

# Retrato da Saúde em Lisboa

Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP  
Junho de 2013

## **Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP**

Presidente do Conselho Diretivo  
Luís Cunha Ribeiro

### **Departamento de Saúde Pública**

Diretor  
António Tavares

### **Núcleo de Estudos e Planeamento**

Responsável  
Fátima Candoso

### **Autores**

Fátima Quitério – Médica, Assistente Graduada de Saúde Pública, ACES Central  
Patrícia Pereira – Geógrafa, Técnica Superior, Núcleo de Estudos e Planeamento  
Benvinda Santos – Médica Interna de Saúde Pública – ACES Amadora  
Micaela Lopes – Médica Interna de Saúde Pública – ACES Sintra  
António Tavares – Médico, Assistente Graduado Sênior do Departamento de Saúde Pública da ARSLVT, IP

### **Coordenação e Revisão:**

Prof. António Tavares  
Dr.ª Fátima Candoso  
Dr.ª Fátima Quitério

Agradece-se a colaboração de todos os que direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho, fornecendo informação ou aportando ideias e sugestões, designadamente:

Profissionais do Departamento de Saúde Pública da ARSLVT, IP

Profissionais do Núcleo de Estudos e Planeamento da ARSLVT, IP

Profissionais da Câmara Municipal de Lisboa

Equipas das Unidades de Saúde Pública dos ACES

Lisboa Norte (Coordenadora: Dr.ª Teresa Gonçalves )

Lisboa Central (Coordenadora: Dr.ª Maria João Martins)

Lisboa Ocidental-Oeiras (Coordenador: Dr. Monteiro Júnior)

Internos do Internato Médico de Saúde Pública:

Dr.ª Cristina Neves

Dr. Tiago Barros

## Índice

Índice das figuras.....	iii
Índice de quadros.....	v
Lista de siglas e acrónimos.....	x
<b>Preâmbulo.....</b>	<b>1</b>
O Perfil de Saúde.....	1
Os Fatores de Risco.....	2
Os Programas de Intervenção.....	4
<b>I. Introdução.....</b>	<b>7</b>
Contributos para o Perfil de Saúde – Objetivos e Metodologia.....	7
Enquadramento Territorial e Organização dos Cuidados de Saúde Primários.....	11
Território da ARSLVT, IP.....	11
Grande Lisboa.....	12
Cidade de Lisboa.....	13
Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).....	14
<b>II. Situação demográfica – Como somos?.....</b>	<b>17</b>
<b>III. Determinantes de saúde – Que influências sofremos?.....</b>	<b>22</b>
As Influências...do Ambiente.....	23
As Influências...do Ar.....	24
Ar Interior.....	25
Ar Exterior.....	26
As influências ... do ruído.....	27
As influências... Do Espaço Urbano – Acessibilidade e Segurança.....	28
As Influências ... da Habitação.....	30
As Influências ... Sociais.....	32
Família.....	32
Escolaridade.....	34
Rendimento.....	36
Emprego.....	39
Exclusão.....	41
As Influências...das Escolhas – Os Comportamentos.....	42
Tabaco.....	43
Álcool.....	45
Drogas Ilícitas.....	47
Alimentação.....	48
Atividade Física.....	49
Comportamento Sexual e Reprodutivo.....	51
Trabalhadores do Sexo.....	53
Gravidez Continuada e Interrompida.....	54
Contraceção após IVG.....	56
A influência dos...Fatores Biológicos.....	57
Nascimento e Peso ao Nascer.....	57
Estado Vacinal.....	59
Peso e Índice de Massa Corporal (IMC).....	60
<b>IV. Saúde, Doença e Morte.....</b>	<b>62</b>
Esperança de Vida.....	66
Autoperceção do Estado de Saúde.....	66

A Saúde dos mais Jovens.....	70
Acidentes.....	72
Acidentes de Viação.....	72
Doenças Infeciosas.....	78
Doenças de Declaração Obrigatória .....	79
Doenças Declaração Obrigatória Evitáveis pela Vacinação.....	79
Tuberculose .....	80
VIH/SIDA.....	83
Outras Infeções Sexualmente Transmissíveis .....	84
Tumores Malignos .....	85
Diabetes.....	89
Hipertensão Arterial (HTA) .....	91
Doença Mental.....	94
<b>V. Recursos da Comunidade .....</b>	<b>101</b>
Saúde.....	101
Cuidados de Saúde Primários .....	101
Produção Global de Consultas.....	102
Acesso e Utilização nos Cuidados de Saúde Primários .....	103
Vigilância de Saúde em Idade Escolar .....	105
Capacidade Instalada .....	105
Recursos Humanos .....	106
Coordenação Regional da Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (CRICAD) .....	107
Unidades de Intervenção Local (UIL) .....	107
Equipamentos de Cuidados Continuados.....	108
Equipamentos de Cuidados Secundários/ Hospitais.....	108
Disponibilidade de Farmácias .....	109
Recursos Sociais.....	109
<b>VI. Considerações Finais .....</b>	<b>112</b>
Tendências e Projeções da Saúde Urbana .....	112
A cidade em Contexto de Crise Socioeconómica.....	112
Conclusões Decorrentes deste Documento .....	117
Ao Nível da Informação.....	119
Ao Nível da Intervenção.....	121
Um Modelo para a Ação.....	123
Lisboa, Cidade Saudável .....	125
Matriz para o desenvolvimento de um plano de intervenção na saúde da população da Cidade de Lisboa .....	126
<b>VII. Referências bibliográficas .....</b>	<b>127</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo 1 – Novas Freguesias de Lisboa.....	A
Anexo 2 – Área territorial dos ACES e unidades de prestação de cuidados.....	B
Anexo 3 – Principais poluentes atmosféricos e seus efeitos na saúde humana .....	D
Anexo 4 – Pressupostos das pesquisas efetuadas à Base de Dados de GDH dos hospitais da ARSLVT .....	E
Anexo 5 – Periodicidade e objetivos dos exames de saúde (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil) .....	I

## Índice das figuras

Figura 1 - Modelo de Determinantes da Saúde .....	8
Figura 2 - Mapa do Território da ARSLVT; Destaque: Grande Lisboa.....	11
Figura 3 - Mapa do território da Grande Lisboa .....	12
Figura 4 - Concelho de Lisboa no território da ARSLVT, IP .....	13
Figura 5 - Concelho de Lisboa .....	13
Figura 6 - Território dos ACES de Lisboa.....	15
Figura 7- Pirâmide etária - Grande Lisboa .....	17
Figura 8 - Pirâmide etária - Cidade Lisboa .....	17
Figura 9 - Pirâmide etária - Território ACES Lisboa Norte .....	19
Figura 10 - Pirâmide etária - Território ACES Lisboa Central .....	19
Figura 11 - Pirâmide etária - Território ACES Ocidental .....	19
Figura 12 - A cadeia causal: principais causas de doença isquémica do coração. ....	22
Figura 13 - Taxa de risco de pobreza em Portugal após transferências sociais: população empregada por tipo de agregado doméstico, em 2011.....	33
Figura 14 - Evolução da desigualdade na distribuição do rendimento em Portugal, 2006 - 2010 .....	37
Figura 15 - Poder de compra <i>per capita</i> , em 2009 e 1993 .....	37
Figura 16 - Evolução da taxa de desemprego em Portugal, em 1998-2013 .....	40
Figura 17 - Interrupção voluntária da gravidez segundo o grupo etário em Portugal, em 2012 .....	55
Figura 18 - Taxa padronizada de internamentos hospitalares considerados evitáveis por prevenção primária (/100 000 hab) em Portugal Continental, em 2000-2008.....	64
Figura 19 - População do Concelho de Lisboa que referiu ter muita dificuldade ou não conseguir ver, ouvir, compreender ou fazer-se compreender, em 2011 .....	68
Figura 20 – População do Concelho de Lisboa que referiu ter muita dificuldade ou não conseguir andar ou subir degraus e tomar banho ou vestir-se, em 2011 .....	69
Figura 21 - Número de óbitos por todas as causas entre 1 e 4 anos de idade, em 2006-2011 .....	71
Figura 22- Evolução do nº de mortes por acidente de viação no Concelho e Lisboa e na Grande Lisboa, em 2006-2011.....	73
Figura 23 - Nº acidentes com vítimas no distrito de Lisboa, entre 2009 e 2011 .....	74
Figura 24 - Nº vítimas de acidentes com feridos graves e vítimas mortais no distrito de Lisboa, entre 2009-2011 .....	74
Figura 25 - Nº acidentes e vítimas e sua proporção no concelho e distrito de Lisboa, em 2011.....	75
Figura 26 - Nº de episódios hospitalares por tipo de acidentado e por grupo etário na ARSLVT, em 2012 .....	76
Figura 27 - Nº de episódios hospitalares por tipo de acidentado e por grupo etário na área da Grande Lisboa, em 2012 .....	77
Figura 28 - Nº de episódios hospitalares por tipo de acidentado e por grupo etário no Concelho de Lisboa, em 2012.....	77
Figura 29 - Taxa de incidência da tuberculose e VIH, em Portugal, entre 2000-2010 .....	80
Figura 30 - Distribuição dos casos de tuberculose notificados por idade e sexo, no Concelho de Lisboa, em 2012 .....	82
Figura 31 - Principais motivos de condução à urgência hospitalar no ACES Lisboa Oriental, entre Outubro 2011 e Setembro 2012 .....	97

Figura 32 - Resultados da avaliação psiquiátrica na urgência hospitalar, no ACES Lisboa Oriental, entre Outubro 2011 e Setembro 2012 .....	97
Figura 33 - Taxa de mortalidade padronizada por suicídio, por sexo e abaixo dos 65 anos (/100 000 Hab.), em Portugal Continental, entre 2000-2009 .....	98
Figura 34 - Distribuição por tipo de consultas nos CSP no Concelho de Lisboa, em.2012 ....	102
Figura 35 - Um modelo de bem-estar comunitário .....	110
Figura 36 - Modelo de gestão para a minimização de impactos de fatores de risco urbanos na saúde.....	125

## Índice de quadros

Quadro 1 - As novas Freguesias – correspondência com as antigas.....	14
Quadro 2- Principais indicadores demográficos, em 2011.....	17
Quadro 3 - Estrutura da população residente segundo os grandes grupos etários, em 2011.....	18
Quadro 4 - População residente por grandes grupos etários e índices de dependência, em 2011.....	18
Quadro 5 - População residente e sua distribuição por sexo, em 2011 – Variação intercensos .....	18
Quadro 6- Índices de dependência na Cidade de Lisboa – Freguesias com valores extremos, em 2011 .....	19
Quadro 7 - Movimentos Pendulares – Proporção da população que entra ou sai do território por motivos de trabalho ou estudo, em 2011 .....	20
Quadro 8 - População estrangeira oriundos dos Países de Língua Oficial Portuguesa com estatuto legal de residência, em 2011 .....	21
Quadro 9 - População estrangeira com estatuto legal de residência, em 2011 .....	21
Quadro 10 - Ozono - Valores de Medição e valores de referência para a proteção da Saúde Humana: Base octo-horária (DL n.º 102/2010, de 23/9) , em 2011....	26
Quadro 11 – PM10 - Valores de Medição e valores de referência para a proteção da Saúde Humana: Base anual (DL n.º 102/2010, de 23 / 9), em 2011 .....	27
Quadro 12 – PM10 - Valores de Medição e valores de referência para a proteção da Saúde Humana: Base diária (DL n.º 102/2010, de 23/9), em 2011 .....	27
Quadro 13 - Taxa de criminalidade (‰) por Localização geográfica e Categoria de crime - 2012 .....	30
Quadro 14 - Proporção de alojamentos familiares clássicos sem pelo menos uma infra- estrutura básica (%) e nº total de alojamentos de residência familiar, em 2011 .....	31
Quadro 15 - Proporção de alojamentos familiares clássicos sem pelo menos uma infra- estrutura básica (%) e nº total de alojamentos de residência familiar – máximos e mínimos das freguesias, em 2011 .....	31
Quadro 16 - Famílias monoparentais com pelo menos um filho menor de 25 anos; Percentagem em relação ao número de famílias clássicas, em 2011 .....	33
Quadro 17- Famílias unipessoais. Percentagem em relação ao total de famílias clássicas; Famílias unipessoais segundo o sexo, em 2011 .....	34
Quadro 18 - Famílias unipessoais por grupo etário, em 2011 .....	34
Quadro 19 - Taxa de analfabetismo (%) por sexo, em 2011 .....	35
Quadro 20 - Proporção da população residente com ensino superior completo (%) por sexo e local de residência, em 2011 .....	35
Quadro 21 - Taxa de abandono escolar (%) por local de residência, em 2011 .....	36
Quadro 22 - Nº pensionistas da segurança social por local de residência, em 2009-2011.....	38
Quadro 23 - Beneficiários do rendimento social de inserção, da segurança social por 1000 habitantes em idade ativa (‰) por local de residência, em 2009-2010...	39
Quadro 24 - Utentes do SNS inscritos nos Cuidados de Saúde Primários – Nº e percentagem de utentes com insuficiência económica, em 2012 .....	39



Quadro 25 - População total, ativa, empregada, desempregada e inativa e Taxa de atividade, emprego, desemprego e inatividade, em Portugal e Região de Lisboa (NUTS II), nos 1º trimestres de 2012 e de 2013 – Variação homóloga. – Portugal e Região de Lisboa (NUTS II).....	41
Quadro 26 - População residente sem abrigo (N.º) por localização geográfica, em 2011.....	41
Quadro 27 - Distribuição da população portuguesa segundo 4 determinantes de saúde * relacionados com comportamentos, em 2005/2006 .....	43
Quadro 28 - Percentagem da população escolarizada do 6º ao 10º ano que refere experimentar tabaco ou fumar, em 2010.....	43
Quadro 29 – Percentagem de consumo de tabaco ao longo da vida (experimentação), nos últimos 12 meses (consumo recente) e nos últimos 30 dias (consumo atual) - Portugal e concelho de Lisboa, em 2011 .....	44
Quadro 30 – Percentagem da população com > 18 anos na Região de Lisboa (NUT II) que refere consumo de tabaco, em 2012 .....	44
Quadro 31 – Percentagem da população escolarizada do 6º ao 10º ano de escolaridade que refere consumir bebidas destiladas e ficar embriagado, em 2010 .....	45
Quadro 32 - Prevalência do consumo de álcool ao longo da vida (%) (experimentação) - Portugal e Concelho de Lisboa, em 2011.....	45
Quadro 33 - Prevalência (%) do consumo de álcool nos últimos 12 meses (consumo recente) - Portugal e Concelho de Lisboa, em 2011.....	46
Quadro 34 -Prevalência (%) do consumo de álcool nos últimos 30 dias (consumo atual) - Portugal e Concelho de Lisboa, em 2011.....	46
Quadro 35 - Taxa de criminalidade por condução ilegal (Permilagem), em 2012.....	47
Quadro 36 - Consumo de <i>cannabis</i> (%) ao longo da vida (experimentação), nos últimos 12 meses (consumo recente) e nos últimos 30 dias (consumo atual) - Portugal e Concelho de Lisboa, em 2011 .....	47
Quadro 37 - Prática de atividade física na última semana (%) – distribuição por sexo (N = 4998), em 2010 .....	50
Quadro 38 - Prática de atividade física na última semana (%) – resultados do 6º ao 10º ano de escolaridade, em 2010.....	51
Quadro 39 - Comportamento da população com mais de 18 anos de idade de Lisboa (NUT II) – Atividade/ Sedentarismo, em 2012.....	51
Quadro 40 – Educação sexual e comportamentos associados à sexualidade – Alunos do 8º-10º ano – Região de Lisboa, em 2010 .....	52
Quadro 41 – Nº de nados-vivos por idade das mães na Cidade de Lisboa, entre 2009-2011 .....	54
Quadro 42 – Nº de interrupções da gravidez por opção da mulher por região de residência, em 2012 .....	55
Quadro 43 - Nº de casos de IVG, em 2012 .....	56
Quadro 44 – Nº de interrupção da gravidez por opção da mulher e permissão pelo número de IG anteriores, em Portugal, em 2012 .....	56
Quadro 45 - Peso ao nascer, em 2012 .....	58
Quadro 46 – Nº de nados-vivos com baixo peso ao nascer (< 2500g) para todas as idades das mães, em 2010-2012 .....	58
Quadro 47 - Total de nascimentos e baixo peso ao nascer (<2500g) para as mães com < 15 anos, em 2010-2012 .....	59
Quadro 48 - Cobertura vacinal dos jovens e adultos (14, 18 e 25 anos) da Cidade de Lisboa, em 2012 .....	59
Quadro 49 - Prevalência de excesso de peso nos alunos do 1º ciclo do ensino básico (6-10 anos), em Portugal (%), em 2007-2008 .....	60



Quadro 50 - 10 principais causas de mortalidade prematura (Taxa de Anos de Vida Perdidos/100 000 hab) em Portugal Continental, em 2010 .....	64
Quadro 51 - Nº de óbitos e taxa de mortalidade (/100 000 habitantes) por idade (falecido) e por local de residência (Continente, Região de Lisboa e Vale do Tejo e Grande Lisboa), em 2011 .....	65
Quadro 52 - Nº de óbitos em 2011 e Taxa de mortalidade padronizada por sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas (LSE-55), em 2009-2011 .....	65
Quadro 53 - Esperança de vida à nascença e aos 65 anos, em 2009-2011 .....	66
Quadro 54 – Auto perceção do estado de saúde segundo o Inquérito Nacional de Saúde, em 2005-2006 .....	67
Quadro 55 - Percentagem de jovens que referem apresentar os sintomas abaixo referidos mais do que uma vez por semana (alunos do 6º, 8º e 10º anos), em 2010 .....	68
Quadro 56 - Permilagem dos indivíduos que no total da população inquirida e em cada grupo etário refere ter muita dificuldade ou não consegue ver, ouvir, compreender ou fazer compreender, no Concelho de Lisboa, em 2011 .....	69
Quadro 57 - Permilagem dos indivíduos que no total da população inquirida e em cada grupo etário refere ter muita dificuldade ou não consegue tomar banho ou vestir-se e andar ou subir degraus, no Concelho de Lisboa, em 2011 .....	69
Quadro 58 - Número de crianças rastreadas e nº de casos de hipotireoidismo e doenças do metabolismo, em 2009 .....	70
Quadro 59 - Taxa de mortalidade infantil por local de residência, anual (2011) e quinquenal (2007-2011) .....	70
Quadro 60 - Taxa de mortalidade infantil por 1 000 hab nos triénios 2006-2008, 2007-2009; 2008-2010 e 2009-2011 .....	71
Quadro 61 - Taxa de mortalidade de 1 a 4 anos de idade por 1 000 hab, nos triénios 2006-2008, 2007-2009; 2008-2010 e 2009-2011 .....	71
Quadro 62 - Taxa de mortalidade padronizada por acidente de viação por sexo e para todas as idades, no Continente, RLVT e Concelhos da Grande Lisboa, em 2009-2011 .....	72
Quadro 63 - Nº de óbitos por todas as causas e por acidentes de transporte nos indivíduos < 65 anos e Proporção dos acidentes de viação no total de causas de morte (Permilagem), em 2006-2011 .....	73
Quadro 64 - Nº de acidentes com vítimas, com mortos e feridos graves, no distrito de Lisboa, em 2009-2011 .....	74
Quadro 65 - Nº total de vítimas, vítimas mortais e feridos graves e leves no distrito de Lisboa, entre 2009 e 2011 .....	74
Quadro 66 - Nº de acidentes e vítimas no concelho de Lisboa, em 2011 .....	75
Quadro 67 - Nº acidentes com atropelamento nas cidades de Lisboa e Porto, entre 2009 e 2011 .....	75
Quadro 68 - Nº episódios hospitalares por tipo de vítima de acidente de viação e nº total de dias de internamento, em 2012 .....	76
Quadro 69 - Nº de óbitos por todas as causas e por doenças infecciosas e parasitárias e sua permilagem, entre 2006-2011 .....	78
Quadro 70 - Nº de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, em todas as idades, entre 2006-2011 .....	78
Quadro 71 - Nº de casos de Doenças de Declaração Obrigatória notificados no concelho de Lisboa, entre 2010-2013 .....	79
Quadro 72 - Nº de Doenças de Declaração Obrigatória potencialmente evitáveis pela vacinação, no concelho de Lisboa, entre 2010-2012 .....	79

Quadro 73 - Nº de casos de tuberculose notificados no concelho de Lisboa, entre 2010-2012 .....	80
Quadro 74 - Taxas de incidência de tuberculose e VIH (/100 000 hab), em Portugal e UE (5 melhores valores), em 2010 .....	80
Quadro 75 - Nº de casos de tuberculose no concelho de Lisboa entre 2010-2012 e na RLVT em 2012 .....	81
Quadro 76 - Nº de episódios hospitalares nos hospitais da ARSLVT por tuberculose pulmonar por grupos etários e por área de residência do doente, e dias de internamento, em 2012 .....	82
Quadro 77 - Nº de episódios hospitalares por outras tuberculoses nos hospitais da ARSLVT por área de residência do doente e por grupo etário, e dias de internamento, em 2012 .....	83
Quadro 78 - Nº de casos diagnosticados na consulta de IST do Centro de Saúde da Lapa, entre 2009-2012 .....	84
Quadro 79 - Nº de casos diagnosticados em utentes com < 24 anos na consulta de IST do Centro de Saúde da Lapa, em 2011 .....	85
Quadro 80 - Incidência dos tumores malignos mais frequentes por sexo no Distrito de Lisboa, em 2006 .....	85
Quadro 81 - Nº de óbitos por tumor maligno, em 1981, 2001, 2009, 2010 e 2011 .....	86
Quadro 82 - Taxas de mortalidade padronizadas por tumor maligno, por sexo e em todas as idades, entre 2009-2011 .....	86
Quadro 83 - Taxas de mortalidade padronizadas por tumor maligno, por sexo e na idade inferior a 65 anos, entre 2009-2011 .....	86
Quadro 84 - Taxa de mortalidade padronizadas em todas as idades por tumor maligno do cólon e reto, entre 2009-2011 .....	87
Quadro 85 - Taxas de mortalidade padronizadas nos indivíduos com < 65 anos por tumor maligno do cólon e reto, entre 2009-2011 .....	87
Quadro 86 - Taxas de mortalidade padronizadas no sexo feminino por tumor maligno da mama, entre 2009-2011 .....	87
Quadro 87 - Taxas de mortalidade padronizadas em todas as idades por tumor maligno da laringe, traqueia e pulmão, entre 2009-2011 .....	87
Quadro 88 - Taxas de mortalidade padronizadas nos indivíduos com < 65 anos por tumor maligno da laringe, traqueia e pulmão, entre 2009-2011 .....	88
Quadro 89 - Nº de episódios hospitalares e nº de dias de internamento por área de residência do doente, nos hospitais da ARSLVT, por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, em 2012 .....	88
Quadro 90 - População inscrita em Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de diabetes, em 31-12-2012 .....	89
Quadro 91 - Percentagem da população inscrita com > 20 anos com Diabetes diagnosticada, em 31-12-2012 .....	89
Quadro 92 - Percentagem de diabéticos diagnosticados na população inscrita em Cuidados de Saúde Primários com > 20 anos, em 2012 .....	90
Quadro 93 - Nº de episódios hospitalares nos hospitais da ARSLVT por complicações circulatórias periféricas de diabetes (Ex.: angiopatia periférica/ gangrena) com amputações no mesmo episódio, por grupo etário e área de residência, em 2012 .....	90
Quadro 94 - Nº de óbitos por diabetes em 1981, 2001 e entre 2009-2011 .....	91
Quadro 95 - População inscrita em Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de hipertensão arterial, em 31-12-2012 .....	92
Quadro 96 - Percentagem da população inscrita nos Cuidados de Saúde Primários maior de 20 anos com HTA diagnosticada, em 2012 .....	92

Quadro 97 - Nº de óbitos por doenças do aparelho circulatório, em 1981, 2001 e entre 2009-2011 .....	92
Quadro 98 - Taxas padronizadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, doenças isquémicas do coração e doenças cerebrovasculares em todas as idades, em 2009-2011 .....	93
Quadro 99 - Taxas padronizadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, doenças isquémicas do coração e doenças cerebrovasculares em indivíduos com < 65 anos, em 2009-2011 .....	93
Quadro 100 - Nº de episódios hospitalares e nº de dias de internamento por acidente isquémico transitório nos hospitais da ARSLVT, por grupo etário e área de residência, em 2012 .....	93
Quadro 101 - Nº de episódios hospitalares nos hospitais da ARSLVT e nº de dias de internamento por acidente vascular cerebral por grupo etário e área de residência, em 2012 .....	94
Quadro 102 - Prevalência e valores máximo e mínimo de depressão e outras síndromes em Portugal e outros países da Europa, em. 2004 .....	96
Quadro 103 - Mandados de condução por descompensação psiquiátrica, entre 2010-2012 .....	96
Quadro 104 - Nº de episódios hospitalares por tentativa de suicídio nos hospitais da ARSLVT, por grupo etário e área de residência, em 2012 .....	98
Quadro 105 - Nº de óbitos por suicídio por residência, entre 2009-2011 .....	99
Quadro 106 - Taxa de mortalidade padronizada por suicídio em todas as idades e por sexo, entre 2009-2011 .....	99
Quadro 107 - População inscrita em Cuidados de Saúde Primários, em 31-12-2012 .....	103
Quadro 108 - Taxa de cobertura da população nos Cuidados de Saúde Primários por residência, em 31-12-2012 .....	103
Quadro 109 - Taxa de utilização das consultas dos CSP da população inscrita, em 2012 ....	104
Quadro 110 - Registo dos Exames Globais de Saúde realizados nos Centros de Saúde, entre 2010-2012 .....	105
Quadro 111 - Agrupamentos de Centros de Saúde da Cidade de Lisboa - população, Freguesias, Unidades e Edifícios, em 31-12-2012 .....	106
Quadro 112 - Nº de profissionais de Cuidados de Saúde Primários na Cidade de Lisboa e rácio populacional e nº de utentes por profissional, em 2012 .....	106
Quadro 113 - Nº de profissionais de Cuidados de Saúde Primários na cidade de Lisboa, em 2012 .....	106
Quadro 114 - Nº de unidades de cuidados continuados na ARSLVT, a 31.12.2012 .....	108
Quadro 115 - Nº de farmácias e postos farmacêuticos móveis e seu rácio por 1000 hab., em 2011 .....	109

## Lista de siglas e acrónimos

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
APA	Agência Portuguesa do Ambiente
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative
CRI	Centros de Respostas Integradas
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CRICAD	Coordenação Regional da Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DALY	Disability-Adjusted Life Years
DDO	Doença de Declaração Obrigatória
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ENVIRH	Environment and Health in Children Day Care Centers – Ambiente e Saúde em Creches e Infantários
EU	União Europeia
EUPHA	European Public Health Association
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
HLY	Healthy Life Years
HTA	Hipertensão Arterial
HSBC	Health behavior in age-school children
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística, IP
INME	Inquérito Nacional em Meio Escolar
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez

ITS	Infeções de Transmissão Sexual
NUTS	Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português do Sistema de Saúde
PHYSA	Portuguese Hypertension and Salt Study
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PREVIH	Estudo de Prevalência do VIH em Homens que têm Sexo com Homens e Trabalhadores do Sexo
QAI	Qualidade do Ar Interior
REVIVE	Rede de Vigilância de Vetores
RLVT	Região de Lisboa e Vale do Tejo
RSI	Rendimento Social de Inserção
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAMS	Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas
SIARS	Sistema de Informação da ARS
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIGA	Sistema de Informação Geográfica da ARSLVT, IP
SPIRALL	Societal Progress Indicators for the Responsibility of All
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SVI-TB	Sistema de Vigilância do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose
TS	Trabalhadores do Sexo
UIL	Unidades de Intervenção Local
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization



## Preâmbulo

Um Perfil de Saúde deve corresponder à determinação das necessidades em saúde da população-alvo, para poder estabelecer a pertinência do Plano que vier a ser equacionado e dos Programas e Projetos que o compuserem.

