Europa, Copenhaga, 1992.

VICENTE, Sónia Lisete Pacheco, “Atenção e Percepção: estudo comparativo entre sujeitos com boa e má qualidade de sono”, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), “Health 2020: a european policy framework supporting action across government and society for health and well-being”.