Assim, a caracterização que aqui se apresenta pretende ser dinâmica, correspondendo a um processo permanente, contínuo e em espiral. Portanto, é suficientemente alargada e aprofundada, não deixando de ser sucinta e clara.

Mas sobretudo pretende corresponder às necessidades do processo de planeamento em curso, conducente à elaboração dos Planos acima mencionados.

## O Perfil de Saúde

É inerente à prática do Setor da Saúde desenvolver todos os mecanismos técnico-científicos passíveis de promover a saúde, prevenir a doença, tratar doentes e reabilitá-los, intervindo intra e inter-institucionalmente, dentro e fora do setor da saúde, sobre todos os fatores que possam contribuir para a diminuição do “stock” de saúde das populações e dos indivíduos por que é responsável.

Elaborar um Perfil de Saúde da Cidade de Lisboa pressupõe a abordagem de aspetos como a situação demográfica, os determinantes de saúde – ambientais, sociais, comportamentais e estilos de vida, biológicos – o estado de saúde, nas suas componentes de morbilidade e mortalidade, entre outros.

Trata-se assim de um conjunto de fotografias sobre aspetos relevantes da situação de saúde dos habitantes da Cidade de Lisboa. Poder-se-á então questionar: tratar-se-á então mais de um álbum de retratos do que de um retrato global relativo à saúde na Cidade? Os diferentes capítulos, referentes aos diversos aspetos considerados, estão unidos por algo mais forte do que aquilo que une os retratos num álbum, ou seja, pelo impacte semelhante que a deterioração subjacente a cada um desses aspetos tem na Saúde da Cidade a diversos níveis (Santos, 1993).



O planeamento saudável identifica-se pela sua perspetiva holística, que considera as relações entre os factos, proporcionando uma compreensão ecológica do planeta. Tal perspetiva, inerentemente integrativa, é incompatível com a compartimentalização do planeamento em diferentes especialidades.

Requalificação do espaço urbano, formação profissional, criação de emprego, oferta de serviços de saúde preventivos, associações culturais e recreativas, participação na gestão local, rede de transportes e comunicações, são diferentes esferas em que se inscreve a vida da comunidade – estas dimensões devem ser integradas, possibilitando que se pense o espaço, o ambiente e os lugares como um todo.

As inter-relações que ocorrem nos lugares – entendidos como ambientes físicos e sociais – e a saúde e, ainda, a possibilidade de criar lugares (mais) saudáveis, capazes de promover a saúde e a qualidade de vida dos seus habitantes, obriga à investigação das determinantes ambientais da saúde (Santana, 2006).

De uma forma mais abrangente, pode referir-se que os determinantes sociais de saúde incluem classe social, género, pertença étnica ou cultural, educação, ocupação e rendimento. E todos estes aspetos devem ser tidos em atenção.

É necessário também considerar que a Cidade se confronta com uma forte concentração de edifícios que é necessário aquecer, quantidades enormes de resíduos que é necessário eliminar e de poluentes que é necessário controlar e com um número descomunal de viaturas que pululam as ruas e os passeios e que modificam o seu ambiente.

Poder-se-ia afirmar que a Cidade gera a sua própria poluição, constituindo-se no coração do seu próprio problema.

## **Os Fatores de Risco**

Este ambiente urbano, tão próximo do ser humano e tão modificado por este, contem em si uma panóplia de fatores de risco conducentes à diminuição da saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas que aí habitam.

Nesse âmbito, os problemas de saúde que surgem no âmbito da Cidade têm sempre de ser analisados tendo em atenção duas vertentes: por um lado, as características desses

fatores causais que atuam em simultâneo e, por outro, o comportamento reativo do ser humano.

No que se refere às **características dos fatores causais**, há a considerar que cada indivíduo na Cidade de Lisboa está cercado por uma multiplicidade de fatores de índole diversa, cuja intensidade e tempo de atuação variam, podendo ser maiores ou menores.

Esses fatores podem ser de natureza económica, social, ambiental, escolar, ocupacional, familiar ou outra, e o seu conjunto conduz a impactes na Saúde tão diversos quanto as causas que lhes estão subjacentes.

Sendo difícil determinar o peso relativo que cada um desses fatores tem enquanto mecanismo causal de uma diminuição do nível de saúde e, portanto, quais os seus respetivos graus de risco, é consensualmente aceite a existência de uma conjugação/potencialização dos efeitos dos fatores considerados. Ou seja, quanto maior for o número, a intensidade e o tempo de atuação dos fatores subjacentes à situação de saúde, maior é a dimensão e o impacte dos sinais e sintomas que constituem a panóplia semiológica dos grupos sociais que aí habitam.

Contudo, há a salientar uma outra característica deste tipo de fatores que influenciam a Saúde – a sua natureza qualitativa e não somente quantitativa. Há circunstâncias em que uma pequena variação num destes fatores tem consequências desastrosas no seio de uma família – por exemplo, uma nefasta repercussão no desenvolvimento de uma criança cujo pai se torna alcoólico.

Porém, grandes variações podem não ter consequências tão graves. São os casos em que o qualitativo primária sobre o quantitativo – e isto é revolucionário num pensamento onde o número é rei (Déoux e Déoux, 1996).

A outra vertente refere-se ao **comportamento reativo do ser humano**. Sobre este aspeto há a referir que o tipo de resposta do Ser Humano é variável.

Existem fatores exógenos que podem revelar estados de desequilíbrio inaparentes e consequentes desestabilizações conducentes a uma diminuição do nível de saúde e bem-estar dos indivíduos.

Pode apontar-se como exemplo de um estado de desequilíbrio inaparente a situação de precariedade de uma família da classe social média, cujos encargos financeiros com a aquisição de habitação própria, custos escolares e elevado nível de gastos é superior aos

limites aceitáveis da taxa de esforço, a qual traduz, de uma forma indireta, o valor máximo que essa família pode pagar.

Um acontecimento inesperado, como por exemplo o desemprego de um dos membros da família, pode determinar imediatamente a situação de precariedade dessa família e, mesmo, conduzir a uma dinâmica de exclusão, por queda numa situação de pobreza. Os sinais e sintomas cardiovasculares e/ou neurovegetativos passarão, provavelmente, a acompanhar os elementos desta família.

Se a ocorrência de perturbações for transitória, como será o caso de uma toxicod dependência de curta duração de um jovem adolescente, é possível uma adaptação reflexa familiar, sendo esta componente temporária e, portanto, reversível. Caso essa transitoriedade não se verifique, a adaptação não ocorra ou haja uma sinergia de diversos fatores (por exemplo, a prostituição como forma de angariar dinheiro para manter a situação de toxicod dependência), pode surgir uma mais forte desestabilização orgânica, com incapacidade de adaptação e o conseqüente aparecimento de uma mais intensa diminuição do nível de saúde do indivíduo.

A adaptação é mais difícil para os grupos populacionais de risco: sem abrigo, crianças da rua, idosos, incapacitados e outros. Pequenas variações nestes fatores exógenos poderão corresponder a fortes alterações nos seus estados de saúde.

Convém também realçar que nem sempre a adaptação corresponde a uma melhoria... muitas vezes essa adaptação realiza-se pelo preço de uma mutilação; aprende-se a tolerar sacrificando alguma coisa da vida. As graves conseqüências psicológicas dos alojamentos de famílias migrantes, habitualmente pertencentes a minorias étnicas, em bairros degradados, com habitações insalubres, espaços ansiogénicos e deficientes condições de saneamento básico, são bem o exemplo disso. A adaptação da família pode pagar-se pela deterioração da estabilidade familiar, com o envolvimento de um filho no narcotráfico ou na toxicod dependência, de uma filha na prostituição, ou de repetitivos insucessos escolares que poderão conduzir ao aparecimento de mais adolescentes da rua.

## **Os Programas de Intervenção**

Para que as ações de promoção da saúde, de prevenção da doença e de tratamento e reabilitação de doentes se traduzam em efetivos ganhos de saúde e de bem-estar por parte

dos indivíduos e dos grupos populacionais, é necessário que os profissionais que, direta ou indiretamente, trabalham a área da saúde tenham em consideração, além dos fatores endógenos inerentes ao próprio indivíduo, todas as influências exógenas provenientes do ambiente externo ao indivíduo que, de alguma forma, podem afetar o seu normal bem-estar.

O próprio conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui esse pressuposto, ao enunciar que “a Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente uma ausência de doença ou de enfermidade”.

Inclui-se, assim, na abordagem ao Perfil de Saúde da população da Cidade de Lisboa todo um conjunto de pressupostos e de conceitos que varrem áreas tão vastas da vida e do conhecimento como o ambiente, o social, o económico, a família, a escola, o trabalho e tudo quanto, de uma forma ou outra, faz parte do quotidiano da existência.

Numa sociedade em que a um aumento da esperança de vida não corresponde exatamente ganho de vida com qualidade e bem-estar, devido à incapacidade de essa mesma sociedade implementar mecanismos de solidariedade e de ação social e de saúde suscetíveis de prevenir as situações catastróficas e aviltantes da dignidade humana que nela ocorrem, assiste-se, no início deste novo milénio, ao incremento de situações sociais e de saúde tão preocupantes que justificam uma intervenção integrada dos Serviços Públicos.

O compromisso destes Serviços com uma Cidade Saudável, só por si, justifica o aparecimento deste documento.

Aqui estão consubstanciados aspetos importantes da Saúde na Cidade de Lisboa, o que nos possibilita ter uma melhor perceção da realidade. A partir daqui será possível delinear programas de intervenção que possam ser integrados na estrutura dos Serviços já existentes e na organização social da Cidade.

O envolvimento comunitário e a participação individual serão necessariamente aspetos chave em todo este processo.

Neste sentido, o empoderamento dos cidadãos, o suporte social, as modificações ambientais devem ter uma abordagem compreensiva, onde o diagnóstico da situação, a determinação de prioridades, a definição de objetivos, a construção de programas e projetos de intervenção, com a respetiva implementação e avaliação, devem combinar diferentes estratégias de intervenção, com uma tónica predominante numa estratégia de

base comunitária, para que os ganhos em saúde sejam, o mais possível, potenciados (Tavares, 1990).

E se a saúde pode também ser entendida como um capital adquirido à nascença, compreende-se e justifica-se como um direito e um dever a necessidade de criar mecanismos para a sua rentabilização e ganhos em efetividade, em ordem a uma mais adequada promoção da equidade em saúde. Pretende-se que estes ganhos estejam também consubstanciados neste documento.

Dado serem visíveis na Cidade de Lisboa sinais de um desejo de participação comunitária, ávida da implementação de projetos dinamizadores, o qual urge potenciar, não se podia permanecer com a falta de informação atualizada.

Assim, este documento pretende ser entusiasticamente motivador, até porque surge num contexto de grande inovação e vontade de agir de forma integrada por parte dos diversos atores sociais / institucionais da Cidade.

A Cidade pulsa ativamente, ávida da implementação de programas de intervenção em Saúde, que a façam efervescer, num grande compromisso contratual entre esses vários atores, empenhados na busca permanente de soluções de mais bem-estar num ambiente urbano que se pretende saudável e sustentado.

***António Tavares***

*Delegado de Saúde Regional de Lisboa e Vale do Tejo*

*Diretor do Departamento de Saúde Pública da ARSLVT, IP*

## I. Introdução

### Contributos para o Perfil de Saúde – Objetivos e Metodologia

Este trabalho resultou da dupla incumbência de, num curto período de tempo, proceder à elaboração de um documento sobre a Saúde na Cidade de Lisboa, que satisfizesse simultaneamente as necessidades do Grupo de Trabalho da Rede de Cidades Saudáveis da Câmara Municipal de Lisboa, como base de informação para a construção do Plano de Saúde Municipal, e dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Cidade (ACES), como base de informação para a construção dos Planos Locais de Saúde.

Foi desde logo colocado o horizonte temporal de junho de 2013 e procurou-se assim, num curto período de tempo, abordar os principais fatores que caracterizam a saúde de uma população urbana, fornecendo um olhar rápido e que pretende ser integrador sobre a saúde da população da cidade de Lisboa e seus principais determinantes, não sendo contudo um trabalho exaustivo.

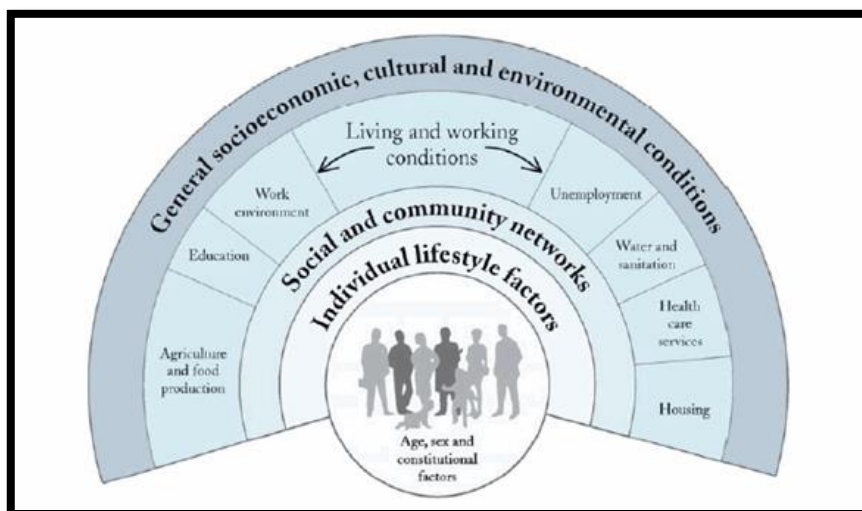
Apesar do imenso desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido nos últimos anos no setor da saúde e da sua crescente capacidade em aliviar a carga de doença dos indivíduos e das populações, o peso da intervenção dos Serviços de Saúde na produção de saúde das comunidades continua a ser inferior ao de outros fatores determinantes, estando as causas da maioria das doenças com maior impacto na mortalidade, profundamente ancoradas em fatores relacionados com os estilos de vida e o ambiente<sup>1</sup>.

O modelo de determinantes consensualmente aceite apresenta-se na figura 1.

A cidade, numa perspetiva de Saúde Pública, requer uma atenção especial, dada a grande concentração e movimentação populacional associada à grande diversidade social e económica da população e à coexistência de diferentes culturas e etnias, composição das famílias e diferentes orientações sexuais.

---

<sup>1</sup> 1976, Dever, G.E.A – “An epidemiological Model for Health Analysis” – Soc. Ind Res – No estudo já clássico e tantas vezes citado identificou-se que o maior contributo para as principais causas de morte eram por ordem de impacto: Os estilos de vida com 43%, a Biologia Humana com 27%, o Ambiente com 19% e só por último os serviços de saúde com 11%.



**Figura 1 - Modelo de Determinantes da Saúde**

Fonte: Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health

Grupos vulneráveis específicos, como população migrante, sem abrigo e toxicodependentes, têm uma expressão mais evidente nas populações urbanas.<sup>2</sup>

Por outro lado, a população da cidade é flutuante. A cidade compõe-se não apenas dos que nela residem mas também dos que nela circulam diariamente, provenientes dos Concelhos limítrofes, por trabalho, por lazer, por necessidade de acesso a serviços, por laços familiares... pelo que, em alguns casos (comportamentos, morbilidades), poderá fazer sentido recorrer a informação que extravase os limites do concelho...

Quando em 1996 a OMS dedicou o dia mundial da saúde ao Projeto Cidades Saudáveis, sob o lema “Cidades Saudáveis para viver melhor”, fez uma chamada de atenção para a importância e o impacto que o ambiente urbano assume hoje na saúde das comunidades.<sup>3</sup>

Os perfis de saúde das cidades são um produto chave no desenvolvimento do projeto Cidades Saudáveis, fornecendo evidência e credibilidade quanto à necessidade de esforços sérios para promover a saúde a nível local. Descrevem o estado de saúde das pessoas e as condições em que estas vivem. São ferramentas essenciais para a mudança.

O principal propósito do perfil de saúde é estimular a ação para melhorar a saúde.

<sup>2</sup> EUPHA Urban Public Health Annual Report 2011/12

<sup>3</sup> OMS, “Perfis de Saúde das Cidades – como conhecer e avaliar a saúde da sua cidade”



Face à importância política e social da cidade e à sua dimensão populacional – a população de Lisboa (547 733 habitantes) representa cerca de um quarto da população da Grande Lisboa, correspondendo a 17% da população do Distrito e a 5% da população do Continente – este trabalho requer a abordagem de diversos intervenientes e estruturas, quer no âmbito do Município, quer no âmbito dos Serviços de Saúde, já que aqui confluem, para além da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT, IP) vários interesses e competências, no âmbito das atribuições em Planeamento de Saúde.

É objetivo deste documento constituir-se como contributo para a construção do Perfil de Saúde da Cidade de Lisboa no âmbito da Rede Cidades Saudáveis.

Embora sendo uma visão do setor da saúde, tem como objetivos principais a criação, comunicação e partilha de evidência sobre a saúde da população na cidade de Lisboa e pretende ser um instrumento de apoio à tomada de decisão político-estratégica neste âmbito, não se entendendo contudo como um Diagnóstico da Situação, dado que este identifica problemas de saúde, determina as necessidades em saúde, identifica os precursores e as consequências desses problemas e faz a sua avaliação prognóstica previsível, ultrapassando assim os limites de um Perfil de Saúde (Tavares, 1990).

O documento que se apresenta considera-se um retrato, realizado a partir de um número mínimo de indicadores, com base em vários documentos europeus, nas recomendações da Organização Mundial de Saúde relativos à construção dos Perfis das Cidades Saudáveis e numa pesquisa de consenso realizada entre os médicos especialistas em Saúde Pública da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Prescindiu-se frequentemente de uma perspetiva evolutiva dos indicadores, a favor de um leque mais alargado de dimensões, ou de informação mais recente.

Não se procedeu a uma revisão bibliográfica exaustiva, mas recorreu-se às fontes disponíveis no momento, sem preocupação de as hierarquizar, e solicitou-se também a colaboração de muitas entidades, mas alguns contributos, seguramente importantes, não chegaram a tempo de ser incorporados.

Contudo, apesar da dificuldade sempre existente na obtenção de alguns dados estatísticos, apresenta-se aqui uma descrição preferencialmente quantitativa da situação, o que facilita a sua posterior tradução em conhecimento dos fatores que a determinam, na análise da sua evolução e perspetivas e na avaliação de se é ou não satisfatório para as próprias necessidades do processo de planeamento da saúde.

Privilegiou-se a abordagem e a reflexão sobre os determinantes de saúde, cientes do enorme potencial que a intervenção nestas áreas pode aportar para a diminuição da carga de doença da população, recorrendo aos dados da cidade de Lisboa, sempre que disponíveis, mas também aos territórios em que esta se insere e que com ela comunicam ou que com ele dialogam – Grande Lisboa – Continente – Europa – cidade do Porto.

Procurou-se caracterizar também a carga de doença não apenas através das estatísticas clássicas de mortalidade, mas através da recolha de informação de fontes diversas, designadamente os dias de internamento hospitalar, a partir das bases de dados de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH), na procura de uma aproximação aos custos pessoais, sociais e económicos que o insucesso na prevenção destas doenças acarretam.

Pelo exposto, ressalva-se que este documento não se pretende concluído, antes se considera um ponto de partida para um aprofundamento que deverá ser continuado no tempo e nas organizações com intervenção na saúde, abordando subtemas, subterritórios e subpopulações, que pela natureza deste trabalho não puderam ter a visibilidade que mereciam, mas que carecem de uma abordagem mais aprofundada, de preferência mais próximo das áreas em que as populações vivem e lhes são prestados cuidados.



A população abrangida, em 2001, era de 3.475.925 residentes, tendo aumentado cerca de 5,3% nos últimos 10 anos (2001-2011), passou para 3.659.868 residentes, percentagem muito superior à nacional, onde a população aumentou apenas 1,99%.

Trata-se de um território com uma elevada densidade populacional, cerca de 3 vezes superior à média nacional (114,5 hab/km<sup>2</sup> em Portugal e 309,4 hab/km<sup>2</sup>).

## Grande Lisboa

A Grande Lisboa é uma sub-região estatística portuguesa, parte da Região de Lisboa (ex-Região de Lisboa e Vale do Tejo) e do Distrito de Lisboa. Limita a norte com o Oeste, a leste com a Lezíria do Tejo, a sul com o Estuário do Tejo (e, através dele, com a Península de Setúbal), e a sul e a oeste com o Oceano Atlântico. A Grande Lisboa compreende 9 concelhos - Amadora, Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Odivelas, Oeiras, Sintra, Vila Franca de Xira, distribuídos da seguinte forma pelo território:

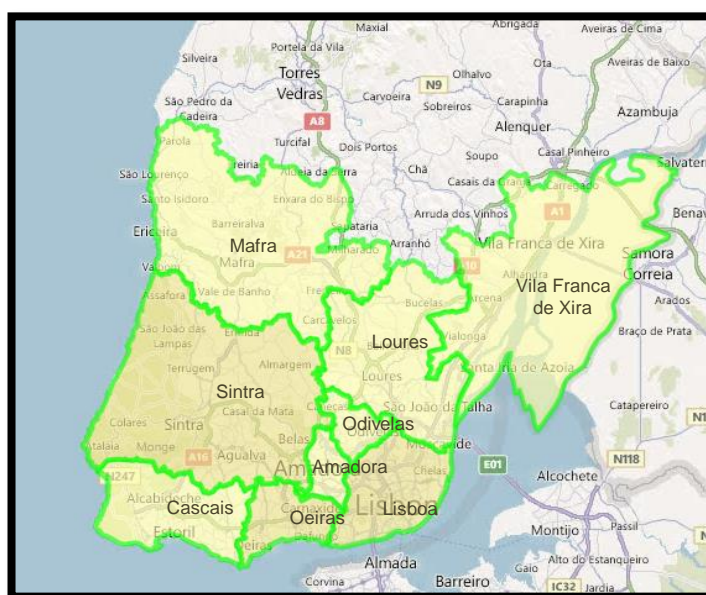


Figura 3 - Mapa do território da Grande Lisboa

Fonte: SIGA

## Cidade de Lisboa



**Figura 4 - Concelho de Lisboa no território da**

**ARSLVT, IP**

*Fonte: SIGA*



**Figura 5 - Concelho de Lisboa**

*Fonte: SIGA*

A cidade de Lisboa encontrava-se subdividida em 53 freguesias mas, com a publicação da Lei nº 56/2012 de 8 de novembro, foram alvo de uma reorganização administrativa e deram origem a um novo mapa da cidade agora com apenas 24 freguesias.

Durante o presente documento, e uma vez que a maioria da informação trabalhada é referente a datas anteriores à publicação da referida Lei, constam referências às freguesias antigas (53).

A correspondência entre as novas freguesias e as antigas é apresentada no quadro seguinte:

**Quadro 1 - As novas Freguesias – correspondência com as antigas<sup>4</sup>**

Freguesias Novas	Freguesias Antigas	Freguesias Novas	Freguesias Antigas	
Santa Clara	Ameixoeira	Santa Maria Maior	Castelo	
	Charneca		Madalena	
Alvalade	Alvalade		Mártires	
	Campo Grande		Sacramento	
	São João de Brito		Santa Justa	
Lumiar	Lumiar		Santiago	
Marvila	Marvila		Santo Estêvão	
Olivais	Santa Maria dos Olivais		São Cristóvão e São Lourenço	
			São Miguel	
Parque das Nações			São Nicolau	
Ajuda	Ajuda		Sé	
Alcântara	Alcântara		Socorro	
Benfica	Benfica		Misericórdia	Mercês
Campolide	Campolide			Santa Catarina
Carnide	Carnide	Encarnação		
Campo de Ourique	Santa Isabel	São Paulo		
	Santo Condestável	Arroios	Anjos	
Belém	Santa Maria de Belém		Pena	
	São Francisco Xavier		São Jorge de Arroios	
Estrela	Lapa	Penha de França	São João	
	Santos-o-Velho		Penha de França	
	Prazeres	São Vicente de Fora	São Vicente de Fora	
São Domingos de Benfica	São Domingos de Benfica		Graça	
	Beato		Beato	Santa Engrácia
Avenidas novas	São Sebastião da Pedreira	Santo António	São Mamede	
	Nossa Senhora de Fátima		São José	
Areeiro	Alto do Pina		Coração de Jesus	
	São João de Deus			

Fonte: Lei 56/2012 de 8 de Novembro

### Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)

Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários, desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenir e prestar cuidados na doença e fazer a ligação com outros serviços para a continuidade de cuidados. Também desenvolvem atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases. Com a publicação da Portaria nº394-B/2012 de 29 de novembro, foi efetuada uma reorganização dos agrupamentos e o concelho de Lisboa ficou dividido em três ACES, um dos quais integra o concelho de Oeiras (Anexo 2).

<sup>4</sup> Ver mapa em anexo 1



**Figura 6 - Território dos ACES de Lisboa**

Fonte: SIGA

A área geográfica (freguesias) e os centros de saúde abrangidos pelos novos agrupamentos são apresentados de seguida:

**ACES Lisboa Norte**

Área Geográfica	Centros de Saúde
<i>Freguesias do Concelho de Lisboa:</i> <b>Alvalade, Ameixoeira, Benfica, Campo Grande, Campolide, Carnide, Charneca, Lumiar, Nossa Senhora de Fátima, São Domingos de Benfica, São João de Brito e São Sebastião da Pedreira</b>	CS Alvalade CS Benfica CS Coração de Jesus CS Sete Rios

**ACES Lisboa Central**

Área Geográfica	Centros de Saúde
<i>Freguesias do Concelho de Lisboa:</i> <b>Alto do Pina, Anjos, Beato, Castelo, Coração de Jesus, Encarnação, Graça, Lapa, Madalena, Mártires, Marvila, Mercês, Pena, Penha de França, Prazeres, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Isabel, Santa Justa, Santa Maria dos Olivais, Santiago, Santo Estevão, Santos-o-Velho, São Cristóvão e São Lourenço, São João, São João de Deus, São Jorge de Arroios, São José, São Mamede, São Miguel, São Nicolau, São Paulo, São Vicente de Fora, Sé e Socorro</b>	CS Alameda CS Graça CS Lapa CS Luz Soriano CS Marvila CS Penha de França CS S. João CS São Mamede e Santa Isabel CS Olivais



---

ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Área Geográfica	Centros de Saúde
<i>Concelho de Oeiras e Freguesias do Concelho de Lisboa:</i>	CS Carnaxide CS Oeiras
<b>Ajuda, Alcântara, Santa Maria de Belém, Santo Condestável e São Francisco Xavier</b>	CS Ajuda CS Alcântara CS Santo Condestável

## II. Situação demográfica – Como somos?

Em comparação com o Continente e a Região de Lisboa (NUTS II), verifica-se na cidade de Lisboa um índice de envelhecimento elevado, superior ao dos outros concelhos da Grande Lisboa, representando a população com mais de 64 anos cerca de 24% da população.

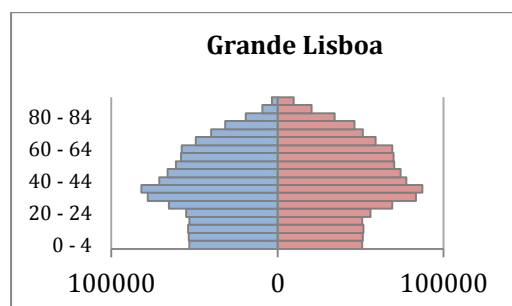
Encontramos assim na cidade cerca de 186 idosos por cada 100 jovens, e cerca de 38 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa.

**Quadro 2- Principais indicadores demográficos, em 2011**

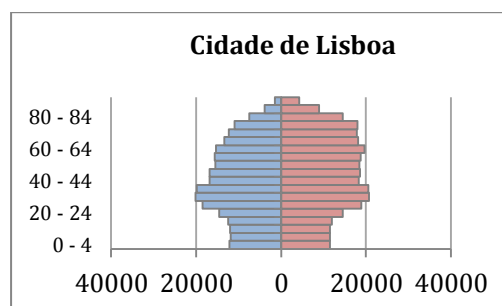
Território	Taxa de crescimento efetivo	Taxa de crescimento natural	Taxa bruta de natalidade	Taxa bruta de mortalidade	Taxa de fecundidade geral	% de nados-vivos fora do casamento
Continente	-0,29	-0,06	9,1	9,8	38,7	43,3
Grande Lisboa	0,08	0,23	11,1	8,8	46,0	52,4
Concelho de Lisboa	-0,32	-0,16	10,5	12,1	46,7	51,7

*Fonte: INE, Indicadores de População por Município, Anuário Estatístico da Região de Lisboa*

A pirâmide etária da cidade apresenta uma configuração envelhecida em comparação com a da Região da Grande Lisboa, particularmente a partir do grupo etário dos 45-49 anos, em que o sexo feminino se torna predominante. A proporção de mulheres na cidade (54,2%) é superior à encontrada na Grande Lisboa (52,9%).



**Figura 7- Pirâmide etária - Grande Lisboa**



**Figura 8 - Pirâmide etária - Cidade Lisboa**

**Quadro 3 - Estrutura da população residente segundo os grandes grupos etários, em 2011**

Território	Grupos etários			Total	%		
	0-14	15-64	>65		0-14	15-64	>65
Grande Lisboa	314 091	1 354 729	373 657	2 042 477	15,4	66,3	18,3
Lisboa Cidade	70 494	346 279	130 960	547 733	12,9	63,2	23,9

Fonte: INE, Censos 2011 - População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário;

**Quadro 4 - População residente por grandes grupos etários e índices de dependência, em 2011**

Território	Grupos etários			Índices		
	0-14	15-64	>65	Dependência de Jovens	Dependência de idosos	Envelhecimento
Continente	1 484 120	6 625 713	1 937 788	22,4	29,2	130,6
Lisboa Região	437 881	1 870 153	513 842	23,4	27,5	117,3
Grande Lisboa	314 091	1 354 729	373 657	23,2	27,6	119,0
Lisboa Cidade	70 494	346 279	130 960	20,4	37,8	185,8

Fonte: INE, Censos 2011 - População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário;

Inversamente ao sucedido no Continente e na Região, a população da cidade de Lisboa em 2011 diminuiu em relação a 2001 (Quadro 2), sendo de acordo com o último censo de 547 733 habitantes (Quadro 3), menos 16 924 indivíduos que em 2001.

A população feminina em idade fértil é de 41,7%, significativamente inferior à da Grande Lisboa com 46,0%.

**Quadro 5 - População residente e sua distribuição por sexo, em 2011 – Variação intercensos**

Território	População Residente 2011					
	HM	H		M		Variação 2011-2001
		Total	%	Total	%	
Continente	10 047 621	4 798 798	47,8	5 248 823	52,2	1,99
Lisboa Região	2 821 876	1 334 605	47,3	1 487 271	52,7	6,01
Grande Lisboa	2 042 477	961 132	47,1	1 081 345	52,9	4,89
Lisboa Cidade	547 733	250 874	45,8	296 859	54,2	-3,00

Fonte: INE, Censos 2011 - População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário

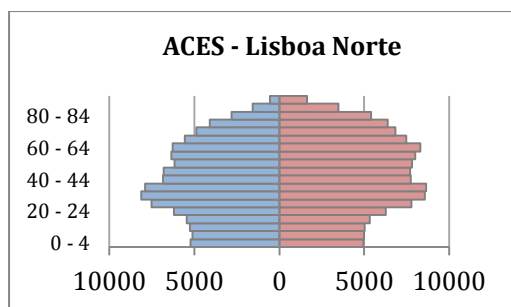


Figura 9 - Pirâmide etária – Território ACES Lisboa Norte

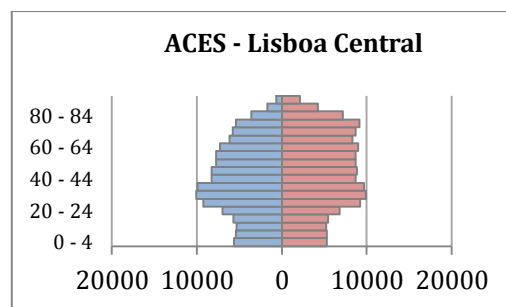


Figura 10 - Pirâmide etária - Território ACES Lisboa Central

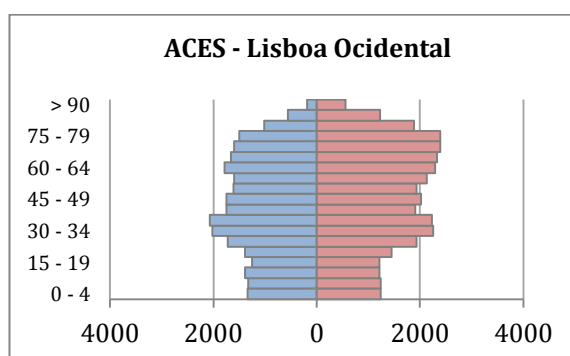


Figura 11 - Pirâmide etária - Território ACES Lisboa Ocidental

Ao serem consideradas as áreas territoriais dos ACES<sup>5</sup>, e sem prejuízo de características particulares localizadas, verifica-se que da zona norte para a zona ocidental o envelhecimento é mais marcado, atingindo o conjunto das Freguesias de Lisboa integradas no ACES Oeiras-Lisboa Ocidental<sup>6</sup>, um índice de envelhecimento de 223.

**Quadro 6- Índices de dependência na Cidade de Lisboa – Freguesias com valores extremos, em 2011**

Área territorial dos ACES	Índices de Dependência			
	Dependência de Jovens	Dependência de idosos	Envelhecimento	Dependência total
Lisboa Cidade	20,4	37,8	185,8	58
Máximo	29 (Charneca)	58 (Santiago)	597 (Santiago)	76 (Alvalade)
Mínimo	9 (S. Nicolau)	21 (Charneca)	71 (Charneca)	36 (S. Nicolau)

Fonte: INE, Censos 2011 - População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Grupo etário;

<sup>5</sup> Agrupamentos de Centros de Saúde - Unidade Administrativa de prestação de Cuidados de Saúde Primários, que divide atualmente a cidade em 3 zonas. A zona Ocidental compreende as Freguesias de Alcântara, Ajuda, Santa Maria de Belém Santo Condestável e S. Francisco Xavier. Ver Anexo 2.

<sup>6</sup> Neste documento, sempre que se refere ao ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, reporta-se sempre e apenas às 5 Freguesias de Lisboa integradas neste ACES.

A densidade populacional é de 6 436 hab/Km<sup>2</sup>, superior à da Grande Lisboa (1 485 hab/Km<sup>2</sup>). Só a cidade da Amadora excede este valor com 7 371 hab/Km<sup>2</sup>.

A cidade é composta não apenas pelos que nela residem mas pelos que diariamente entram por motivos de trabalho ou estudo ou por razões de saúde, ou pelos estrangeiros que nela se fixam, ou se dedicam ao turismo ou aos negócios. 78% da população inquirida em 2011 não era residente mas encontrava-se presente por motivo de trabalho ou estudo.

Se a cidade de Lisboa perdeu população ao longo dos últimos anos, a Grande Lisboa cresceu, e metade das cidades mais populosas de Portugal estão junto a Lisboa.

**Quadro 7 - Movimentos Pendulares – Proporção da população que entra ou sai do território por motivos de trabalho ou estudo, em 2011**

Território	Movimentos pendulares	
	% da população que entra	% da população que sai
Grande Lisboa	9,7	2,6
Lisboa	77,7	8,7

*Fonte:* INE, Proporção da população residente que entra e que sai na unidade territorial (movimentos pendulares) (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011);

Verifica-se também que “a faixa etária dos jovens entre os 15 e os 29 anos (17,5%) é superior à dos jovens até aos 15 anos (12,9%), devido à afluência de jovens universitários. Lisboa tem 8 universidades (4 públicas e 4 privadas), diversas faculdades e institutos superiores”. *In Revista municipal, maio 2013*

Residiam na cidade de Lisboa 44 128 estrangeiros em 2011 (8,1% da população residente representando 10,2% do total de estrangeiros residentes no País) (Pordata, Retrato de Lisboa, Indicadores, 2011).

O casamento entre portugueses e estrangeiros tem vindo a aumentar nos últimos anos sobretudo na Região de Lisboa, enquanto o total dos casamentos tem tendência a diminuir<sup>7</sup>.

A proporção de casamentos celebrados na cidade de Lisboa entre portugueses e estrangeiros em relação ao total de casamentos foi em 2012 de 29%, superior à encontrada na Grande Lisboa (25,7%) e no Continente (12,5%).<sup>8</sup>

<sup>7</sup> O casamento deixou de ser um indicador de constituição de família já que 38% das crianças do concelho de Lisboa nascem fora do casamento, ainda que com coabitação dos pais.

<sup>8</sup> INE, Casamentos celebrados (N.º) por Local de registo e Nacionalidade dos cônjuges, atualização de 11 de Maio de 2013.

Da população estrangeira com estatuto legal de residência, os indivíduos de nacionalidade brasileira ocupam largamente a maior percentagem (29%), seguida da chinesa (7,6%), cabo-verdiana (7,5%) e romena (7,2%).

**Quadro 8 - População estrangeira oriundos dos Países de Língua Oficial Portuguesa com estatuto legal de residência, em 2011**

Território	Total	Brasil		Cabo Verde		Angola		Guiné Bissau		S. Tomé e Príncipe	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Continente	424 547	109 423	25,8	43 028	10,1	21 233	5,0	17 984	4,2	10 259	2,4
Grande Lisboa	176 071	47 138	26,8	26 791	15,2	13 665	7,8	13 362	7,6	6 312	3,6
Concelho de Lisboa	44 128	12 853	29,1	3 292	7,5	1 804	4,1	1 264	2,9	806	1,8

Fonte: INE, Censos 2011

**Quadro 9 - População estrangeira com estatuto legal de residência, em 2011**

Território	Total	Ucrânia		Roménia		Reino Unido		Moldávia		China	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Continente	424 547	47 193	11,1	38 796	9,1	16 646	3,9	13 453	3,2	16 142	3,8
Grande Lisboa	176 071	10 934	6,2	13 240	7,5	2 058	1,2	3 503	2,0	5998	3,4
Concelho de Lisboa	44 128	2 423	5,5	3 199	7,2	552	1,3	408	0,9	3343	7,6

Fonte: INE, Censos 2011

Este aspeto é um dos que contribui para a diversidade característica das grandes capitais, traduzindo-se depois em diversos problemas de saúde que carecem de abordagens específicas quer de promoção de saúde, quer de oferta de cuidados de saúde.<sup>9</sup>

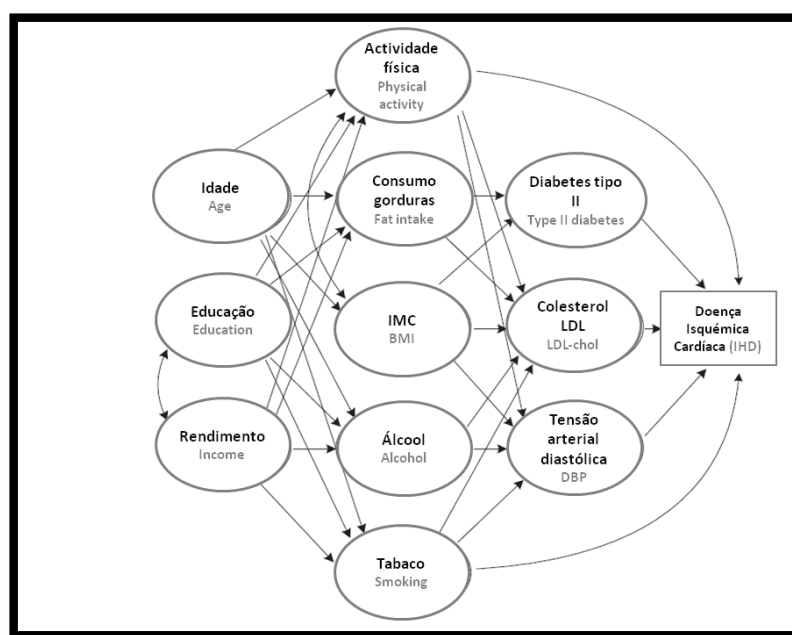
<sup>9</sup> EUPHA Urban Public Health Annual Report 2011/12

### III. Determinantes de saúde – Que influências sofremos?

A análise dos fatores que condicionam a Saúde de uma comunidade mostra que estes fatores se podem situar na área socioeconómica, cultural, política ou ambiental, e, que existem fatores de risco não modificáveis, tal como, a idade e a hereditariedade e, modificáveis, tal como, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo de tabaco.

A saúde de uma comunidade depende pois de múltiplos fatores que contribuem diferentemente para o seu “bem-estar”<sup>10</sup> e cada vez mais se compreende que uma abordagem intersectorial pode obter melhores resultados em saúde do que uma abordagem meramente médica, sendo a ação dos serviços de saúde apenas um fator entre outros.

Saúde e desenvolvimento sustentável estão intimamente ligados e se a falta de desenvolvimento afeta negativamente a saúde das pessoas, o “desenvolvimento” pode também prejudicar o ambiente físico e social o que, por seu turno, afeta negativamente a saúde.



**Figura 12 - A cadeia causal: principais causas de doença isquémica do coração. As setas indicam algumas (mas não todas) vias pelas quais essas causas interagem.**

Fonte: OMS. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks

<sup>10</sup> O conceito de “bem-estar” em saúde tem diversos equivalentes, como “autonomia”, “capacidade de adaptação” e “capacidade de prosseguir objetivos pessoais ou sociais”.

Os determinantes de saúde condicionam a saúde das populações de forma positiva ou negativa, traduzindo-se em “influências” condicionadoras de “escolhas” e reforçando ou modificando “vulnerabilidades” pessoais, através de uma “teia causal” complexa de interações (Figura 12).

Apesar de muita da informação relevante não estar disponível para o nível do Município e/ou se encontrar em muitos casos desatualizada<sup>11</sup> procurou-se ainda assim neste documento dar a devida relevância aos fatores ambientais, comportamentais e relacionais que em função do momento e dos grupos envolvidos se podem constituir em fatores de risco ou fatores de proteção para a saúde, comentando, quando não disponíveis ao nível do município, os últimos dados conhecidos ao nível nacional ou da região em que a cidade se insere.

## As Influências...do Ambiente

O ambiente está na “moda”, no sentido estatístico do termo.

Uma cidade como Lisboa, com a sua dimensão populacional, consome diariamente 11.500 toneladas de combustíveis fósseis, 320.000 toneladas de água e 2.000 toneladas de alimentos. Também produz diariamente 25.000 toneladas de dióxido de carbono, 1.600 toneladas de resíduos sólidos e 300.000 toneladas de efluentes.

A cidade confronta-se com uma forte concentração de edifícios que é necessário aquecer, quantidades enormes de resíduos que é necessário eliminar e de poluentes que é necessário controlar e com um número descomunal de viaturas que pululam as ruas e os passeios e que modificam o seu ambiente.

Este ambiente urbano, tão próximo do ser humano e tão modificado por este, contem em si uma panóplia de fatores de risco conducentes à diminuição da saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas que aí habitam. Poder-se-ia afirmar que a cidade gera a sua própria poluição, constituindo-se no coração do seu próprio problema.

E contudo a cidade de Lisboa parece ser o meio natural do ser humano que nela habita, o seu “nicho ecológico” favorito.

---

<sup>11</sup> É o caso da informação dos “Inquéritos Nacionais de Saúde”, cujos últimos dados se reportam a 2006, e não aportam informação de nível concelhio.



“O reconhecimento do papel do ambiente na determinação da qualidade de vida e da saúde atribuiu ao lugar a capacidade de explicar os padrões de vida, saúde, doença e morte dos indivíduos. Nesta perspetiva, vários estudos concluem que as situações de vulnerabilidade formam *clusters*, sugerindo uma amplificação do risco identificada pela simultaneidade de vários fatores, sobressaindo lugares onde residem pessoas envelhecidas, pouco instruídas, doentes, com alojamentos precários e escassez de oportunidades e locais capazes de proporcionar vidas mais saudáveis e até de transportes públicos que permitiriam a deslocação e obtenção de serviços e bens noutros locais”<sup>12</sup>.

Estima-se que globalmente 24% do peso das doenças em anos de vida saudáveis perdidos e 23% das mortes prematuras na população mundial, são atribuíveis a fatores ambientais<sup>13</sup>.

Ar, água e saneamento básico são os principais fatores biofísicos com influência na saúde. Contudo, o ambiente urbano apresenta condicionamentos específicos, decorrentes do desenvolvimento urbanístico e tecnológico. Na cidade de Lisboa, a generalidade da população é abastecida de água de boa qualidade e servida por um adequado sistema de saneamento básico, contudo, em zonas localizadas da cidade o parque habitacional apresenta-se envelhecido e degradado e a rede pública de água e saneamento carece de uma especial atenção dos serviços competentes, dados os riscos potenciais associados.

Dada a dimensão, a complexidade e a diversidade da paisagem e do edificado urbano, afigura-se necessário um diagnóstico de situação de saúde ambiental ao nível do pequeno território (freguesias ou grupos de freguesias).

### As Influências...do Ar

A cidade cresceu desmesuradamente em superfície e foi necessário criar transportes. Uma forte aglomeração urbana contribui em grande parte para a sua poluição. Por exemplo, no conjunto de todos os poluentes, as fontes de emissão automóvel e doméstica prevalecem largamente sobre as emissões ligadas à produção energética ou industrial, contribuindo assim para o agravamento de fenómenos como o efeito de estufa e para o desequilíbrio climático.

---

<sup>12</sup> Paula Santana, O Papel do Ambiente Físico e Social na Construção de Comunidades Saudáveis. Ensaio Metodológico Aplicado à Amadora

<sup>13</sup> OMS – “Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease”, 2004; Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Perfil Ambiental, 2012.

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

Há uma tendência para que a poluição do ar seja percebida pelos habitantes da cidade a um nível planetário – o buraco de ozono, o efeito de estufa... isto é, o habitante da cidade nega o risco pessoal e imediato e a concentração e a continuidade da exposição gera uma atitude de passividade e um sentimento de ineficácia por parte dos indivíduos.

Os efeitos dos diferentes poluentes atmosféricos na saúde traduzem-se no aparecimento ou agravamento de doenças respiratórias e cardiovasculares, particularmente em populações sensíveis como as crianças, idosos e indivíduos com problemas respiratórios.

### Ar Interior

A maioria da população vive, trabalha e descansa em ambientes construídos, passando cerca de 80-90% das suas vidas dentro de edifícios. Estes locais abrangem toda a população, em especial os mais vulneráveis como bebés, crianças, grávidas, idosos e doentes.

A qualidade do ar interior é influenciada pela qualidade do ar exterior, pelas características construtivas e pelo sistema de ventilação do edificado (natural ou condicionado).

Num estudo<sup>14</sup> desenvolvido em 2011 e ainda a decorrer, procurou-se estabelecer associações entre as condições de ventilação das creches e infantários, das cidades de Lisboa e Porto, a qualidade do ar interior (QAI) e a prevalência de doenças do foro respiratório.

A análise estatística dos resultados da primeira fase evidenciou uma clara associação do incremento do teor de CO<sub>2</sub> com as práticas de manter as janelas exteriores e as portas interiores fechadas (que reduzem as taxas de ventilação) e, por outro lado, uma associação do incremento do teor de CO<sub>2</sub> com a sibilância (sinal de doença respiratória) (ENVIRH, 2011).

Tal parece apontar para que para além do controlo das fontes de poluição existem “boas práticas” quer construtivas quer de utilização do espaço no âmbito da ventilação, que podem ter impacto na saúde dos ocupantes das habitações, as quais devem ser divulgadas e incentivadas.

---

<sup>14</sup> ENVIRH – Estudo da qualidade do ar interior em creches e infantários - <http://envirh.fcm.unl.pt/>

## Ar Exterior

Existem em Lisboa em funcionamento 4 estações de medição da qualidade do ar que medem a concentração horária, de 8 horas e diária dos seguintes poluentes:

- Dióxido de azoto (NO<sub>2</sub>);
- Dióxido de enxofre (SO<sub>2</sub>);
- Ozono (O<sub>3</sub>);
- Monóxido de carbono (CO);
- Partículas com diâmetro inferior ou igual a 10µm (PM10).

Nos quadros abaixo apresentam-se os valores encontrados em 2011 para o ozono e as partículas inferiores ou iguais a 10 µm (PM10) (ver Anexo 3).

**Quadro 10 - Ozono - Valores de Medição e valores de referência para a proteção da Saúde Humana: Base octo-horária (DL n.º 102/2010, de 23/9) , em 2011**

Ozono (O <sub>3</sub> ) Valor anual (base 8 horas)	Valores de medição e nº de excedências encontradas nas estações de medição				Valor alvo (µg/m <sup>3</sup> )	N.º de excedências permitidas
	Beato	Av. Liberdade	Entrecampos	Restelo		
Média (µg/m <sup>3</sup> )	54,3	nd	45,9	59,5	120	25
Máximo (µg/m <sup>3</sup> )	138,5	nd	133,5	148,4		
Nº de excedências	4	nd	1	13		

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

O ozono é um poluente secundário, resultando geralmente da transformação fotoquímica de certos poluentes primários na atmosfera, sob o efeito da radiação ultravioleta. Uma exposição crónica pode agravar os sintomas de irritação do trato respiratório e provocar dificuldades respiratórias.

As PM10<sup>15</sup> são geradas em processos industriais, resultando também do tráfego rodoviário, sendo emitidas nos gases de escape dos veículos com motor de combustão, e provenientes do desgaste dos pneus e dos travões. As mais pequenas (como é o caso das PM2,5 - partículas de diâmetro aerodinâmico inferior a 2,5µm), podem afetar a atividade

<sup>15</sup> Partículas de matéria constituídas por uma mistura de partículas sólidas e líquidas suspensas no ar. Esta mistura varia em função da localização.

respiratória, com especial incidência em população de risco como as crianças e idosos, e agravar o estado de saúde em pessoas que sofram de doenças respiratórias e cardiovasculares.

À semelhança de outras grandes cidades Lisboa apresenta elevados níveis de partículas, principalmente nas áreas de maior tráfego.

**Quadro 11 – PM10 - Valores de Medição e valores de referência para a proteção da Saúde Humana:  
Base anual (DL n.º 102/2010, de 23 / 9), em 2011**

PARTÍCULAS < 10µm (PM10)	Valores encontrados nas estações de medição				Valor limite (µg/m <sup>3</sup> )
	Beato	Av. Liberdade	Entrecampos	Restelo	
Média (µg/m <sup>3</sup> )	nd	44,3	29,7	26,1	40
Máximo (µg/m <sup>3</sup> )	nd	110,4	86,0	71,0	

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

**Quadro 12 – PM10 - Valores de Medição e valores de referência para a proteção da Saúde Humana:  
Base diária (DL n.º 102/2010, de 23/9), em 2011**

PARTÍCULAS < 10µm (PM10)	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](http://www.qualar.org))

A OMS estima que na região Europeia 1 a 3% das mortes por doença cardiopulmonar e 2 a 5% das mortes por cancro do pulmão sejam globalmente atribuíveis às PM, e reviu em 2005 as suas *guidelines* de qualidade do ar para as PM10 recomendando os limites de 20µg/m<sup>3</sup> para a média anual, e 50µg/m<sup>3</sup> em média para as 24 horas (WHO, 2013).

### As influências ... do ruído

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

O ruído tem efeitos fisiológicos, psicológicos e patogénicos, interferindo com o pensamento, dificultando a comunicação, baixando o desempenho no trabalho, sendo uma fonte de stress.

Segundo o *Technical Report N. 11/2010 – Good practice guide on noise exposure and potential health effects da European Environment Agency*, o ruído é um dos principais fatores de risco ambiental medidos em DALY<sup>16</sup>, no âmbito da saúde ambiental.

Calcula-se que em Portugal o tráfego rodoviário exponha mais de cinco milhões de portugueses a níveis de ruído excessivos e considerados pela OMS nocivos à saúde (acima dos 55 decibéis).

Na cidade de Lisboa as áreas próximas de discotecas e estabelecimentos de diversão noturna são bastante afetadas, bem como as áreas no enfiamento das pistas do aeroporto e as zonas com maior tráfego de automóveis, em especial de veículos pesados, designadamente a ponte 25 de Abril.

O ruído afeta a saúde da população de forma distinta consoante a sua intensidade. Poderá provocar a destruição das células ciliares do ouvido interno, se muito intenso, ou incomodidade, perturbações do sono, da aprendizagem, bem como afetar a saúde mental se forem de intensidade mais baixa. A OMS considera deverem existir valores-guia mais apertados para esta componente do som, e refere, apoiada em avaliações baseadas em estudos epidemiológicos, outros efeitos na saúde que se relacionam com perturbações cardíacas, hipertensão e *stress*.

A exposição sucessiva e prolongada a estes sons tem efeitos cumulativos, tornando-se irreversível (ARSLVT – Perfil de Saúde Ambiental, 2012).

### As influências... Do Espaço Urbano – Acessibilidade e Segurança

O símbolo máximo da mobilidade é o automóvel. E contudo o automóvel é fonte de tensão e frustração, de ruído e de poluição do ar. É uma fonte de tensão e frustração dado que, com o crescimento da cidade, foi necessário criar uma rede de transportes, a qual, foi atrás do povoamento, por vezes anárquico, o que conduziu à má organização dessa mesma rede.

Garantir a acessibilidade e a mobilidade de todos os residentes na cidade bem como dos que nela circulam diariamente provenientes dos concelhos limítrofes – por trabalho, por lazer, por necessidade de acesso a serviços, por laços familiares... é complexo, sobretudo numa cidade com as características morfo geográficas de Lisboa.

<sup>16</sup> DALY - *disability-adjusted life years* – é uma medida do impacto global da doença expresso nos anos de vida perdidos devido a doença, incapacidade ou morte prematura.

Sabe-se que a oferta de espaços verdes urbanos seguros, limpos e confortáveis, proporcionam aos indivíduos um ambiente físico que incentiva a prática de atividade física, incluindo a marcha. A utilização desses espaços alivia o *stress* urbano e a fadiga, com consequências na diminuição da agressividade e da violência, e influenciam até a capacidade de relacionamento com os vizinhos e os sentimentos de pertença a um lugar (bairro, cidade).<sup>17</sup>

Nos últimos anos tem havido progressos na promoção da acessibilidade a zonas verdes e no incentivo à atividade física através da criação de zonas pedonais e do desenvolvimento das pistas cicláveis<sup>18</sup>, cada vez mais frequentadas por alguns sectores da população, bem como através de projetos como o Pedibus<sup>19</sup>, iniciativas com impacto potencial na saúde quer na perspetiva do ambiente quer na da promoção da saúde dos seus beneficiários mais diretos.

Em contrapartida, os fatores relativos à segurança destas infraestruturas carecem de uma especial atenção na sua implementação já que podem também contribuir significativamente para a morbilidade por acidente.

Para a população idosa ou portadora de deficiência, pode considerar-se que a autonomia é um bom equivalente de Saúde, pelo que uma cidade saudável deve prever as necessidades específicas de pessoas com mobilidade condicionada decorrentes do envelhecimento e de doenças condicionantes de deficiência motora, visual ou outra, garantindo o acesso com segurança destes sectores da população a serviços e estabelecimentos. Na cidade de Lisboa apenas 25% dos edifícios têm acessibilidade a cadeira de rodas, valor inferior à média do Continente (29,5%) e da Grande Lisboa (26,4%) (INE, Censos, 2011)<sup>20</sup>.

Promover a mobilidade pedonal dos cidadãos na cidade é um incentivo à atividade física e à sociabilidade com repercussão positiva na saúde, mas não depende apenas de um bom planeamento urbano – circuitos pedonais, bem implantados, eliminação de barreiras, sombreamento e iluminação noturna adequada – é também necessário que prevaleça o sentimento de segurança entre a população; Lisboa, apesar de apresentar taxas de criminalidade superiores ao Continente e à Grande Lisboa, como é característico de uma

---

<sup>17</sup> Santana, Paula; Costa, Cláudia; Santos, Rita; Loureiro, Adriana – O papel dos Espaços Verdes Urbanos no bem-estar e saúde das populações” – INE, Revista de estudos Demográficos, nº 48

<sup>18</sup> <http://lisboaverde.cm-lisboa.pt/index.php?id=6011>

<sup>19</sup> <http://www.cm-lisboa.pt/viver/mobilidade/seguranca-rodoviaria/pedibus>

<sup>20</sup> Proporção de edifícios com acessibilidade através de cadeira de rodas até ao alojamento (%) por Localização geográfica (à data dos Censos 2011)

grande capital, apresenta segundo as estatísticas menor taxa de criminalidade que a cidade do Porto no que respeita aos crimes contra a integridade física e ao furto em veículo motorizado, mas superiores no que se refere ao furto por esticção na via pública, situação que é particularmente gravosa para a população idosa.

**Quadro 13 - Taxa de criminalidade (‰) por Localização geográfica e Categoria de crime - 2012<sup>21</sup>**

Território	Crimes contra a integridade física	Furto/roubo por esticção e na via pública	Furto de veículo e em veículo motorizado
Continente	5,2	1,4	4,7
Grande Lisboa	5,4	3,3	7,1
Lisboa	6,7	5,4	10,7
Porto	9,2	3,8	14,6

Fonte: INE, Direcção-Geral da Política de Justiça,

### As Influências ... da Habitação

Existe uma relação causa-efeito entre as deficientes condições do habitat construído e problemas de saúde.

Eletricidade, instalações sanitárias, instalações de banho ou duche, água canalizada de qualidade, e drenagem e tratamento das águas residuais são consideradas instalações básicas das habitações em qualquer país considerado desenvolvido.

Na cidade de Lisboa, em 2011 mais de 9 alojamentos em cada 1000 careciam de pelo menos uma instalação básica, valor inferior ao verificado no Continente, mas superior ao verificado na Grande Lisboa (Quadro 14). Existem contudo ainda grandes assimetrias entre freguesias no interior da cidade, em relação a este indicador, sendo as freguesias da zona central da cidade aquelas em que se encontram os piores valores: S. Cristóvão e S. Lourenço (6,5%), Socorro (4,3%) e S. Vicente de Fora (3,9%).

<sup>21</sup> Os valores de 2012 foram calculados de acordo com as Estimativas provisórias de População Residente em 31 de dezembro de 2011. O total contempla os dados da Polícia Judiciária (PJ), da Polícia de Segurança Pública (PSP), da Guarda Nacional Republicana (GNR), Autoridade Tributária Aduaneira (ATA), Polícia Marítima (PM), Polícia Judiciária Militar (PJM), Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) e inclui crimes de localização desconhecida ou não classificável, registados por entidades que operam a nível nacional - Polícia Judiciária (PJ), Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), Autoridade Tributária Aduaneira (ATA), Comando Distrital de Beja, Comando Distrital de Castelo Branco, Comando Distrital de Leiria, Comando Metropolitano do Porto, Comando Regional dos Açores, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Unidade Especial de Polícia e Direcção Nacional da Polícia de Segurança Pública (PSP), Comando Territorial, Unidade Nacional de Transito, Unidade Segurança e Honras de Estado, Unidade de Intervenção, Unidade de Controlo Costeiro e Unidade de Ação Fiscal da Guarda Nacional Republicana (GNR).

Este aspeto merece contudo um diagnóstico mais cuidado em função do número bruto de alojamentos afetados, já que são consideradas situações muito diversas com freguesias que variam entre um máximo de 20 869 alojamentos (Santa Maria dos Olivais) e um mínimo de 160 (Mártires) (Quadro 15).

**Quadro 14 - Proporção de alojamentos familiares clássicos sem pelo menos uma infra-estrutura básica (%) e nº total de alojamentos de residência familiar, em 2011**

Território	Nº total de alojamentos de residência familiar	Proporção de alojamentos familiares clássicos sem pelo menos uma infra-estrutura básica (%)	Nº estimado de alojamentos sem pelo menos uma infra-estrutura básica <sup>22</sup>
Continente	3 818 574	1,93	73 698
Grande Lisboa	821 036	0,79	6 486
Concelho de Lisboa	237 247	0,96	2 278

Fonte: INE, Censos 2011

**Quadro 15 - Proporção de alojamentos familiares clássicos sem pelo menos uma infra-estrutura básica (%) e nº total de alojamentos de residência familiar – máximos e mínimos das freguesias, em 2011**

Território	Nº total de alojamentos de residência familiar	Nº total de Freguesias	Nº de freguesias acima da média do Concelho		Proporção de alojamentos familiares clássicos sem pelo menos uma infra-estrutura básica (%) nas freguesias	
			Nº	%	Máx	Min
Concelho de Lisboa	237 247	53	32	21	6,5 S. Cristóvão e S. Lourenço	0,0 Mártires

Fonte: INE, Censos 2011

Por outro lado, e para além das instalações básicas das habitações, existem vários outros fatores de risco que podem contribuir para a diminuição do estado de saúde dos seus ocupantes, como os aspetos arquitetónicos, os materiais de construção, a qualidade do ar interior, o conforto térmico, a humidade e os fungos (WHO, 2010) a higiene alimentar e as infestações. (Perfil de Saúde Ambiental da ARSLVT; 2012).

Poder-se-ia falar também da Síndrome dos Edifícios Doentes, típica de prédios de avançada tecnologia, como o contraponto dos antigos “barracos” urbanos sem saneamento básico.

<sup>22</sup> Estimativa calculada pelo Departamento de Saúde Pública da ARSLVT



## As Influências ... Sociais

### Família

A composição e características da família enquanto entorno social mais próximo, tem uma relação significativa com a saúde.

Em Portugal as famílias são hoje mais e têm menor dimensão média, em consequência do aumento do número das famílias unipessoais e da redução do número de famílias numerosas. As pessoas que vivem sós são sobretudo idosas/os e mulheres, dois grupos que o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento identifica como sendo particularmente afetados pelo risco de pobreza.

Os núcleos familiares constituídos por um casal (de direito ou de fato) com pelo menos um filho representavam metade dos núcleos familiares em 2011. Observa-se, contudo, um decréscimo de 7% face a 2001, altura em que representavam 57,2% do total de núcleos familiares.

Também as famílias com crianças dependentes, em particular as famílias numerosas e as famílias monoparentais, são afetadas por risco de pobreza e intensidade de pobreza elevados (da ordem dos 30-40% para as pessoas em agregados constituídos por dois adultos e com três ou mais crianças, cerca de duas vezes mais do que a proporção estimada para o total da população).

Em contraste, as pessoas que viviam em agregados familiares de três ou mais adultos e sem crianças dependentes e as famílias de dois adultos e uma criança dependente, caracterizavam-se por serem as menos afetadas pelo risco de pobreza (9,1% e 15,6% respetivamente em 2010) (INE, 2013)<sup>23</sup>.

Existem em Portugal continental cerca de 6,1% de famílias monoparentais (pai ou mãe que vivem com pelo menos um filho com menos de 25 anos). Quer ao nível do concelho de Lisboa quer dos territórios dos ACES, os valores situam-se entre os 6% e os 7%, e são as mães que constituem mais de 85% das famílias monoparentais. Na última década, registou-se um aumento assinalável (+36,1%) de núcleos familiares monoparentais, em que os/as filhos/as vivem com a mãe (INE, 2013).

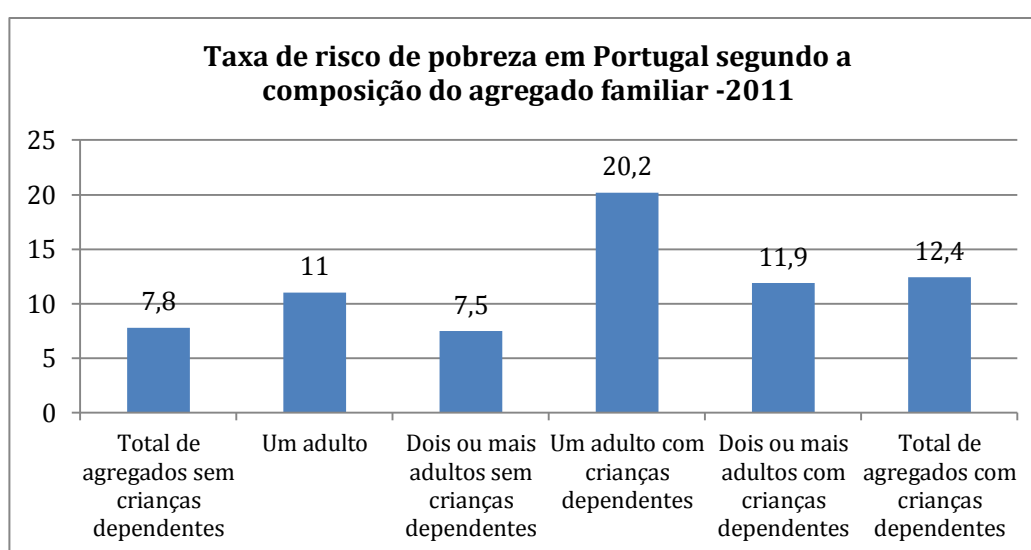
---

<sup>23</sup> INE – Destaque – Como são as famílias em Portugal e que riscos económicos enfrentam – Publicado a 14/5/2013

**Quadro 16 - Famílias monoparentais com pelo menos um filho menor de 25 anos; Percentagem em relação ao número de famílias clássicas, em 2011**

Território	Famílias Clássicas						
	Total	Famílias monoparentais com pelo menos um filho menor de 25 anos					
		Total		Pai		Mãe	
		N	%	N	%	N	%
Continente	3 869 188	235 457	6,1	29 044	12,3	206 413	87,7
RLVT	1 476 002	105 864	7,2	14 117	13,3	91 747	86,7
Grande Lisboa	835 653	64 410	7,7	8 595	13,3	55 815	86,7
Concelho de Lisboa	243 892	16 155	6,6	2 354	14,6	13 801	85,4

Fonte: INE, Censos 2011

**Figura 13 - Taxa de risco de pobreza em Portugal após transferências sociais: população empregada por tipo de agregado doméstico, em 2011**

Fonte: PORDATA - Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida (EU-SILC), última atualização: 2012-12-04

As famílias monoparentais têm um risco acrescido de pobreza, sobretudo se tiverem crianças dependentes quando comparadas com os outros agregados (Figura 13).

A percentagem de indivíduos que vivem sozinhos é de fato significativa. A nível nacional cerca de 22% das famílias clássicas são constituídas apenas por 1 elemento; quando se considera o território de abrangência da ARSLVT o valor sobe para os 25% e ao nível do Município de Lisboa chega aos 35%. Ao efetuar-se a análise por sexo, constata-se que os representantes destas famílias são maioritariamente mulheres (Quadro 17).

Quando analisada esta situação em função do grupo etário, verifica-se que das pessoas que vivem sós a maioria (cerca de 43%) são idosos, cerca de 33% têm menos de 44 anos e 24% situam-se na faixa dos 45-64 anos.

**Quadro 17- Famílias unipessoais. Percentagem em relação ao total de famílias clássicas; Famílias unipessoais segundo o sexo, em 2011**

Território	Famílias Clássicas						
	Total	Famílias Unipessoais					
		Total	% das famílias clássicas	Constituídas por Homens		Constituídas por Mulheres	
			Total	%	Total	%	
Continente	3 869 188	834 680	22%	309 401	37%	525 279	63%
RLVT	1 476 002	365 133	25%	137 424	38%	227 709	62%
Grande Lisboa	835 653	222 099	27%	82 193	37%	139 906	63%
Concelho de Lisboa	243 892	85 244	35%	29 865	35%	55 379	65%

Fonte: INE, Censos 2011 (Famílias clássicas (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo (representante da família clássica) e Tipo de família clássica (Com base nos núcleos familiares - Censos 2011);

**Quadro 18 - Famílias unipessoais por grupo etário, em 2011**

Território	Total	Grupo etário							
		> 24		25-44		45-64		> 65	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Continente	834 680	19 859	2,4	195 227	23,4	226 004	27,1	393 590	47,2
RLVT	365 133	8 978	2,5	99 014	27,1	100 399	27,5	156 742	42,9
Grande Lisboa	222 099	6 070	2,7	66 306	29,9	61 261	27,6	88 462	39,8
Concelho de Lisboa	85 244	2 803	3,3	25 197	29,6	20 723	24,3	36 521	42,8

Fonte: INE, Censos 2011

## Escolaridade

A literacia, em saúde<sup>24</sup> como noutros domínios, está fortemente ancorada na escolaridade. Quanto maior é a escolaridade mais elevado tende a ser o nível de literacia, embora se verifiquem muitas diferenças relativamente à idade, à classe social e ao sexo. “A

<sup>24</sup> A OMS define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde (WHO, 1998): é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político; possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades. As competências das pessoas em literacia em saúde incluem:

- 1- Competências básicas em saúde que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado;
- 2- Competências do doente, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais;
- 3- Competências como consumidor, para tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso necessário;
- 4- Competências como cidadão, através de comportamentos informados como o conhecimento dos seus direitos em saúde, participação no debate de assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes.

educação é importante para a saúde, não só pelos conhecimentos específicos que oferece mas, sobretudo, porque melhora as competências gerais, incluindo o desenvolvimento do pensamento crítico e das capacidades para a tomada de decisão. Ler é uma das competências essenciais para entender, por exemplo, as instruções médicas, após uma alta hospitalar (Spandorfer, *et al.*, 1995), como utilizar aparelhos inaladores para a asma (Williams, *et al.*, 1998) ou, ainda, como utilizar métodos anticoncepcionais (Rosenzweig & Shultz, 1989)<sup>25</sup>.

A população analfabeta representa 5,2% da população do Continente e 3,2% da população do concelho de Lisboa. Analisando por sexo, constata-se que a população feminina tem uma maior taxa de analfabetismo que a masculina (em Lisboa os valores são de 1,9% para os homens e 4,4% para as mulheres).

**Quadro 19 - Taxa de analfabetismo (%) por sexo, em 2011**

Território	Taxa de analfabetismo		
	HM	H	M
Continente	5,2	3,43	6,8
Grande Lisboa	3	1,79	4,05
Concelho de Lisboa	3,23	1,93	4,38

Fonte: INE, Censos 2011

Contudo, são as mulheres (17,3%) que mais concluem o ensino superior no Continente, (13% no caso dos homens). No concelho de Lisboa os valores por sexo não diferem muito: 33,7% para os homens e 33,6% para as mulheres.

**Quadro 20 - Proporção da população residente com ensino superior completo (%) por sexo e local de residência, em 2011**

Território	% população residente com ensino superior completo		
	HM	H	M
Continente	15,25	12,95	17,27
Grande Lisboa	23,58	21,84	25,05
Concelho de Lisboa	33,63	33,72	33,56

Fonte: INE, Censos 2011

O abandono escolar, i.e, a saída do sistema de ensino antes da conclusão da escolaridade obrigatória, dentro dos limites etários previstos na lei, regista valores abaixo

<sup>25</sup> Loureiro, Isabel; Miranda, Natércia – Promover a Saúde – dos fundamentos à ação, 2010.

dos 2% em todo o território continental, verificando-se no município de Lisboa 1,7% de abandono escolar.

**Quadro 21 - Taxa de abandono escolar (%) por local de residência, em 2011**

Território	Taxa de abandono escolar antes do fim da escolaridade obrigatória
Continente	1,5
Grande Lisboa	1,6
Concelho de Lisboa	1,7

Fonte: INE, Censos 2011

## Rendimento

Há evidência crescente de que pessoas em posição de desvantagem estão diferentemente expostas a um conjunto de fatores de risco, incluindo crises naturais ou antropogénicas, habitação insalubre, condições de trabalho perigosas, menor disponibilidade alimentar em quantidade e qualidade, exclusão social e barreiras à adoção de comportamentos saudáveis. O mesmo nível de exposição pode ter diferentes efeitos em diferentes grupos socioeconómicos, sendo por isso o rendimento, um dos fatores a considerar no planeamento de saúde.<sup>26</sup>

Os determinantes socioeconómicos da saúde dependem de fatores relacionados com o rendimento e com o emprego, mas referem-se a uma realidade que extravasa seguramente os números aqui apresentados. Neste capítulo recorre-se a informação sobre alguns apoios sociais como o número de pessoas com rendimento social de inserção (RSI) ou com isenção de taxas moderadoras que, embora sendo indicadores muito parciais, considera-se serem indicativos de uma realidade que merece ainda assim um olhar mais aprofundado.

A taxa de risco de pobreza em Portugal era em 2012 de 17,6% para os homens e 18,4% para as mulheres, superior em um ponto percentual à média da União Europeia (EU) (Eurostat Compact Guide, Summer 2013 edition).

Na União Europeia a desigualdade na distribuição de rendimentos observou uma tendência decrescente desde 2004. Apesar da convergência com a média europeia, os valores nacionais deste indicador foram ainda superiores. Note-se que a taxa de pobreza

<sup>26</sup> WHO – “Equity and social determinants” 2010.

tem permanecido relativamente estável na EU-27, contrariamente ao que sucedeu no caso português. Em 2010 o quintil superior da EU-27 possuía um rendimento 5 vezes superior ao do quintil inferior. Em Portugal, o rendimento era 5,6 vezes superior (Eurostat).

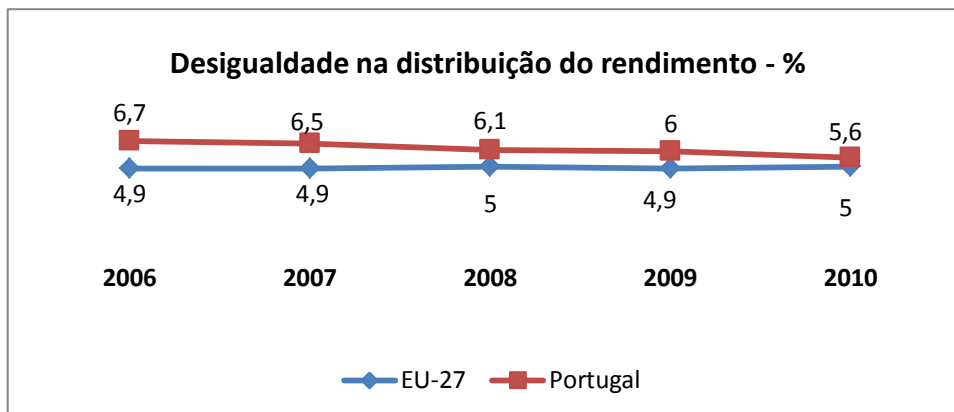


Figura 14 - Evolução da desigualdade na distribuição do rendimento em Portugal, 2006 - 2010<sup>27</sup>

Fonte: Eurostat - Última atualização: 12.03.2012

Lisboa concentrava em 2009 10,5% do poder de compra do País, sendo o rendimento *per capita* de 232,5€. A Grande Lisboa apresentava 145,3€, tendo ainda assim diminuído significativamente quando se compara com os valores de 1993.

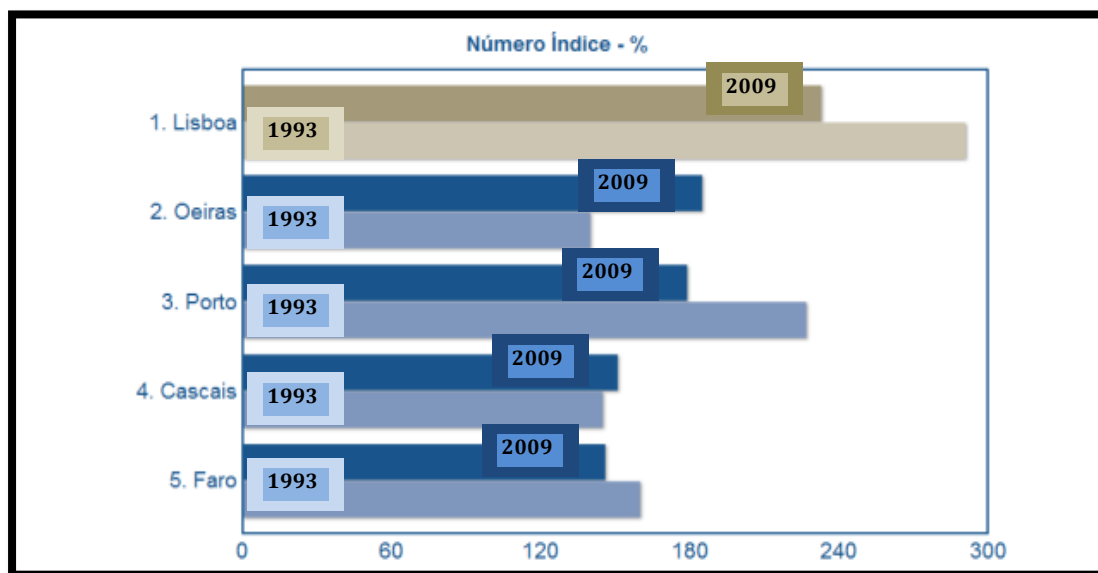


Figura 15 - Poder de compra *per capita*, em 2009 e 1993

Fonte: Pordata, Retrato de Lisboa, 2011

<sup>27</sup> "O "Rácio S80/S20 é um indicador de desigualdade na distribuição do rendimento, definido como o rácio entre a proporção do rendimento total recebido pelos 20% da população com maiores rendimentos e a parte do rendimento auferido pelos 20% de menores rendimentos." (Fonte: INE) Âmbito geográfico: Portugal e UE27.

No atual contexto de crise socioeconómica, se à aposentação de determinados sectores da população se associar envelhecimento e mais baixo rendimento, e se este processo não for acompanhado de um reforço da integração social, existem três fatores congregados para o agravamento do estado de saúde.

Os resultados de um questionário realizado em 2013, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), abrangendo uma amostra de 1252 idosos (com mais de 65 anos) da Área Metropolitana de Lisboa, revelam que cerca de 30% responderam que já deixaram de utilizar alguns recursos de saúde por não poderem comportar os custos, sendo que, destes, cerca de 60% referiram a consulta particular, 48% a medicina dentária, 47% referiram a aquisição de óculos e aparelhos auditivos e 25% serviços públicos de saúde de primeira necessidade (OPSS, 2013).

#### Quadro 22 - Nº pensionistas da segurança social por local de residência, em 2009-2011

Território	Nº Pensionistas da segurança social			
	2009	2010	2011	Varição (%) 2009/2011
Continente	2 785 016	2 816 310	2 858 863	2,7%
Oeste	104 182	105 658	107 573	3,3%
Médio Tejo	72 540	73 040	73 974	2,0%
Grande Lisboa	527 380	531 570	538 365	2,1%
Concelho de Lisboa	207 097	202 813	199 621	-3,6%
Península de Setúbal	195 598	200 076	205 794	5,2%
Lezíria do Tejo	80 099	80 932	81 925	2,3%

Fonte: INE - Pensionistas da segurança social (N.º) por Local de residência; Anual - Instituto de Informática, I.P.

Em Portugal continental, em cada 1000 habitantes verificaram-se 49 indivíduos a receber RSI<sup>28</sup>; ao nível do concelho de Lisboa este valor sobe para os 56. Verificou-se uma ligeira redução dos beneficiários de RSI de 2009 para 2011, sendo esta importante no Concelho de Lisboa (de 61 para 56 %).

<sup>28</sup> Rendimento Social de Inserção - Prestação incluída no subsistema de solidariedade e num programa de inserção, de modo a conferir às pessoas e aos seus agregados familiares apoios adaptados

**Quadro 23 - Beneficiários do rendimento social de inserção, da segurança social por 1000 habitantes em idade ativa (‰) por local de residência, em 2009-2010**

Território	Beneficiários do rendimento social de inserção, da segurança social (‰)		
	2011	2010	2009
Continente	48,5	56,7	52,5
Grande Lisboa	46,6	51,8	44,8
Concelho de Lisboa	55,7	70,0	61,2

Fonte: INE

Da população inscrita nos Centros de Saúde de Lisboa, 18,4% (98 356 indivíduos<sup>29</sup>) encontra-se em situação de insuficiência económica.

**Quadro 24 - Utentes do SNS inscritos nos Cuidados de Saúde Primários – Nº e percentagem de utentes com insuficiência económica, em 2012**

Região/ ACES	Utentes do SNS inscritos nos Cuidados de Saúde Primários		
	Total de inscritos	Utentes em situação de insuficiência económica	% Utentes com situação de insuficiência económica
RLVT	3 742 433	730 563	19,5%
Grande Lisboa	2 011 745	342 672	17,0%
Concelho de Lisboa	535 608	98 356	18,4%

Fonte: SIARS – Sistema de Informação da ARSLVT

## Emprego

“O emprego e as condições de trabalho têm efeitos poderosos sobre a saúde e a igualdade na saúde. Quando a sua qualidade é aceitável, conferem segurança financeira, estatuto social, desenvolvimento pessoal, relações sociais e autoestima e proteção contra perigos físicos e psicossociais – sem exceção, fatores importantes para a saúde”. (Marmot M., 2003)

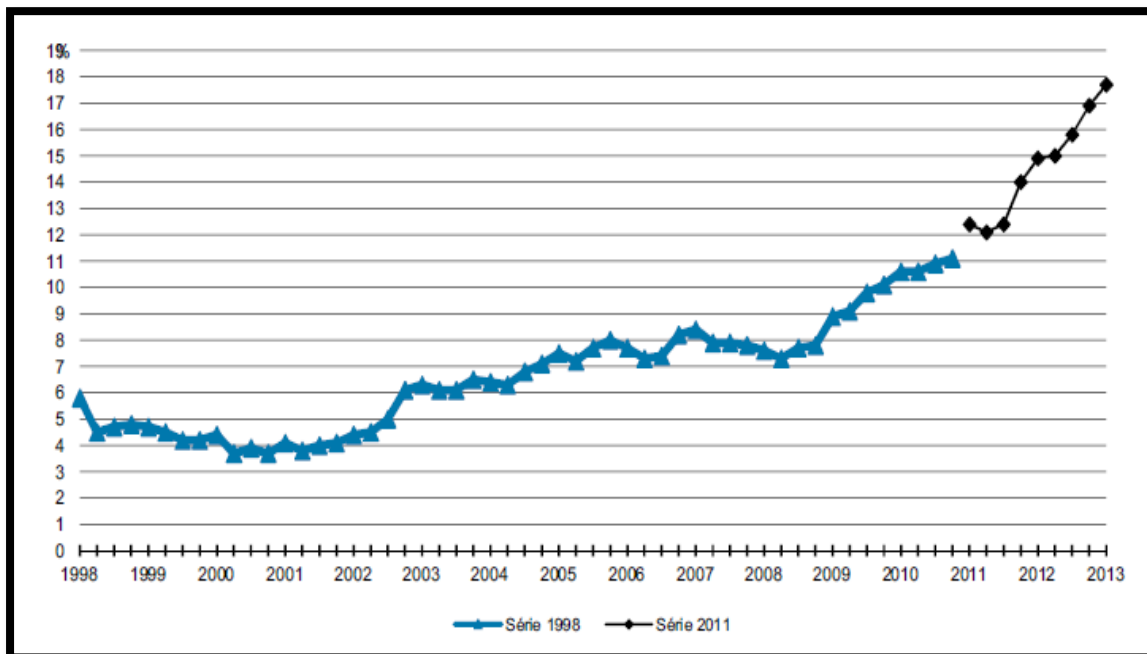
Para o território nacional, segundo os resultados do Inquérito ao Emprego do 1º trimestre de 2013, a população ativa diminuiu 1,8% em relação ao trimestre homólogo de 2012 e 1,3% em relação ao trimestre anterior (o que corresponde a 96,3 mil e 69,6 mil pessoas, respetivamente).

Por outro lado, a população empregada também diminuiu 4,9% em relação ao trimestre homólogo de 2012 (229,3 mil pessoas) e 2,2% em relação ao trimestre anterior (98,6 mil).

<sup>29</sup> A população inscrita na Cidade de Lisboa corresponde a 98% da população residente



O número de desempregados foi estimado em 952,2 mil e a população desempregada aumentou 16,2% em relação ao trimestre homólogo de 2012 (132,9 mil pessoas) e 3,1% em relação ao trimestre anterior (29,0 mil).



**Figura 16 - Evolução da taxa de desemprego em Portugal, em 1998-2013**

Fonte: Boletim Mensal de Estatística – Abril de 2013; INE

Para a Região de Lisboa (NUTS II), também se verificou uma diminuição da população empregada (1 134,3 no 1º trimestre de 2013), correspondendo a uma variação face ao período homólogo de -4,5%.

Para o mesmo período, a taxa de desemprego apresentou um aumento de 3% (de 16,5 % no 1º trimestre de 2012 para 19,5 % no 1º trimestre de 2013), sendo a terceira região do país com esta taxa mais elevada e também superior à média nacional (17,7%).

**Quadro 25 - População total, ativa, empregada, desempregada e inativa e Taxa de atividade, emprego, desemprego e inatividade, em Portugal e Região de Lisboa (NUTS II), nos 1º trimestres de 2012 e de 2013 – Variação homóloga. – Portugal e Região de Lisboa (NUTS II)**

	Milhares de indivíduos				Variação Homóloga (%)	
	1º Trimestre 2012		1º Trimestre 2013		Portugal	Lisboa
	Portugal	Lisboa	Portugal	Lisboa		
População total (> 15 anos)	9013,9	2378,2	8961,5	2368,2	-0,6 %	-0,4 %
População ativa	5481,7	1421,8	5385,4	1408,8	-1,8 %	-0,9 %
Taxa de atividade	60,8	59,8	60,1	59,5	-0,7	-0,3
População empregada	4662,5	1187,6	4433,2	1134,3	-4,9 %	-4,5 %
Taxa de emprego	51,7	49,9	49,5	47,9	-2,2	-2,0
População desempregada	819,3	234,1	952,2	274,5	16,2 %	17,3 %
Taxa de desemprego	14,9	16,5	17,7	19,5	2,8	3,0
População inativa (> 15 anos)	3532,2	956,4	3576,0	959,4	1,2 %	0,3 %
Taxa de inatividade	39,2	40,2	39,9	40,5	0,7	0,3

Fonte: INE, Estatísticas do Emprego, 1º Trimestre de 2013

## Exclusão

De entre os socialmente excluídos<sup>30</sup>, a população sem-abrigo, na cidade, pelas suas características de marginalidade, e de rotura dos laços sociais, é a que apresenta maior potencial de insatisfação das suas necessidades em saúde (falta de acesso, problemas de financiamento, baixa dignidade da atenção).

De acordo com os dados apurados em 2011 (Censos), existiam 255 sem-abrigo em toda a RLVT, destes, 200 encontram-se na Grande Lisboa e 143 no município de Lisboa, (56% dos identificados no território da ARSLVT).

**Quadro 26 - População residente sem abrigo (N.º) por localização geográfica, em 2011**

Território	Nº de indivíduos sem-abrigo à data dos Censos
RLVT	255
Grande Lisboa	200
Concelho de Lisboa	143

Fonte: INE, 2011

No entanto a informação solicitada à Rede Social (Plataforma Pessoa sem-abrigo) aponta para cerca de 3 100 indivíduos sem-abrigo, na cidade de Lisboa, distribuídos não apenas pela rua, casas abandonadas, etc., mas também por albergues e pensões.

<sup>30</sup> “A exclusão consiste num conjunto de processos dinâmicos e multidimensionais conduzidos por relações de poder desiguais em 3 principais domínios: económico, político, social e cultural ... Resulta num contínuo de inclusão/exclusão caracterizado por acesso desigual aos recursos, capacidades e direitos que conduz à exclusão em saúde. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health From the Social Exclusion Knowledge Network - February 2008 “

## As Influências...das Escolhas – Os Comportamentos

Conhecer os estilos de vida dos habitantes da cidade será o primeiro passo para compreender os principais fatores que determinam a saúde e a doença da população e poder definir estratégias que promovam e reforcem os comportamentos salutogénicos e incentivem o abandono dos comportamentos de risco<sup>31</sup>, integrando esta informação no planeamento social e de saúde.

O consumo de tabaco, o consumo excessivo de álcool, a alimentação não saudável e a insuficiente atividade física, são os quatro principais determinantes comportamentais com impacto na saúde da população, a par do consumo de outras drogas e dos comportamentos de risco no âmbito da vida sexual.

O consumo de álcool como o de tabaco apresentam interações potenciadoras do aumento de peso - o álcool aporta muitas calorias, 7 calorias por grama (sem qualquer valor nutritivo), que são utilizadas pelo organismo imediatamente, tornando excedentária a energia fornecida pelos alimentos, a qual é assim armazenada; o tabagismo aumenta o metabolismo basal o que se traduz muitas vezes em aumento brusco de peso quando se faz a cessação do tabaco.

Na população portuguesa acima dos 15 anos o Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em 2006 demonstrou que mais de metade dos inquiridos revelava a presença de um daqueles fatores em níveis de risco, e que 16,4% associava dois fatores e 3,4% acumulava três fatores. Verificou-se também que os quatro determinantes estudados ocorriam de forma diferente nos dois sexos, nos diferentes grupos de idade, escolaridade e estado civil, grupos de ocupação e profissão, afetando de forma mais nítida, geralmente os grupos menos favorecidos.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Não se dispõe contudo no Concelho de Lisboa de informação sobre estilos de vida, relativamente aos quais não existe registo de dados estatísticos. Está-se assim dependente de estudos específicos pelo que a informação apresentada neste capítulo foi colhida de diversas fontes, procurando tanto quanto possível uma aproximação dos estilos de vida de alguns sectores da população (predominantemente jovens escolarizados, relativamente aos quais foram realizados alguns estudos por diversas instituições e investigadores). Julga-se contudo de recomendar o aprofundamento do conhecimento desta área de informação através da realização de estudos específicos – o projeto europeu Euro-uhris, a título de exemplo promoveu a realização de inquéritos dirigidos à população jovem e à população adulta em diversas cidades; o município do Seixal desenvolveu recentemente um estudo populacional e as bases de dados dos cuidados de saúde primários (SIARS) alimentadas pelos médicos de família, podem fornecer informação relevante pelo menos para a população inscrita, caso a mesma seja colhida de forma sistemática pelo menos por um número limitado de médicos com listas de utentes representativas.

<sup>32</sup> Dias, CM; Briz, T – “Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa” – Observações\_Boletim Epidemiológico, artigos breves\_n.2, 2012

**Quadro 27 - 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	Atividade 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

\***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 confeção em casa; **Atividade física** – prática inferior a 75 minutos de atividade física vigorosa ou 150 minutos de atividade física moderada na semana anterior, ambas em períodos mínimos de 10 minutos.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, [www.insa.pt](http://www.insa.pt), Boletim epidemiológico nº1 -2012

## Tabaco

Em 2010 em Portugal, no 10º ano de escolaridade, 48% dos jovens já tinham experimentado fumar e 9% referia fumar todos os dias (HBSC, 2010) <sup>33</sup>.

**Quadro 28 - Percentagem da população escolarizada do 6º ao 10º ano que refere experimentar tabaco ou fumar, em 2010**

	% População escolarizada do 6º ao 10º ano que refere	
	Experimentar tabaco	Fumar todos os dias
PORTUGAL	30,0	4,5
Região de Lisboa (NUT II)	30,3	5,6
Máximo	34,7 (Alentejo)	8,4 (Alentejo)
Mínimo	22,5 (Algarve)	3,7 (Norte)

Fonte: Aventura social e Saúde – HBSC, 2010

Em 2011 foi realizado o 3º Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) do ex-Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) que deu origem ao atual Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)<sup>34</sup> Este inquérito permite extração de informação válida para o nível concelhio, verificando-se que o consumo de tabaco nos alunos do 3º ciclo é inferior ao consumo nacional mas que aumenta significativamente no secundário para valores superiores, quer no que respeita à experimentação como ao consumo atual.

<sup>33</sup> “A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010” – O estudo Health behaviour in age-school children promovido pela OMS e liderado em Portugal pela Equipa Aventura Social e Saúde, coordenado por Margarida Gaspar de Matos, envolve 43 países e Regiões. Este estudo é um contributo importante para a definição de políticas e estratégias para a saúde e a educação. Em 1998 foram editados dados referentes à população escolarizada (amostra de 1069 jovens) da Cidade de Lisboa – “A Saúde dos adolescentes de Lisboa” mas em 2010 apenas os dados nacionais foram disponibilizados.

<sup>34</sup> O 1º e o 2º foram realizados respetivamente em 2001 e 2006.

**Quadro 29 – Percentagem de consumo de tabaco ao longo da vida (experimentação), nos últimos 12 meses (consumo recente) e nos últimos 30 dias (consumo atual) - Portugal e concelho de Lisboa, em 2011**

		% Consumo de tabaco ao longo da vida					
		Experimentação		Consumo recente		Consumo atual	
		2006	2011	2006	2011	2006	2011
Portugal	3ºciclo	35	38	22	28	15	18
	Secundário	55	64	34	48	24	36
Lisboa	3ºciclo	34	35	20	24	14	17
	Secundário	61	66	42	51	29	40

Fonte: IDT, I.P., Síntese de resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 - 3.º Ciclo e Secundário. Dados solicitados a nível concelhio<sup>35</sup>

Em 2012 numa amostra da população da Região de Lisboa (NUT II) com mais de 18 anos, 24,9% referia hábitos tabágicos (19,2% diários e 5,7% ocasionais) com predomínio do sexo masculino (28,7%) sobre o sexo feminino (20,6%).<sup>36</sup> Estes valores são superiores em 4% aos encontrados em 2005-2006 no 4º Inquérito Nacional de Saúde (20,9%). É de salientar ainda a proporção significativa dos indivíduos que referem ser fumadores passivos (25,8%), dos quais 41,2% referem estar nessa situação todos os dias, e em particular o grupo etário dos 18-34 anos em que 59,4% dos indivíduos referem estar nessa situação.

**Quadro 30 – Percentagem da população com > 18 anos na Região de Lisboa (NUT II) que refere consumo de tabaco, em 2012**

	% População com > 18 anos que refere consumo de tabaco			
	Fumador ocasional	Fumador	Ex-fumador	Fumador passivo
Homens	7,6	21,1	32,4	
Mulheres	3,6	17,0	12,7	25,8

Fonte: e\_COR, 2012, Resultados Preliminares

<sup>35</sup> Fernanda Feijão – Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas, uma abordagem integrada, 2011. Síntese de resultados – SICAD; a informação relativa ao Concelho de Lisboa foi cedida pela Coordenação Regional da Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (CRICAD)

<sup>36</sup> Mafalda Bourbon, *et al* – e\_COR – “Prevalência de fatores de risco cardiovascular na População Portuguesa”, Resultados preliminares numa amostra da Região de Lisboa (NUT II) - Grupo de Investigação Cardiovascular, UI&D, Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças não Transmissíveis, Instituto Nacional de Saúde, 2013.

## Álcool

**Quadro 31 – Percentagem da população escolarizada do 6º ao 10º ano de escolaridade que refere consumir bebidas destiladas e ficar embriagado, em 2010**

	% População escolarizada do 6º ao 10º que refere		
	Consumo semanal de bebidas destiladas	Ficar embriagado 2 a 10 vezes	Ficar embriagado mais de 10 vezes
PORTUGAL	2,8	11,0	2,4
Região de Lisboa (NUT II)	2,6	nd	2,4
Máximo	5,8 (Alentejo)	nd	6,1 (Alentejo)
Mínimo	1,7 (Algarve)	nd	1,8 (Norte)

Fonte: Aventura social e Saúde – HBSC, 2010

De acordo com o HBSC em Portugal, no 10º ano de escolaridade 5,2% dos jovens referem consumir bebidas destiladas todas as semanas e 19,9 % referem ter estado embriagados 2 a 10 vezes.

De acordo com o INME<sup>37</sup> verifica-se uma prevalência cada vez mais elevada do consumo de álcool ao longo da vida com aumento da percentagem de jovens que referiu experimentar bebidas alcoólicas entre 2006 e 2011, bem como a dos que consomem recentemente ou atualmente, e sendo também maior esta percentagem no secundário que no 3º ciclo. Os valores encontrados no Concelho de Lisboa são superiores aos do País.

**Quadro 32 - Prevalência do consumo de álcool ao longo da vida (%) (experimentação) - Portugal e Concelho de Lisboa, em 2011**

Consumos:		Álcool		Cerveja		Destiladas		Vinho	
		2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011
Portugal	3ºciclo	60	67	51	57	36	40	34	39
	Secundário	87	93	79	85	74	81	64	69
Lisboa	3ºciclo	59	68	50	57	34	36	38	41
	Secundário	90	94	85	88	70	84	72	78

Fonte: IDT, I.P., Síntese de resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 - 3.º Ciclo e Secundário. Dados solicitados a nível concelhio

<sup>37</sup> Inquérito Nacional em Meio Escolar – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2011.

**Quadro 33 - Prevalência (%) do consumo de álcool nos últimos 12 meses (consumo recente) - Portugal e Concelho de Lisboa, em 2011**

Consumo		Álcool		Cerveja		Destiladas		Vinho	
		2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011
Portugal	3ºciclo	48	55	40	45	30	33	21	25
	Secundário	87	93	79	85	74	81	64	69
Lisboa	3ºciclo	44	54	36	44	26	30	22	26
	Secundário	82	89	66	73	73	75	47	58

Fonte: IDT, I.P., Síntese de resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 - 3.º Ciclo e Secundário. Dados solicitados a nível concelhio

Afigura-se preocupante não só o aumento do consumo de álcool verificado de 2006 para 2011 e do 3º ciclo para o secundário, como a relevância neste contexto das bebidas destiladas.

**Quadro 34 -Prevalência (%) do consumo de álcool nos últimos 30 dias (consumo atual) - Portugal e Concelho de Lisboa, em 2011**

Consumo		Álcool		Cerveja		Destiladas		Vinho	
		2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011
Portugal	3ºciclo	32	37	25	29	19	20	12	13
	Secundário	58	68	41	51	44	50	23	28
Lisboa	3ºciclo	26	34	18	25	16	15	9	13
	Secundário	62	72	43	55	49	50	24	33

Fonte: IDT, I.P., Síntese de resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 - 3.º Ciclo e Secundário. Dados solicitados a nível concelhio

Numa amostra da população adulta da Região de Lisboa (NUT II) o consumo excessivo de álcool verifica-se em 12,6% das mulheres e 20,5% dos homens maiores de 18 anos<sup>38</sup>.

O consumo excessivo de álcool associa-se também a outros comportamentos de risco, designadamente com impacto nos acidentes de veículos a motor, grande causa de morbilidade e mortalidade, sobretudo nos grupos mais jovens.

Em 2012 na população geral ocorreram 4,1 crimes por condução de veículo com taxa de alcoolémia superior a 1,2g (INE, 2013).

<sup>38</sup> Considera-se consumo excessivo de álcool o consumo superior a 22 unidades/semana nos homens e 15 unidades/ semana nas mulheres, equivalendo cada unidade a 10g de álcool (American Association for the study of Liver Diseases, 2010; International Guidelines for monitoring alcohol consumption and related harm, Who, 2000) - Mafalda Bourbon – e\_COR – “Prevalência de fatores de risco cardiovascular na População Portuguesa”, 2013.

**Quadro 35 - Taxa de criminalidade por condução ilegal (Permilagem), em 2012**

	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Condução sem habilitação legal
Continente	2,1	1,4
Grande Lisboa	2,4	1,9
Lisboa	4,1	2,6
Porto	8,5	2,6

Fonte: INE, Direcção-Geral da Política de Justiça, 24-4-2013

## Drogas Ilícitas

Das substâncias psicoativas ilícitas, a mais consumida em meio escolar é a *cannabis*.

Em 2011, mais de 1/4 dos alunos do secundário (28%), já tinha experimentado *cannabis*, enquanto cada uma das “outras drogas” mais vulgares, foi experimentada por cerca de 2% dos alunos, e o GHB<sup>39</sup>, a cetamina e a metadona, quase não foram usadas (0.5%).

**Quadro 36 - Consumo de *cannabis* (%) ao longo da vida (experimentação), nos últimos 12 meses (consumo recente) e nos últimos 30 dias (consumo atual) - Portugal e Concelho de Lisboa, em 2011**

Consumo de <i>cannabis</i>		Experimentação		Consumo recente		Consumo atual	
		2006	2011	2006	2011	2006	2011
Portugal	3ºciclo	7	9	5	8	4	5
	Secundário	19	28	15	23	9	16
Lisboa	3ºciclo	7,3	11,4	5,3	9,7	3,0	7,7
	Secundário	25,5	34,7	21,1	30,3	13,6	21,1

Fonte: IDT, I.P., Síntese de resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 - 3.º Ciclo e Secundário. Dados solicitados a nível concelhio

No 2º Inquérito ao consumo de substâncias psicoativas na população geral (CEOS/IDT, 2007) verificou-se que a *cannabis* era também a droga ilícita mais frequentemente experimentada na população adulta (15,7% na Região de Lisboa), seguida da cocaína (3,3%), com consumos regulares de prospectivamente 3,7% e 0,5%. Os valores de consumo da Região de Lisboa para qualquer tipo de droga lícita ou ilícita, à exceção dos medicamentos, eram superiores aos do País (CEOS/IDT, II Inquérito ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – CEOS/IDT 2007).

<sup>39</sup> O Gama-Hidroxybutyrate, GBH ou Ecstasy Líquido, é um químico depressor também com ação psicadélica, utilizado como droga recreacional.



## Alimentação

“Pelo menos um quinto da população portuguesa vive em condições de insegurança alimentar, pelo menos em qualidade nutricional e eventualmente em quantidade proteico-calórica. As carências específicas nutricionais provocam fragilidade e vulnerabilidade a determinadas patologias, particularmente as infecciosas, como por exemplo as pneumonias na estação fria. A ciência mapeou já as necessidades nutricionais do ser humano (Graça, 2012). Contudo, a escolha alimentar da população depende de inúmeros fatores e não é tão livre como se poderia supor. “Tomamos milhares de decisões alimentares diariamente, de forma instintiva, e a colocação do produto na prateleira do supermercado com determinada iluminação e enquadramento resulta de um complexo processo de edição da escolha levado a cabo por diversos agentes económicos. Também um consumo alimentar informado e responsável não é, por si só, solução suficiente para uma alimentação mais saudável e equitativa, pois as questões a analisar são variadas e complexas: alimento e saúde; alimento e agricultura (modo de produção); alimento e ambiente (sua pegada ecológica) ... Mudar as escolhas alimentares implica uma abordagem integrada com múltiplas ações ao nível da escola, da educação, da intervenção sobre a publicidade, da intervenção dos profissionais de saúde, da rotulagem, das compras públicas, bem como da (in)disponibilidade de determinados alimentos nas escolas e cantinas, com vista a melhorar o nível nutricional da população e produzir padrões alimentares mais sustentáveis”<sup>40</sup>.

Tomar o pequeno-almoço todos os dias e consumir fruta pelo menos uma vez por dia são comportamentos reconhecidamente saudáveis.

Em Portugal, 6,7% dos jovens nunca tomam o pequeno-almoço durante a semana, (aumentando essa percentagem do 6º para o 10º ano de escolaridade, de 4 para 9%), ou só tomam às vezes (12,9% em média, atingindo 19,4% no 10º ano), sendo esta tendência mais acentuada nas raparigas que nos rapazes, em todas as idades. Os jovens da Região de Lisboa são os que apresentam a pior situação quanto a este indicador – apenas 76,8% dos jovens tomam o pequeno-almoço todos os dias, verificando-se o valor mais elevado na Região do Alentejo com 84,4% (HBSC, 2010).

Em contrapartida, 12,3% dos jovens no Alentejo consomem fruta raramente ou nunca, contra a situação um pouco mais favorável da Região de Lisboa em que apenas 7,8% dos jovens apresenta este comportamento. Ainda assim, o consumo de fruta no País entre

---

<sup>40</sup> Isabel Ribeiro, relatora: Uma alimentação com future: saudável, sustentável e acessível para todos – Síntese das principais conclusões do ciclo de conferências “O futuro da alimentação: ambiente, saúde e economia” – Fundação Calouste Gulbenkian, Dezembro de 2012.

os jovens é baixo, com a maioria (50,7%) referindo consumir fruta pelo menos uma vez por semana e apenas 41,6% referindo consumir fruta pelo menos uma vez por dia (rapazes – 38%; raparigas - 45%).<sup>41</sup>

Os resultados preliminares do estudo e\_COR que avaliou o consumo de fruta e vegetais numa amostra da população dos 18 aos 79 anos da Região de Lisboa, confirma também esta tendência de uma dieta mais inadequada na população mais jovem (71,7% dos 18 aos 34 anos contra 69,8% na população dos 35 aos 64 anos)<sup>42</sup>. Neste estudo que avalia vários fatores de risco cardiovascular numa amostra da população da Região de Lisboa, apenas 32,6% da população apresentava uma dieta considerada adequada do ponto de vista do consumo de fruta e vegetais.

Acresce ainda, no plano da alimentação, o elevado consumo de sal da população portuguesa (10,7g/dia), um dos mais elevados da Europa.<sup>43</sup> A OMS definiu como objetivo um consumo máximo de sal de 5g/dia. O consumo elevado de sal é o principal contributo para o aumento da tensão arterial, o que em alguns indivíduos pode ser favorecido por alguma predisposição genética.

## Atividade Física

“A grande maioria das profissões na EU envolve um dispêndio energético reduzido. Assim, a exigência energética no local de trabalho tende a ser abaixo do que é recomendado para um estilo de vida saudável” (Comissão Europeia, 2008).

O sedentarismo das sociedades urbanas tem grassado em paralelo com o desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação à distância, e da dependência do automóvel nos meios urbanos e periurbanos, não sendo a cidade de Lisboa exceção a esta regra. Só mediante a intervenção ao nível das políticas intersectoriais se poderá contrariar esta tendência. Com base nas recomendações da OMS, um grupo de trabalho composto por peritos de vários países elaborou em 2008 as “Orientações Europeias para a Atividade Física” que salientam os benefícios para a saúde da atividade física regular, a qual deve ser promovida para o conjunto da população, preconizando 60 minutos diários

<sup>41</sup> Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Loureiro, N., Diniz, A., Ferreira, M., Reis, M., Ramiro, L., & Aventura Social (2012)

<sup>42</sup> Neste estudo considerou-se dieta inadequada aquela que compreende menos de 5 porções de fruta ou vegetais por dia, de acordo com as recomendações da OMS.

<sup>43</sup> PHUSA – Portuguese Hypertension and Salt Study – estudo representativo da população adulta residente em Portugal Continental (n=3720) – Sociedade Portuguesa de Hipertensão

de atividade física moderada para crianças e jovens e 30 minutos diários para adultos e idosos<sup>44</sup>.

Face a estas recomendações verifica-se que em Portugal, em 2010<sup>45</sup>, a prática de atividade física diária só acontece em 19% dos adolescentes (com franco predomínio para o sexo masculino) e diminui de 18,8% no 6º ano da escolaridade para 9,1% no 10º ano.

Verifica-se também que são os rapazes que passam mais tempo no computador (em jogos ou a comunicar com os amigos), não havendo contudo diferenças no que respeita ao número de horas despendidos a ver televisão, com 61% a ver TV uma a 3 horas por dia durante a semana e 56% mais de 4 horas por dia ao fim de semana.

**Quadro 37 - Prática de atividade física na última semana (%) – distribuição por sexo (N = 4998), em 2010**

Sexo	Prática de atividade física na última semana (%)			
	Nunca	Menos de 3x/semana	3x ou mais por semana	Todos os dias
Rapaz	2,8	24,3	53,9	19,0
Rapariga	4,8	43,9	43,1	8,2

Fonte: “A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010”

Na Região de Lisboa a percentagem de jovens que pratica atividade física todos os dias é de 13,5%, valor intermédio quando comparado com o mínimo de 11,2% do Algarve e 14,7% da Região Centro.

A nível nacional verifica-se que os jovens se deslocam para a escola na sua maioria em transportes públicos (24,2%) ou no carro da família (23,5%). Outros 24% fazem-no a pé e apenas 1,4% de bicicleta.

Neste mesmo estudo, quando inquiridos quanto à prática de desporto nos últimos 6 meses, os mais frequentemente referidos foram futebol (36,9%) e natação (17,2%). Ainda assim à data do inquérito 19,4% dos jovens inquiridos não praticava qualquer desporto.

<sup>44</sup> O documento referido salienta os seguintes benefícios da atividade física regular: -Reduz o risco de doença cardiovascular; -Previne a hipertensão arterial e controla a hipertensão arterial em pessoas hipertensas; - Preserva ou aumenta a função cardiorrespiratória; -Mantém a qualidade das funções metabólicas diminuindo a incidência da diabetes tipo II; - Aumenta a mobilização da gordura, o que pode contribuir para o controlo de peso, diminuindo o risco de obesidade; - Diminui o risco de certos cancros, como o da mama, o da próstata e o do cólon; -Melhora a mineralização dos ossos em idades jovens, contribuindo para a prevenção da osteoporose e de fraturas em idade mais tardias; -Melhora a digestão e regula o trânsito intestinal; -Mantém e/ou melhora a força e a resistência muscular, promovendo um aumento da capacidade funcional para realizar as atividades do dia-a-dia; -Mantém as funções motoras, incluindo a força e o equilíbrio; -Preserva as funções cognitivas e diminui o risco de depressão e demência; - Diminui o stress e melhora a qualidade do sono; - Melhora a autoimagem e a autoestima, aumentando o bem-estar e o otimismo; -Diminui o absentismo; Diminui o risco de queda e evita ou retarda as doenças crónicas associadas ao envelhecimento.

<sup>45</sup> - “A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010” – “ Health behaviour in age-school children”

**Quadro 38 - Prática de atividade física na última semana (%) – resultados do 6º ao 10º ano de escolaridade (n=4997), em 2010**

Escolaridade	Prática de atividade física na última semana (%)			
	Nunca	Menos de 3x/semana	3x ou mais por semana	Todos os dias
6º ano	3,1	29,8	48,3	18,8
8º ano	2,9	34,9	49,2	13,0
10º ano	5,2	38,2	47,4	9,1

Fonte: "A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010"

Na amostra inquirida pelo estudo e\_COR o sedentarismo na Região de Lisboa atinge 45,4% da população maior de 18 anos<sup>46</sup>. Quando analisados os dados por sexo e grupos etários verifica-se que as mulheres com mais de 35 anos são mais ativas que as mulheres mais novas.

**Quadro 39 - Comportamento da população com mais de 18 anos de idade de Lisboa (NUT II) – Atividade/ Sedentarismo, em 2012**

Comportamento da população	Ativo/as		Sedentário/as <sup>45</sup>	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Grupo etário				
18-34	52,9	45,1	47,1	54,9
35-64	54,3	62,5	45,7	37,5
>65	46,9	65,5	53,1	34,5

Fonte: e\_COR, 2012, Resultados Preliminares

## Comportamento Sexual e Reprodutivo

De acordo com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e possam decidir-se, quando e com que frequência tem filhos. Esta condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma

<sup>46</sup> Considera-se sedentarismo a prática de atividade física moderada por período inferior a 60 minutos por dia (IPAQ – International Physical Activity Questionnaire)

gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis<sup>47</sup>.

No entanto, como em todas as áreas da vida a autonomia e a capacidade de decisão neste domínio são influenciadas por fatores de ordem individual e social, e um comportamento sexual seguro não depende unicamente do conhecimento, mas também da motivação para o desempenho de comportamentos preventivos e das competências necessárias para a execução do mesmo. Reconhece-se contudo, na maioria dos estudos conhecidos, a importância dos Programas de Educação Sexual em idades jovens.

No estudo HSBC (2010), relativamente à “abordagem dos professores sobre a educação sexual”, apenas 57,1% dos jovens da Região de Lisboa afirmaram ter tido educação sexual nas escolas, contra 65,9% a nível nacional, sendo Lisboa a região que apresentou o valor mais baixo nesta questão. A nível nacional observaram-se diferenças entre os adolescentes que tiveram e não tiveram educação sexual nas escolas em relação ao início da vida sexual e ao uso de preservativo. Os alunos que tiveram educação sexual demonstram também mais conhecimento sobre o modo de transmissão do VIH/SIDA e têm uma atitude mais positiva face às pessoas infetadas com VIH (HBSC/OMS).

**Quadro 40 – Percentagem de alunos que refere ter tido: educação sexual e comportamentos – Alunos do 8º-10º ano – Região de Lisboa, em 2010**

Percentagem (%) de alunos que refere:				
Educação sexual		Ter tido relações sexuais	Usaram preservativo na última relação sexual	Tiveram relações associadas ao consumo de álcool ou drogas
Refere ter tido	65,9	20	96,1	10,1
Refere não ter tido	34,1	23,5	93,1	11,1

Fonte: Aventura Social e Saúde, HBSC, 2010

Verificou-se que na Região de Lisboa 24,1% dos jovens do 8º e 10º ano responderam já ter tido relações sexuais (contra 21,4% a nível nacional), referindo que 15,8% destes jovens tiveram associação ao consumo de álcool ou drogas (contra 12,7% a nível nacional). O uso do preservativo é também referido mais frequentemente na Região de Lisboa do que no país (84,4% contra 82,5%) (HBSC, 2010).

No que respeita à população universitária, 79,2% dos estudantes a nível nacional refere ter tido a primeira relação sexual depois dos 16 anos, 17,2% entre os 14 e os 15 anos

<sup>47</sup> Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.

e 3% aos 12-13 anos<sup>48</sup>, 90% referem ter usado método contraceptivo nesta primeira relação e 95,8% referem ter usado preservativo. Contudo, apenas 73,3% dos inquiridos refere usar métodos contraceptivos sempre e apenas 32,6% referem usar sempre o preservativo – 14,6% não usam nunca e 12,9% raramente.

Quanto à orientação sexual, 96% dos universitários referem ser predominantemente heterossexuais, 3% predominantemente homossexuais e 0,8% bissexuais.

57,4% dos homens universitários (contra 21,7% das mulheres) referem relações com parceiros ocasionais alguma vez e destes, 4,7% muito frequentemente.

39,8% dos estudantes refere ter tido apenas um parceiro ocasional no último ano, mas 36,7% referem ter tido 2 a 3 parceiros.

As infeções sexualmente transmissíveis são referidas por apenas 3,3% dos inquiridos, mas aumentam de 2,6% no grupo etário dos 18-21 anos e para 10,1% entre os 29-35 anos.

### Trabalhadores do Sexo

Os comportamentos de risco no âmbito da sexualidade associam-se ao recurso de algumas franjas da população a relações de âmbito comercial com trabalhadores do sexo (TS). O carácter oculto e socialmente não reconhecido desta realidade potencia o risco, não só da transmissão de infeções mas também de ameaças físicas e psicológicas à saúde dos dois grupos envolvidos.

A infeção VIH pode permanecer assintomática por um longo período de tempo. Estima-se que na europa 30% dos indivíduos infetados não estejam diagnosticados com uma variação entre países entre os 15 e os 50% (ECDC)<sup>49</sup>.

De acordo com um estudo recente do ECDC em Portugal, quase 9%<sup>50</sup> dos trabalhadores do sexo (13,5% dos homens e 7,9 das mulheres) estão infetados pelo VIH, ao passo que a prevalência do vírus no grupo de trabalhadores do sexo na Europa fica pouco acima de 1% em 22 dos 27 países considerados.<sup>51</sup>

O estudo PREVIH em Lisboa debruçou-se sobre 397 indivíduos que realizam trabalho sexual em contexto de apartamento entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2012, na Grande Lisboa. 49% eram do sexo feminino, 30% do sexo masculino e 21% transgéneros. 27%

<sup>48</sup> Aventura Social e Saúde - A Saúde Sexual e Reprodutiva dos estudantes universitários – Dados nacionais, 2010 – Estudo realizado numa amostra de 3278 estudantes universitários

<sup>49</sup> [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/spotlight/spotlight\\_aids/Pages/index.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/spotlight/spotlight_aids/Pages/index.aspx)

<sup>50</sup> Dados de 2010

<sup>51</sup> ECDC Special Report – “Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 progress” - Thematic Report – Sex workers.

tinham nacionalidade portuguesa, 68% vinham da América do Sul e 4,3% de outras regiões do globo. No estudo nacional realizado a 1040 TS<sup>52</sup> 7,2% dos participantes revelou ser seropositivo (15,4% dos TS transgéneros, 6,6% das TS femininas e 4,8% dos TS masculinos), verificando-se que uma proporção considerável de participantes desconhecia o seu estatuto serológico. Ainda, dos que reportaram ser seropositivos, apenas dois terços referiram estar em tratamento.

### Gravidez Continuada e Interrompida<sup>53</sup>

As mulheres com mais de 35 anos correm maior risco de terem um bebé com alterações cromossómicas. É também mais frequente a existência de hipertensão arterial, diabetes e complicações durante o parto, requerendo portanto um maior acompanhamento médico.

Ainda assim, e à semelhança de outros países europeus, as mulheres em Portugal cada vez mais retardam o nascimento dos filhos, tendo vindo a diminuir o número de nascimentos na faixa etária dos 20-34 anos e a aumentar o número de nascimentos acima dos 35 anos, que atingiram em 2011 no Continente a proporção de 24% do total de nados-vivos e na Cidade de Lisboa, nos 3 últimos anos, 28%

**Quadro 41 – Nº de nados-vivos por idade das mães na Cidade de Lisboa, entre 2009-2011**

Idade da mãe	Nº de nados-vivos por idade das mães						TOTAL 09-11	
	2009		2010		2011		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<15	9	4,5	3	4,4	2	4,0	14	4,3
15-19	269		274		228		771	
20-34	4 262	68,5	4 231	67,8	3 766	65,7	12 259	67,4
35-39	1 397	22,5	1 408	22,6	1 407	24,5	4212	
40-44	265	4,5	306	5,1	312	5,8	883	28,3
>45	18		14		18		50	
<b>TOTAL</b>	<b>6 220</b>	<b>-</b>	<b>6 236</b>	<b>-</b>	<b>5 733</b>	<b>-</b>	<b>18 189</b>	<b>-</b>

Fonte: INE, IP - Estatísticas Demográficas

<sup>52</sup> No âmbito do Projeto PREVIH foi desenvolvido um estudo transversal que consistiu na aplicação de um inquérito por questionário em diversas regiões (Grande Lisboa, Grande Porto, Zonas Norte, Centro e Algarve) a uma amostra de 1040 TS obtida através da técnica de bola-de-neve. A recolha de dados decorreu em 2010 em locais de trabalho sexual, organizações comunitárias e unidade móvel. Os dados foram recolhidos por entrevistadores da comunidade treinados para o efeito. O instrumento incluiu questões sobre as características sociodemográficas, teste do VIH, infeção VIH e tratamento. Após o preenchimento do questionário foi oferecido aos participantes o teste rápido do VIH.

<sup>53</sup> Abordam-se aqui apenas os nascimentos vivos e as interrupções de gravidez por opção da mulher. Não são considerados neste capítulo nados mortos nem as interrupções espontâneas ou por motivos médicos.

Desde a aprovação da Lei 16/2007 de 17 de Abril, que existe a possibilidade legal de proceder à interrupção da gravidez por opção da mulher (IVG) nas primeiras 10 semanas de gravidez. Em 2012, esta opção correspondeu a 97% das 18 924 interrupções realizadas no País (18 408 interrupções), menos 1 513 casos (7,6%) que em 2011.

#### Quadro 42 – Nº de interrupções da gravidez por opção da mulher por região de residência, em 2012

Regiões	Nº de interrupções da gravidez por opção da mulher					
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	PORTUGAL
N	3 854	2 817	9 587	585	1 225	18 408
%	20,94	15,30	52,08	3,18	6,65	100

Fonte: DGS - Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo de lei 16/2007 de 17 de abril

No total do país, 63,0% dos casos ocorreram em mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos. (Figura 17).

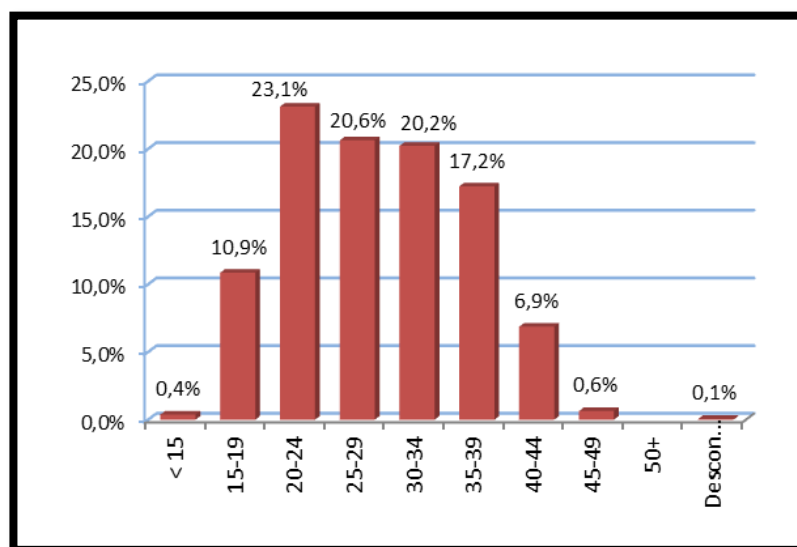


Figura 17 - Interrupção voluntária da gravidez segundo o grupo etário em Portugal, em 2012

Fonte: DGS - Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo de lei 16/2007 de 17 de abril

A maioria das IVG em Portugal ocorre entre mulheres desempregadas (22,7%), trabalhadoras não qualificadas (16,99%), estudantes (16,8%) e agricultoras, operárias, artífices (16,29).<sup>54</sup>

<sup>54</sup> DGS - Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de abril



**Quadro 43 - Nº de casos de IVG, em 2012**

Território	Nº IVG
Continente	18 068
Região LVT	10 020
Distrito de Lisboa	6 814
Grande Lisboa	nd
Concelho de Lisboa	nd

Fonte: Direção-Geral da Saúde

No estudo acima citado, 3,2% das estudantes universitárias admitiram já ter recorrido à IVG, aumentando a frequência de 1,7% entre os 18-21 anos para 7,7% entre os 29 e os 35 anos.<sup>55</sup>

16,2% das mulheres entre os 29-35 anos refere já ter engravidado sem o desejar e 12,2% dos homens da mesma idade refere ter engravidado a parceira sem o desejar.<sup>56</sup>

**Contraceção após IVG**

Em 2012, cerca de 96,1% das mulheres que realizaram interrupção de gravidez (IG) por opção escolheram posteriormente um método de contraceção. Do total de mulheres que realizaram IG por opção, 31% escolheu um método contracectivo de longa duração (dispositivo intrauterino; implante contracectivo ou laqueação de trompas).

Nos vários relatórios já publicados, a percentagem de utilização de contraceção após IG por opção da mulher varia entre 94-97%.

Entre as interrupções realizadas durante 2011, 464 (2,3%) ocorreram em mulheres que já tinham realizado uma IG nesse ano.

**Quadro 44 – Nº de interrupção da gravidez por opção da mulher e permissão pelo número de IG anteriores, em Portugal, em 2012**

IG em 2012	Número de IG anteriores					
	0	1	2	3	4	≥5
N	14 672	4 039	826	173	53	2,7
%	740,9	204,0	41,7	8,7	2,7	2,0

Fonte: DGS - Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de abril

<sup>55</sup> Aventura Social e Saúde - A Saúde Sexual e Reprodutiva dos estudantes universitários – Dados nacionais, 2010 – Estudo realizado numa amostra de 3278 estudantes universitários

<sup>56</sup> Aventura Social e Saúde - A Saúde Sexual e Reprodutiva dos estudantes universitários – Dados nacionais, 2010 – Estudo realizado numa amostra de 3278 estudantes universitários

## A influência dos...Fatores Biológicos

### Nascimento e Peso ao Nascer

O peso ao nascer, como o crescimento, é determinado por uma interação complexa de fatores genéticos e ambientais. Como o peso ao nascer varia dentro de populações geneticamente semelhantes, julga-se que os fatores ambientais desempenham um papel significativo (Spencer & Logan, 2002).

O peso ao nascer mostra um gradiente social inverso, de tal modo que o aumento da desvantagem está associado com a diminuição do peso ao nascer (Spencer & Logan, 2002). O baixo peso à nascença, (< 2500g), mas também o peso elevado (> 4000g) é um problema de saúde pública em todo o mundo e é, provavelmente, o fator isolado mais importante relacionado com a mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, morbilidade na infância e risco de várias doenças na idade adulta. As causas que levam ao baixo peso à nascença podem ser devidas a problemas de crescimento intrauterino ou associados a vários fatores como, fatores genéticos e socioeconómicos, características maternas, complicações associadas à gravidez, estilo de vida materno, assistência pré-natal e estado nutricional da grávida.

O baixo peso ao nascer é mais frequentemente observado entre mulheres com baixo nível de escolaridade, entre filhos de operários e em áreas carenciadas (Singhammer et al, 2005). Um poder socioeconómico baixo é um fator de risco para o parto pré-termo, para ter um nado-vivo pequeno para a idade gestacional e para a morte súbita do lactente (John Singhammer, et al, 2005). No entanto, o alto peso ao nascer está associado também com a saúde a mais longo prazo (Law, 2002). Pessoas com alto peso ao nascer (> 4000g) têm maiores taxas de mortalidade de cancro da próstata e possivelmente cancro da mama, e também podem estar em risco de desenvolver diabetes mellitus tipo II e obesidade (Law, 2002). Assim, a promoção do crescimento infantil e prevenção da obesidade na infância são metas com benefícios a curto e longo prazo e pode valer a pena enfatizá-lo aos pais (Law, 2002).

Fatores ambientais com associação conhecida com o peso ao nascer são: nutrição, tabagismo, saúde materna debilitada, idade materna e infeção genital (Spencer & Logan, 2002). Circunstâncias socioeconómicas pobres no início da vida podem levar a uma vulnerabilidade biológica na vida adulta (Spencer & Logan, 2002).

Nos últimos 20 anos, tem aumentado a evidência de que o comprimento do nado-vivo ao nascer está associado também com a saúde a mais longo prazo, particularmente

com as doenças degenerativas crónicas que são as principais causas de morte na idade adulta e idosa (Law, 2002).

#### Quadro 45 - Peso ao nascer, em 2012

Território	TOTAL	Ignorado	< 2500 g		2500-3999 g		> 4000 g	
			N	%	N	%	N	%
Continente	85 306	65	7 286	8,5	74 712	87,6	3 243	3,8
Região de Lisboa	29 313	15	2 555	8,7	25 606	87,4	1 137	3,9
Grande Lisboa	21 435	10	1 900	8,9	18 683	87,2	842	3,9
Concelho de Lisboa	5 409	2	446	8,2	4 752	87,9	209	3,9

Fonte: INE

Na cidade de Lisboa nasceram, em 2012, 5 409 crianças das quais 8,2% com baixo peso (valor ligeiramente mais favorável que o observado no território em que se insere) e 3,9% com peso elevado (sobreponível à Região e ao continente). Este valor tem-se mantido constante nos últimos 3 anos (Quadro 46).

O número de mães com idade inferior a 14 anos nos últimos 3 anos (2010-2012) é pouco expressivo na Região; no entanto o valor do baixo peso ao nascer para este grupo nos últimos 3 anos no Continente foi de 11%, (18 crianças num total de 163).

O valor médio dos países da OCDE para o baixo peso, situava-se em 2009 em 6,7%.<sup>57</sup>

#### Quadro 46 – Nº de nados-vivos com baixo peso ao nascer (< 2500g) para todas as idades das mães, em 2010-2012

Território	2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%
Continente	8 035	8,4	7 734	8,4	7 286	8,5
Região de Lisboa	2 723	8,3	2 722	8,7	2 555	8,7
Grande Lisboa	2 006	8,4	1 943	8,5	1 900	8,9
Concelho de Lisboa	501	8,0	460	8,0	446	8,2

Fonte: INE

<sup>57</sup> OCDE, Health at a glance, 2011

**Quadro 47 - Total de nascimentos e baixo peso ao nascer (<2500g) para as mães com < 15 anos, em 2010-2012**

Território	2010			2011			2012		
	Total	N	%	Total	N	%	Total	N	%
Continente	53	4	7,5	56	9	16,1	54	5	9,3
Região de Lisboa	20	2	10,0	19	1	5,3	18	0	0,0
Grande Lisboa	14	2	14,3	15	1	6,7	14	0	0,0
Concelho de Lisboa	3	0	0,0	2	0	0,0	3	0	0,0

Fonte: INE

## Estado Vacinal

A vigilância de saúde e o acompanhamento do desenvolvimento na infância podem constituir-se em fatores protetores importantes para o futuro. Um dos contributos mais importantes dos serviços de saúde para a saúde da população é a vacinação. Portugal tem um Programa Nacional de Vacinação (PNV) bastante abrangente e com um dos melhores desempenhos da Europa. Apesar de cada vez mais encontrarmos barreiras culturais à vacinação, quer por fatores de exclusão (imigrantes ilegais, população com baixa literacia) quer pela indução de falsa segurança que se verifica nas classes mais favorecidas quando as doenças preveníveis pela vacinação atingem níveis de invisibilidade social, as taxas de cobertura são razoavelmente elevadas para a generalidade da população, permitindo inferir em geral que o estado imunitário e a consequente capacidade de resistir às doenças evitáveis pela vacinação acompanham esta tendência.

O 2.º Inquérito Serológico Nacional (2001-2002) demonstrou que a maioria da população se encontrava imunizada contra as doenças preveníveis pela vacinação (DGS, 2004). Contudo, um levantamento realizado nos ficheiros de vacinação dos três ACES de Lisboa, demonstrou taxas de vacinação abaixo do desejável. Estes dados contudo devem ser analisados com cuidado pois podem estar relacionados com défices de registo.

**Quadro 48 - Cobertura vacinal dos jovens e adultos (14, 18 e 25 anos) da Cidade de Lisboa, em 2012**

Vacina	Vacinação					
	14 anos		18 anos		25 anos	
	N	%	N	%	N	%
Hepatite B	5 481	91	5 032	89	5 596	82
Sarampo, papeira e rubéola	5 605	93	5 146	91	5 562	82
Tétano	5 257	87	4 796	84	2 968	44

Fonte: SINUS Vacinação – ACES Lisboa Norte; ACES Lisboa Central; ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, Ficheiro de Vacinação dos ACES - Dados de 31/12/2012

## Peso e Índice de Massa Corporal (IMC)

O peso normal é um valor individualizado que depende de vários fatores fisiológicos (idade, sexo, altura), genéticos e culturais. Não existe um peso ideal, mas sabe-se que o excesso de peso e a obesidade correspondem a diferentes graus de acumulação excessiva de gordura no organismo, podendo prejudicar a saúde e encurtar a vida. Num estudo realizado em Portugal os custos indiretos totais da obesidade foram avaliados em 199,8 milhões de euros no ano de 2002. A mortalidade contribuiu com 58,4% deste valor (117 milhões, resultantes de 18 733 anos potenciais de vida ativa perdidos, numa razão de 3 mortes masculinas para 1 morte feminina); e a morbilidade com 41,6% resultantes de mais de 1,6 milhões de dias de incapacidade anuais, principalmente associadas a problemas do sistema circulatório e Diabetes mellitus tipo II.<sup>58</sup>

Preocupante é o facto de a obesidade infantil atingir também no nosso país dimensões epidémicas, traduzindo-se numa previsão aparentemente simplista mas muito clarividente de que “a esperança de vida das crianças de hoje é menor que a dos seus avós”. No estudo COSI<sup>59</sup> de 2008/2009 que avaliou a população portuguesa de 6-7 anos encontraram-se os seguintes resultados:

### Quadro 49 - Prevalência de excesso de peso nos alunos do 1º ciclo do ensino básico (6-10 anos) (N=3812), em Portugal (%), em 2007-2008

	IMC(*) / Percentis	Total	Rapazes	Raparigas
Excesso de peso	IMC ≥ P85	32,1	34,0	30,3
Pré-obesidade	P85 ≤ IMC < P95	17,6	18,4	16,8
Obesidade	IMC ≥ P95	14,5	15,6	13,5

(\*) Índice de Massa Corporal

No mesmo estudo o território da ARSLVT apresentou valores para a obesidade superiores aos do País (Obesidade= 15,5%; Pré-obesidade = 16,4%).

Em 2012, na população adulta da Região de Lisboa (NUT II) a prevalência de excesso de peso/obesidade encontrada numa amostra de população maior de 18 anos foi de 64% (68,1% nos homens e 58,8% nas mulheres) valores superiores aos encontrados no estudo

<sup>58</sup> Pereira, J; Mateus, C – Custos indiretos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.3, 2003

<sup>59</sup> Rito, A; Breda, J – Prevalence of children overweight and obesity in Portugal – the national nutrition surveillance system. *Obesity Reviews*, 11(1), 428

nacional de 2008 (Carmo, *et al*, 2008) em que a prevalência foi de 53,6% (60,2% nos homens e 47,8% nas mulheres)<sup>60</sup>.

Verifica-se também a existência de uma relação entre o escalão de Índice de Massa Corporal (IMC) e a Diabetes, com perto de 90% da população com Diabetes a apresentar excesso de peso ou obesidade, de acordo com os dados recolhidos no âmbito do PREVADIAB. Verifica-se, ainda, que uma pessoa obesa apresenta um risco três vezes superior de desenvolver Diabetes do que uma pessoa com peso normal.<sup>61</sup>

A epidemia de obesidade resulta de uma dinâmica múltipla e interativa que conduziu a população a alterações do estilo de vida em relação à nutrição e à atividade física (OCDE, 2011). Vários estudos evidenciaram, por exemplo, relação entre o aumento da obesidade e o aumento das horas de trabalho, particularmente nos homens, bem como a relação entre obesidade e menor nível socioeconómico.

O mais recente relatório da OCDE, refere que combater a obesidade pelo menos em três áreas – educação e promoção da saúde, regulamentação e medidas fiscais e aconselhamento em Cuidados de Saúde Primários (CSP) - são efetivos em melhorar a saúde e a longevidade e apresentam cenários favoráveis de custo-efetividade quando comparados com cenários nos quais as doenças crónicas são tratadas apenas à medida que vão emergindo. Quando múltiplas intervenções se combinam numa estratégia que atinge vários grupos e determinantes da obesidade em simultâneo, os ganhos em saúde podem ser significativamente aumentados sem perdas de custo-efetividade (Sassi, 2010) (OCDE,2011).

---

<sup>60</sup> Mafalda Bourbon – e\_COR – “Prevalência de fatores de risco cardiovascular na População Portuguesa” – Critério aplicado: Excesso de peso ( $25 \leq \text{IMC} \leq 29,9$ ); Obesidade ( $\text{IMC} \geq 30$ ).

<sup>61</sup> Diabetes, Factos e números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal, 2013

## IV. Saúde, Doença e Morte

Ao definir a saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, a OMS estabeleceu uma norma ideal (WHO,1948) e por muitos criticada como irrealista.

Numerosos modelos de saúde e doença se desenvolveram e coexistam ainda (Biomédico, desde o século XIX, baseado nos fatores de risco desde a década de 50 e Biopsicossocial desde a década de 70 do século passado), e mais recentemente o modelo baseado na Promoção de Saúde (desde a conferência da Alma-Ata, em 1978), e posteriormente reforçado na Conferência de Otawa de 1986 com o conceito de “empoderamento”.

Nas ciências sociais e na medicina atual é consensual que a saúde deve ser vista de forma multidimensional: inclui não apenas o bem-estar físico (um sentimento físico positivo, ausência de sinais ou sintomas) e o bem-estar psicológico (alegria, felicidade e satisfação com a vida) mas também desempenho, autorrealização e significância<sup>62</sup>. A saúde depende da existência, da percepção e dos meios de lidar com o *stress*, a pressão, os riscos e os azares do ambiente social e ecológico, bem como da existência, da percepção, da procura e utilização de recursos. Pessoas com deficiências podem também ser consideradas saudáveis numa perspetiva psicológica, se mantiverem a sua capacidade de fruição e desempenho.

A percepção das queixas físicas é influenciada por julgamentos sociais e individuais e embora esse julgamento não seja independente da gravidade dos sintomas, a percepção dos recursos individuais e sociais tem uma influência decisiva na condição subjetiva e no comportamento relacionado com a saúde de cada indivíduo.

Hoje em dia as definições de saúde no interior do sistema médico procuram ultrapassar a simples dicotomia que traduz saúde como ausência de doença, mas baseiam-se mais na norma estatística de saúde que é determinada pela frequência de uma característica do organismo: o que for atributo da maioria da humanidade será considerado saudável. Os desvios desses valores médios consideram-se indicar doença.<sup>63</sup> Assim, a classificação de um indivíduo como saudável ou doente, requer um grupo de referência, e ao nível individual há quem defenda a conceção de um continuum entre saúde e doença (Bengel,1999).

---

<sup>62</sup> “Para Bengel e colaboradores, o modelo salutogénico de Antonovsky, cujo âmago é o “sentido de coerência”, significa consistência, congruência e harmonia. ... Segundo Antonovsky a atitude de sentir o mundo de uma forma coerente e significativa, é construída a partir de três pilares: capacidade de compreensão, ... capacidade de gestão, ... e capacidade de construção de sentido ...” – in: Loureiro, Miranda - Promover a Saúde - dos fundamentos à ação, 2010.

<sup>63</sup> ...e conseqüentemente necessidade de tratar...

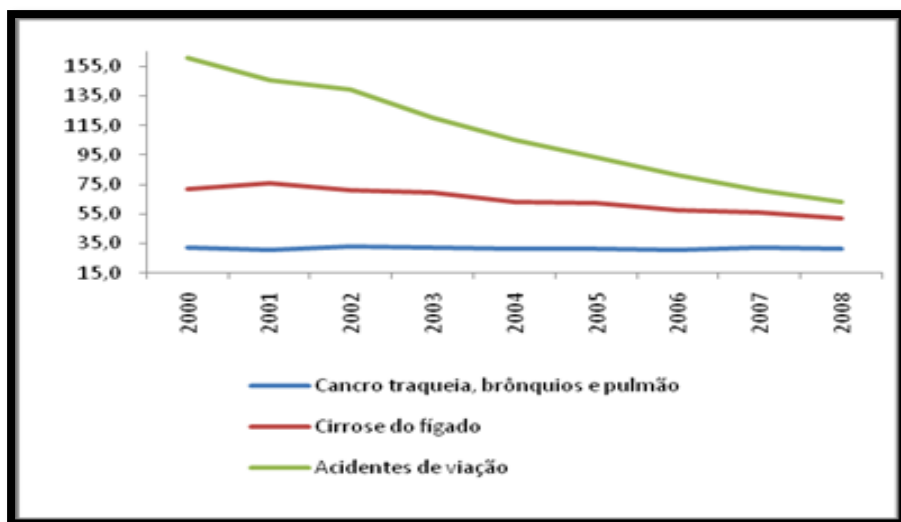
Incontornável na avaliação do estado de saúde/doença de uma população é o recurso às estatísticas de mortalidade, que permitem avaliar não só a gravidade da doença em função do seu desfecho, mas também o número de anos de vida perdidos por doenças consideradas evitáveis. Outros parâmetros utilizados na avaliação do estado de saúde são a autoperceção do estado de saúde, a esperança de vida e a esperança de vida em boa saúde.

Em Portugal, as doenças circulatórias (32%), os tumores malignos (23%) e as doenças respiratórias (11,1%) são, para ambos os sexos, as principais causas de mortalidade. A quarta principal causa engloba acidentes, envenenamentos e violência, para o sexo masculino, e diabetes *mellitus*, para o sexo feminino (portal do INE, 2012) (Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 - Perfil de Saúde de Portugal, 2013).

Por outro lado o número de episódios hospitalares e o número de dias de internamento a que um determinado grupo da população está sujeito por uma determinada doença é também uma medida da gravidade da mesma e dos seus custos pessoais, sociais e económicos.

Em Portugal, as principais causas de internamento de crianças e jovens com menos de 18 anos são as doenças dos aparelhos respiratório (22,8%) e digestivo (13,9%). Na população adulta, as doenças do aparelho circulatório e o cancro representam, respetivamente, 10,1% e 7,9% dos internamentos (PNS). Nos internamentos considerados evitáveis por prevenção primária, nomeadamente internamentos por cancro da traqueia, brônquios e pulmões (0-74 anos), cirrose do fígado (0-74 anos) e acidentes com veículos a motor (todas as idades), destacam-se com maior expressão os internamentos devidos a acidentes com veículos motorizados (43,5%). Relativamente aos internamentos evitáveis através de cuidados de ambulatório destacam-se os relacionados com a diabetes (18,9%) (PNS).





**Figura 18 - Taxa padronizada de internamentos hospitalares considerados evitáveis por prevenção primária (/100 000 hab) em Portugal Continental, em 2000-2008**

*Fonte:* Perfil de Saúde de Portugal, 2013 – PNS. Elaborado a partir da base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos, ACSS, 2010.

Quando se traduzem as causas de morte em anos de vida perdidos, encontram-se à cabeça os tumores malignos, e as causas externas, seguidas das doenças do aparelho circulatório (Quadro 50).

**Quadro 50 - 10 principais causas de mortalidade prematura (Taxa de Anos de Vida Perdidos /100 000 hab) em Portugal Continental, em 2010**

Principais causas de morte	AVPP / 100 000 Hab	%
Todas as causas	3906	100,0
Tumores malignos	1239	31,7
Causas externas de mortalidade	636	16,3
Sintomas e sinais, resultados anormais e causas mal definidas	507	13,0
Doenças do aparelho circulatório	450	11,5
Tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu	386	9,9
Tumores malignos do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	243	6,2
Doenças atribuíveis ao álcool	236	6,0
Doenças do aparelho digestivo	231	5,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	231	5,9
Acidentes de transporte	230	5,9

*Fonte:* INE; (Quadro extraído do Perfil de Saúde de Portugal, 2013)

**Quadro 51 - Nº de óbitos e taxa de mortalidade (/100 000 habitantes) por idade (falecido) e por local de residência (Continente, Região de Lisboa e Vale do Tejo e Grande Lisboa), em 2011**

Local de residência	Óbitos (N.º) e Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes *									
	Total de óbitos	Idade (Falecido)								Ignorado*
		0-14 anos		15-24 anos		25 - 64 anos		65 e + anos		
	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx	N.º	Tx		
Continente	97968	464	31	392	36,4	16073	289,6	81035	4215,6	4
RLVT	34975	191	33,6	143	38,4	6074	301,5	28563	4039,7	4
Grande Lisboa	18067	130	40,8	78	37,9	3386	299,9	14470	3707,6	3

Fonte INE

Há contudo que ressaltar a importância que ainda assume no país a mortalidade por sintomas, sinais, e causas mal definidas, e a margem de incerteza que este facto repercute sobre qualquer análise que se realize sobre as causas de morte.

**Quadro 52 - Nº de óbitos em 2011 e Taxa de mortalidade padronizada por sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas (LSE-55), em 2009-2011**

Território	Todas as Idades		<65 anos	
	Nº de óbitos - 2011	Taxa de Mortalidade 2009-2011	Nº de óbitos - 2011	Taxa de Mortalidade 2009-2011
Continente	9 793	55,1	2054	20,9
Lisboa e Vale do Tejo	966	42,4	296	18,3
Lisboa	301	32,7	86	21,7

Fonte: INE

Ao longo deste capítulo, caracteriza-se o Estado de Saúde da população de Lisboa, através do recurso aos dados disponíveis. Considerou-se a gravidade das doenças/ fatores de risco subjacentes mediante a sua tradução em morte, recurso ao hospital, idade, e dimensão da população abrangida.

## Esperança de Vida

### Quadro 53 - Esperança de vida à nascença e aos 65 anos, em 2009-2011

Local de residência (NUTS - 2002)	Esperança de vida à nascença (Metodologia 2007 - Anos) por Local de residência (NUTS - 2002)	Esperança de vida aos 65 anos (Metodologia 2007 - Anos) por Local de residência (NUTS - 2002)
Continente	79,66	18,77
Região de Lisboa	79,46	18,80
Grande Lisboa	79,60	19,08

Fonte: INE

O ganho em anos de vida entre 1960 e 2009 foi em Portugal de 15,6 anos, o maior neste período em comparação com os países da UE (Espanha cresceu 12 anos no mesmo período) (OCDE, 2011).

No entanto, quando analisada a esperança de vida sem incapacidade em Portugal, para o ano 2011, verifica-se que os homens vivem, em média, 60,7 anos sem limitações na sua atividade, enquanto para as mulheres a esperança de vida sem incapacidade é de 58,7 anos, valores abaixo da média da EU-27 em que os valores são respetivamente de 61,8 e 62,2. Também aos 65 anos a esperança de vida sem incapacidade é inferior à da UE, mantendo-se também a desvantagem das mulheres em relação a este indicador - 7,9 para os homens e 6,4 para as mulheres, contra 8,6 na UE para os dois sexos (Eurostat, 2012)<sup>64</sup>.

## Autoperceção do Estado de Saúde

A autoperceção do estado de saúde pela população apresenta uma boa correlação com o estado de saúde definido tecnicamente e portanto é considerado em diversos estudos como sendo de bom valor prognóstico, sendo conhecida a sua relação com a mortalidade há mais de duas décadas. Num estudo recente, a revisão da literatura realizada,

<sup>64</sup>Eurostat, 2013 - <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>;

The indicator Healthy Life Years (HLY) at age 65 measures the number of years that a person at age 65 is still expected to live in a healthy condition. HLY is a health expectancy indicator which combines information on mortality and morbidity. The data required are the age-specific prevalence (proportions) of the population in healthy and unhealthy conditions and age-specific mortality information. A healthy condition is defined by the absence of limitations in functioning/disability. The indicator is calculated separately for males and females. The indicator is also called disability-free life expectancy (DFLE). Life expectancy at age 65 is defined as the mean number of years still to be lived by a person at age 65, if subjected throughout the rest of his or her life to the current mortality conditions.

mostrou haver relação entre reforma por invalidez, pior autoperceção do estado de saúde e maior uso de serviços de saúde<sup>65</sup>

No Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2005/2006 verificou-se uma melhoria do estado de saúde auto percebido pela população da Região de Lisboa e Vale do Tejo, quando comparado com os valores encontrados em 1998/99.

Em geral, uma pior autoperceção do estado de saúde relaciona-se com o sexo feminino, com a idade mais avançada e com pior rendimento ou mais baixo nível socioeconómico. Tanto em 1998/99 como em 2005/06 a autoperceção do estado de saúde era melhor na Região que no Continente.

A questão é também influenciada por fatores de ordem cultural, sendo Portugal o país da UE-27 com piores resultados na questão “Qual o seu estado geral de saúde?”, em 2010, em que 22,8% das mulheres e 16% dos homens maiores de 15 anos referem que a sua saúde é má ou muito má, face à média de 10,7% e 8,2%, respetivamente, da União Europeia<sup>66</sup>. Este aspeto foi também identificado no INS de 2005/06, ao comparar a autoperceção menos favorável da população portuguesa com a da população imigrante em Portugal.<sup>67</sup>

#### Quadro 54 – Auto percepção do estado de saúde segundo o Inquérito Nacional de Saúde, em 2005-2006

Auto percepção do estado de saúde	Continente	Região de Lisboa e Vale do Tejo
Muito bom ou bom	53,2%	55,8%
Razoável	32,8%	32,3%
Mau ou muito mau	14,1%	11,9%

Fonte: INSA - Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

Face à inexistência ao nível do INS de informação mais recente, e específica para a cidade de Lisboa, recorreremos aos resultados do estudo HBSC 2010 para a população escolarizada da Região e a alguns dados do Censo 2011 referentes à autoperceção de dificuldades sensoriais, de comunicação, de mobilidade e de realização de atividades da vida diária.

<sup>65</sup> F. Aloísio PIMENTA et al, Auto percepção do estado de saúde em reformados e sua associação..., *Ata Med Port.* 2010; 23(1):101-106 - [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com)

<sup>66</sup> Eurostat News Releases on the internet – Women and Men in the EU seen through figures - <http://ec.europa.eu/eurostat>

<sup>67</sup> Carlos Dias, Eleanora Falcão, Maria João Branco, Carlos Marinho Falcão - A saúde dos imigrantes em Portugal – resultados do Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - Departamento de Epidemiologia

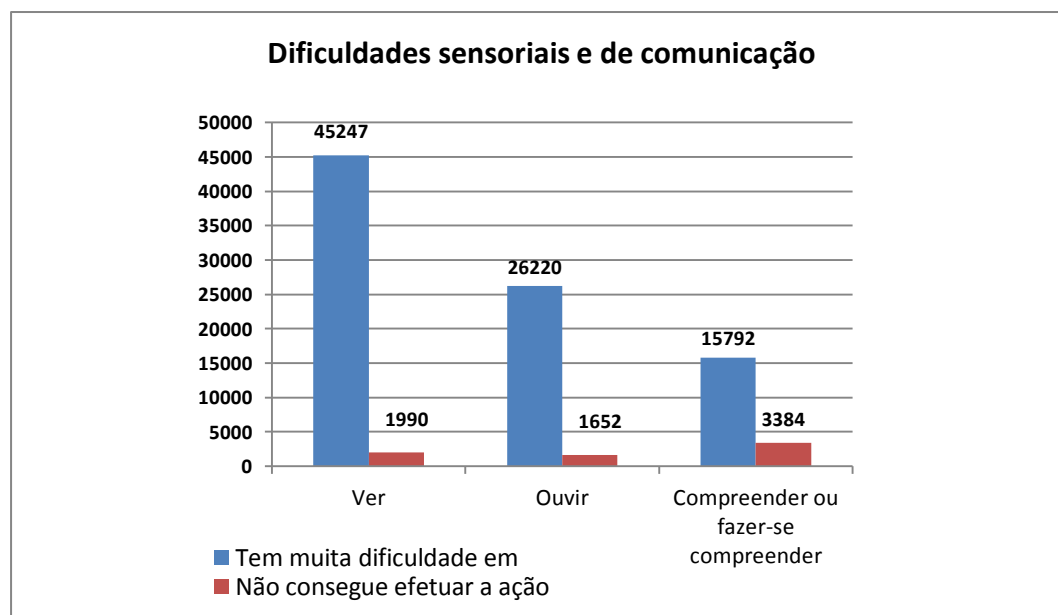
Os jovens inquiridos em 2010 no estudo HBSC<sup>68</sup> apresentavam os seguintes sintomas físicos ou psicológicos:

**Quadro 55 - Percentagem de jovens que referem apresentar os sintomas abaixo referidos mais do que uma vez por semana (alunos do 6º, 8º e 10º anos), em 2010**

Sintomas	Continente (%)	Região de LVT (%)	Valor máximo (%)	Valor mínimo (%)
Dores de costas	7,5	7,7	9,9 (Alentejo)	7,6 (Centro)
Dores de estômago	3,7	3,8	4,1 (Algarve)	3,5 (Norte e Alentejo)
Dores de cabeça	9,4	10,1	10,1 (Lisboa)	8,1 (Centro)
Estar nervoso	11,3	11,9	13,6 (Algarve)	10,6 (Norte)
Estar irritado	9,9	8,3	13,7 (Alentejo)	8,3 (Lisboa)
Estar triste/ deprimido	8,4	8,8	11,3 (Alentejo)	6,4 (Centro)

Fonte: [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com) – HBSC/OMS (Health behaviour in school-aged children)

Os resultados do Censo 2011 em relação à autoperceção de dificuldades da população do Concelho de Lisboa, relacionadas com a saúde, resumem-se nas figuras seguintes.



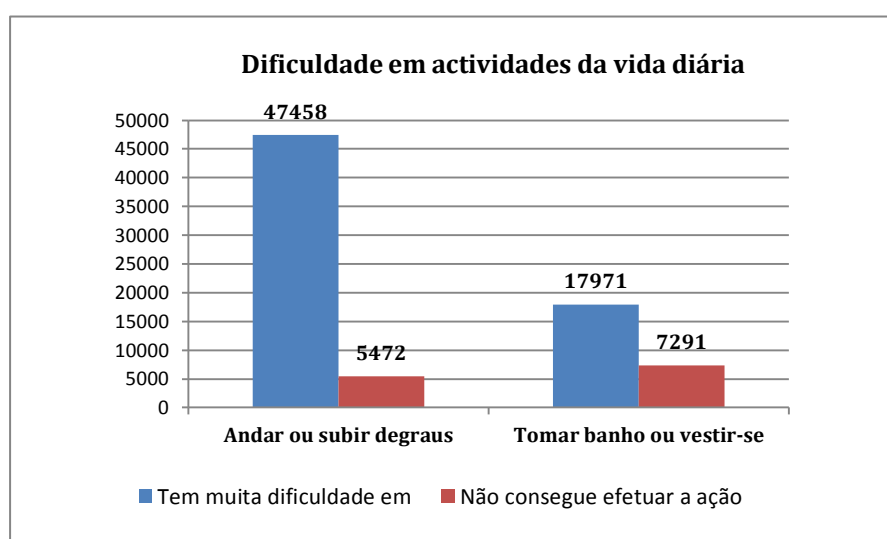
**Figura 19 - População do Concelho de Lisboa que referiu ter muita dificuldade ou não conseguir ver, ouvir, compreender ou fazer-se compreender, em 2011**

<sup>68</sup> “A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010” – “ Health behaviour in age-school children”

**Quadro 56 - Permilagem dos indivíduos que no total da população inquirida e em cada grupo etário refere ter muita dificuldade ou não consegue ver, ouvir, compreender ou fazer compreender, no Concelho de Lisboa, em 2011**

Tem muita dificuldade ou não consegue...	Total %	Jovens	Adultos	Idosos
		0-14 anos	15-64 anos	>65 anos
Ver	86	10	50	223
Ouvir	51	4	18	163
Compreender ou fazer-se compreender	35	8	17	97

Fonte: INE, Censo 2011



**Figura 20 – População do Concelho de Lisboa que referiu ter muita dificuldade ou não conseguir andar ou subir degraus e tomar banho ou vestir-se, em 2011**

**Quadro 57 - Permilagem dos indivíduos que no total da população inquirida e em cada grupo etário refere ter muita dificuldade ou não consegue tomar banho ou vestir-se e andar ou subir degraus, no Concelho de Lisboa, em 2011**

Tem muita dificuldade ou não consegue...	Total %	Jovens	Adultos	Idosos
		0-14 anos	15-64 anos	>65 anos
Tomar banho ou vestir-se	46	8	13	156
Andar ou subir degraus	97	2	35	309

Fonte: INE, Censo 2011

## A Saúde dos mais Jovens

Em 2009, foram rastreados 99 787 bebês<sup>69</sup>, dos quais 26 775 (27%) do Distrito de Lisboa. No concelho de Lisboa foram identificados quatro casos de hipotiroidismo, um caso de acidúria orgânica (3-MCC) e um caso de fenilcetonúria.

**Quadro 58 - Número de crianças rastreadas e nº de casos de hipotiroidismo e doenças do metabolismo, em 2009**

Território	Crianças rastreadas	Hipotiroidismo Congénito	Doenças do metabolismo
Portugal	99 787	47	44
Lisboa e Vale do Tejo	38 165	17	14
Distrito de Lisboa	26 775	13	7
Grande Lisboa	-	12	5
Concelho de Lisboa	-	4	2

Fonte: INSA, Programa Nacional de Diagnóstico Precoce – Relatório 2009

Portugal é um dos países referenciados pela OMS que tiveram melhor desempenho na redução da mortalidade nas crianças abaixo dos 5 anos. A taxa de mortalidade infantil decresceu significativamente em Portugal entre 1975 e 2006. Atualmente o número anual de óbitos no concelho de Lisboa é diminuto, pelo que as variações ocorridas são muito influenciadas pelo acaso, apresentando portanto grandes limites de interpretação.

**Quadro 59 - Taxa de mortalidade infantil por local de residência, anual (2011) e quinquenal (2007-2011)**

Território	Taxa de mortalidade infantil (‰)	
	2011	2007-2011
Continente	3,1	3,2
Região de Lisboa	3,6	3,7
Grande Lisboa	-	3,7
Concelho de Lisboa	3,0	4,1

Fonte: INE, Indicadores Demográficos - Taxa de mortalidade infantil (‰) por Local de residência

<sup>69</sup> Teste do pezinho – Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

**Quadro 60 - Taxa de mortalidade infantil por 1 000 hab nos triénios 2006-2008, 2007-2009; 2008-2010 e 2009-2011**

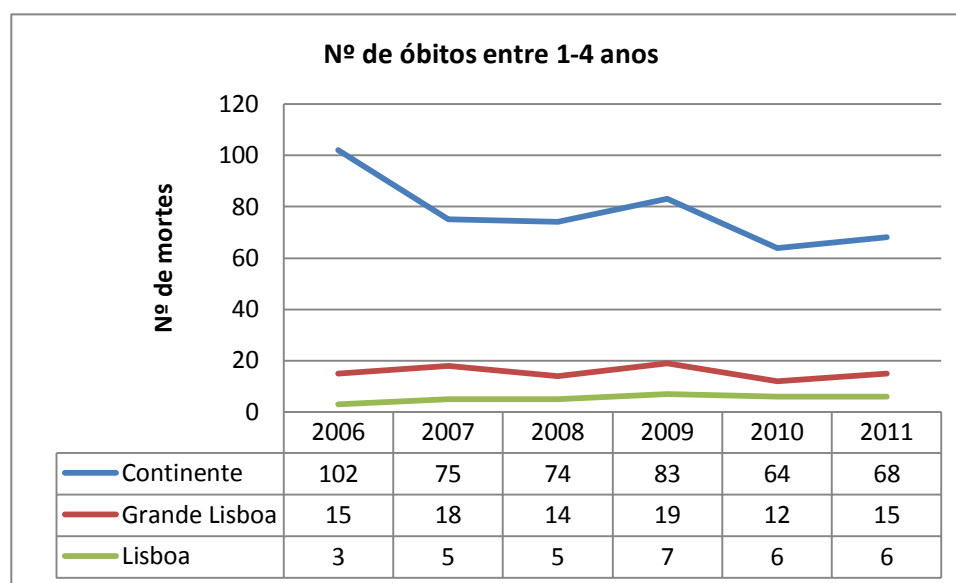
Local de residência	Taxa de mortalidade infantil (/ 1 000 Hab)			
	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011
Continente	4,16	4,27	3,97	3,05
Grande Lisboa	3,80	4,23	4,19	4,27
Lisboa	4,26	4,34	3,62	3,30

Fonte: INE

**Quadro 61 - Taxa de mortalidade de 1 a 4 anos de idade por 1 000 hab, nos triénios 2006-2008, 2007-2009; 2008-2010 e 2009-2011**

Local de residência	Taxa de mortalidade de 1 a 4 anos (/ 1 000 Hab)			
	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011
Continente	0,20	0,19	0,19	0,19
Grande Lisboa	0,17	0,19	0,17	0,17
Lisboa	0,20	0,26	0,28	0,29

Fonte: INE



**Figura 21 - Número de óbitos por todas as causas entre 1 e 4 anos de idade, em 2006-2011**

Fonte: INE

São sobretudo as causas externas, e particularmente os acidentes, que mais merecem a nossa atenção. No quinquénio 2007-2011 as causas externas (LSE-58, causas externas de lesão e envenenamento) representaram 26,9% do total de óbitos de 1-4 anos no Continente (122 casos), os tumores malignos 14,6% e as causas mal definidas cerca de 15%.

No Continente entre 2006 e 2011 ocorreram 34 mortes por acidente de viação em crianças de 1 a 4 anos.



## Acidentes

Em Portugal, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), através do Departamento de Epidemiologia, mantém em atividade o sistema nacional de vigilância dos acidentes EVITA (anterior ADELIA), recolhendo dados nos serviços de urgência sobre acidentes domésticos e de lazer.

Dados provisórios referentes a 2012 apontam para o internamento de 6,6% do total de acidentes reportados. É em crianças até aos 14 anos que ocorrem cerca de 41,5% do total de acidentes. Estes ocorreram principalmente em casa (36,4%), na escola (22,7%) e em atividades ao ar livre (11,5%), sendo relevante afirmar que 20,5% dos acidentes ocorreram dentro de casa. Relativamente ao mecanismo de lesão, a queda foi o que revelou uma percentagem mais elevada (59,4%) seguida de “atingido por um objeto” (11,7%). Estes dados têm-se mantido estáveis e revelam-se como fundamentais para delinear programas de prevenção, tornando-se necessário melhorar a recolha de informação.<sup>70</sup>

## Acidentes de Viação

A segurança rodoviária é uma das intervenções de saúde que apresenta a relação custo-benefício mais interessante, já que a primeira causa de morte no mundo para a população de 15-29 anos continuam a ser os acidentes de viação.

**Quadro 62 - Taxa de mortalidade padronizada por acidente de viação por sexo e para todas as idades, no Continente, RLVT e Concelhos da Grande Lisboa, em 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: INE

<sup>70</sup> [www.insa.pt](http://www.insa.pt)

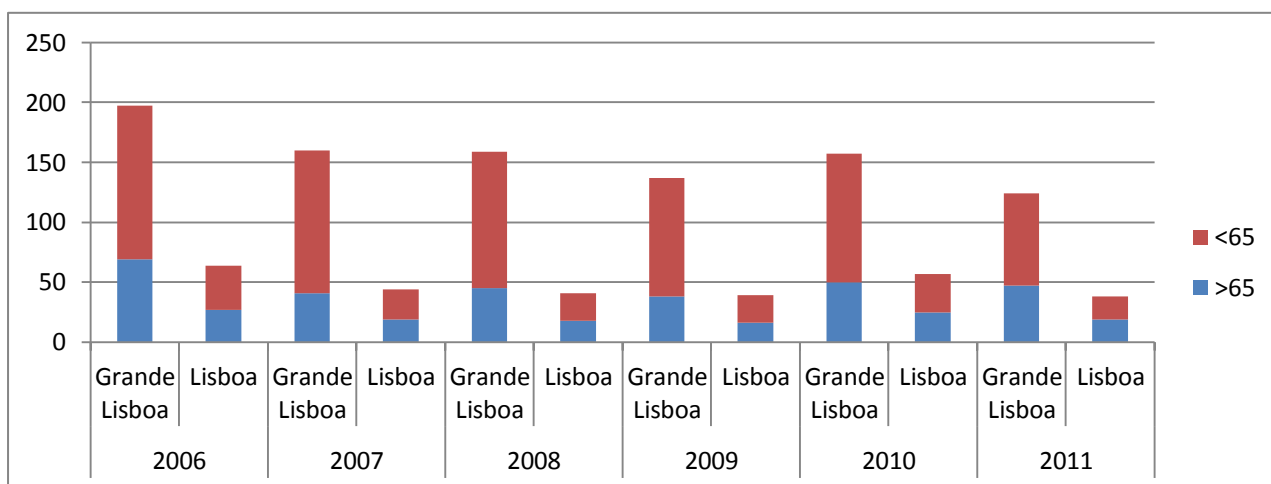
Em todo o território as mortes por acidente ocorrem mais nos homens. A cidade de Lisboa apresenta taxas ligeiramente inferiores às do Continente e do País, mas superiores a muitos concelhos da área da Grande Lisboa.

**Quadro 63 - Nº de óbitos por todas as causas e por acidentes de transporte nos indivíduos < 65 anos e Proporção dos acidentes de viação no total de causas de morte (Permilagem), em 2006-2011**

Território	Nº óbitos nos indivíduos < 65 anos		Permilagem
	Todas as causas	Acidentes de transporte	
	LSE-00	LSE-60	
Continente	105355	4257	40,41
Grande Lisboa	22863	644	28,17
Lisboa	7127	159	22,31

Fonte: INE

Apesar de parecer haver uma tendência de diminuição do número de mortes por acidente de viação desde 2006, estas continuam a manifestar-se maioritariamente em idades jovens, verificando-se que em 2011 50% das mortes no Concelho de Lisboa e 62% das mortes na Grande Lisboa ocorreram em indivíduos com menos de 65 anos.



**Figura 22- Evolução do nº de mortes por acidente de viação no Concelho e Lisboa e na Grande Lisboa, em 2006-2011**

Fonte: INE

**Quadro 64 - Nº de acidentes com vítimas, com mortos e feridos graves, no distrito de Lisboa, em 2009-2011**

	2009	2010	2011
Acidentes com vítimas	7264	7449	6999
Acidentes com mortos	71	89	76
Acidentes com mortos e/ ou feridos graves	369	382	390
Índice de gravidade <sup>71</sup>	1,1	1,3	1,2

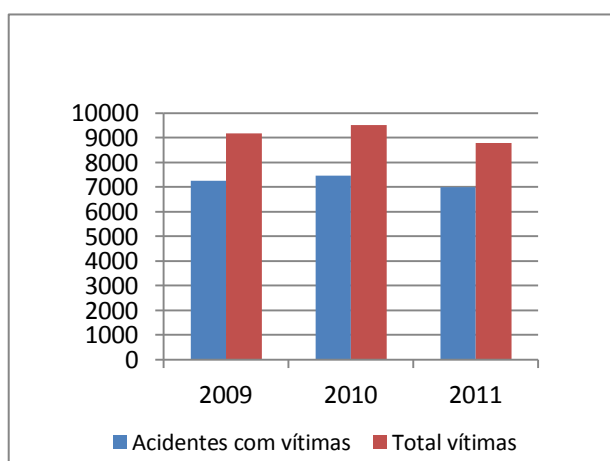
Fonte: Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária

No Distrito de Lisboa, apesar da diminuição do número de acidentes com vítimas entre 2009 e 2011 o número de acidentes com mortos ou feridos graves aumentou.

**Quadro 65 - Nº total de vítimas, vítimas mortais e feridos graves e leves no distrito de Lisboa, entre 2009 e 2011**

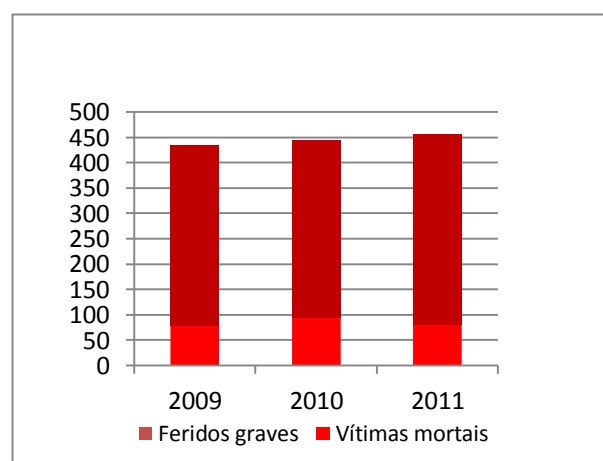
Caracterização das vítimas	2009	2010	2011
Vítimas mortais	79	94	82
Feridos graves	356	351	374
Feridos leves	8 741	9 077	8 320
<b>Total vítimas</b>	<b>9 176</b>	<b>9 522</b>	<b>8 776</b>

Fonte: Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária;



**Figura 23 - Nº acidentes com vítimas no distrito de Lisboa, entre 2009 e 2011**

Fonte: Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária



**Figura 24 - Nº vítimas de acidentes com feridos graves e vítimas mortais no distrito de Lisboa, entre 2009-2011**

Fonte: Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária;

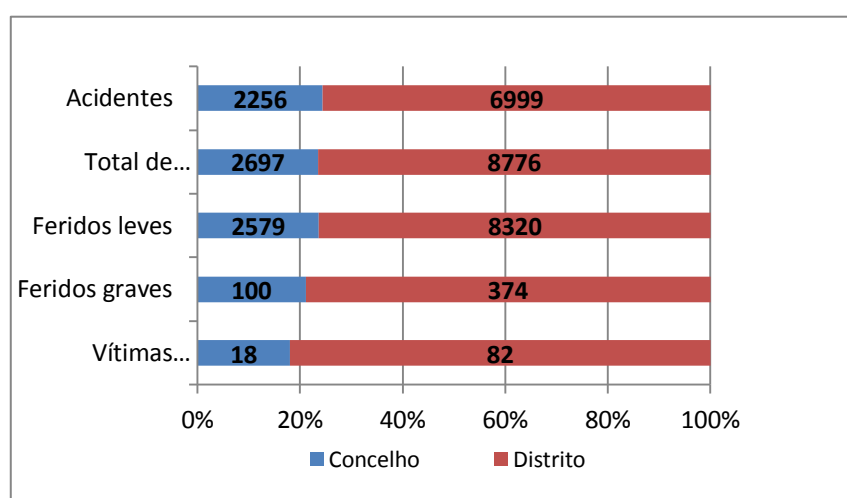
<sup>71</sup> Índice de Gravidade (IG) = (Nº de mortos / Nº de acidentes com vítimas) x100

Em 2011, no Concelho de Lisboa, ocorreram cerca de 32% dos acidentes ocorridos no Distrito, e 31% do total de vítimas (2 256 acidentes e 2 697 vítimas). (Quadro 66)

**Quadro 66 - Nº de acidentes e vítimas no concelho de Lisboa, em 2011**

Acidentes com vítimas		Vítimas								Índice de gravidade
		Vítimas mortais		Feridos graves		Feridos leves		Total vítimas		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2 256	32,2	18	22	100	26,7	2 579	31	2 697	30,7	0,8

Fonte: Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária - 2011



**Figura 25 - Nº acidentes e vítimas e sua proporção no concelho e distrito de Lisboa, em 2011**

Particularmente relevantes em meio urbano são os acidentes com peões, verificando-se nos últimos 3 anos uma situação sobreponível à da cidade do Porto<sup>72</sup>.

**Quadro 67 - Nº acidentes com atropelamento nas cidades de Lisboa e Porto, entre 2009 e 2011**

	2009		2010		2011	
	Total	Mortos	Total	Mortos	Total	Mortos
Lisboa	740	9	735	6	710	7
Porto	307	7	316	0	328	2

Fonte: Pordata

<sup>72</sup> Nº de acidentes com peões / 1000 habitantes em 2011: Lisboa – 1,30; Porto – 1,38 (base decenal)

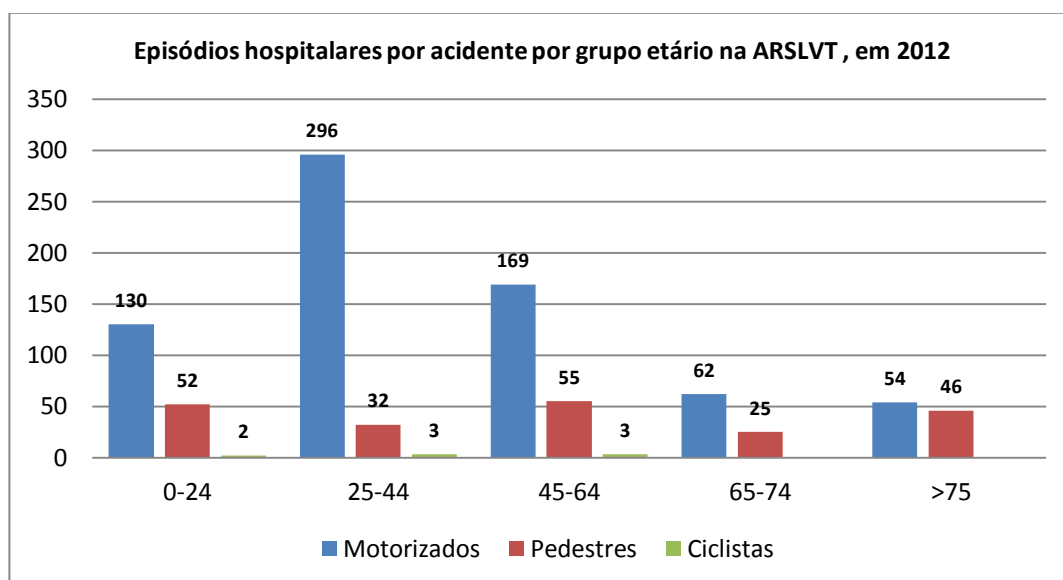
Quando analisados os episódios hospitalares em 2012<sup>73</sup>, verifica-se a predominância de vítimas do grupo etário dos 25 aos 44 anos e mais jovens sendo notório na cidade de Lisboa a proporção de episódios por atropelamentos em indivíduos com mais de 75 anos.

Em 2012, nos hospitais do Concelho de Lisboa<sup>74</sup> ocorreram 464 episódios de acidente (vítimas provenientes de toda a Região Sul) que se traduziram em 5 636 dias de internamento. Destes episódios ocorreram 24 mortes (5%) e 134 encaminhamentos para outras instituições com internamento. 116 destes episódios corresponderam a vítimas de acidentes residentes em Lisboa com um contributo de 1 614 dias de internamento (28,6%) dos dias de internamento nestes hospitais pela mesma causa.

**Quadro 68 - Nº episódios hospitalares por tipo de vítima de acidente de viação e nº total de dias de internamento, em 2012<sup>75</sup>**

Território	Motorizados	Pedestres	Ciclistas	Total de episódios	Total de dias de Internamento
RLVT	711	210	8	929	10642
Grande Lisboa	309	125	6	440	4452
Lisboa	81	34	1	116	1614

Fonte: Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012



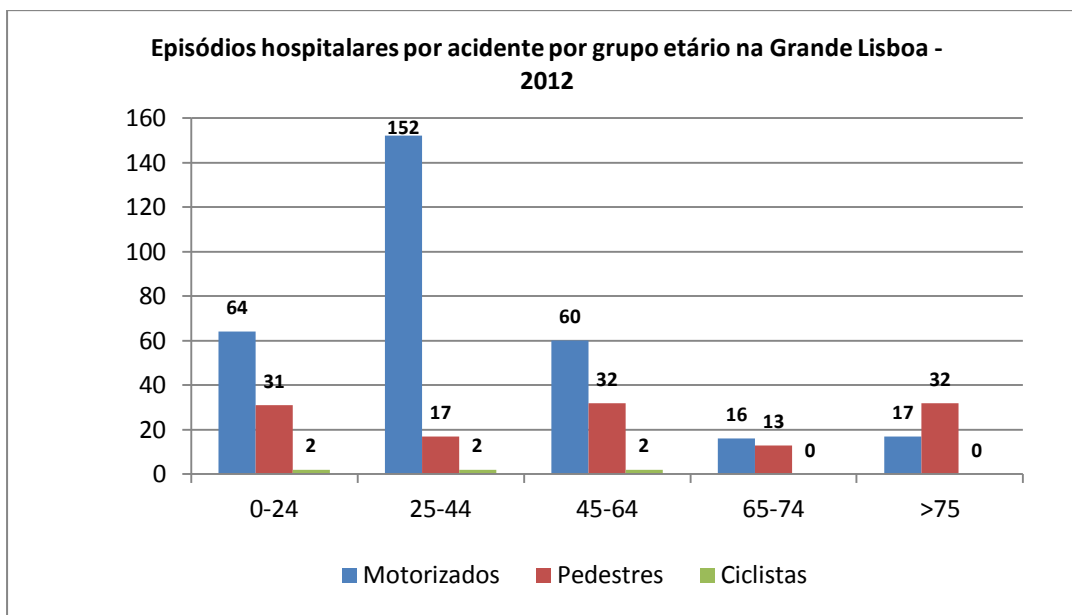
**Figura 26 - Nº de episódios hospitalares por tipo de acidentado e por grupo etário na ARSLVT, em 2012**

Fonte: Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012

<sup>73</sup> Base de Dados GDH da ACSS, atividade dos Hospitais da RLVT de 2012 (ver Anexo 4)

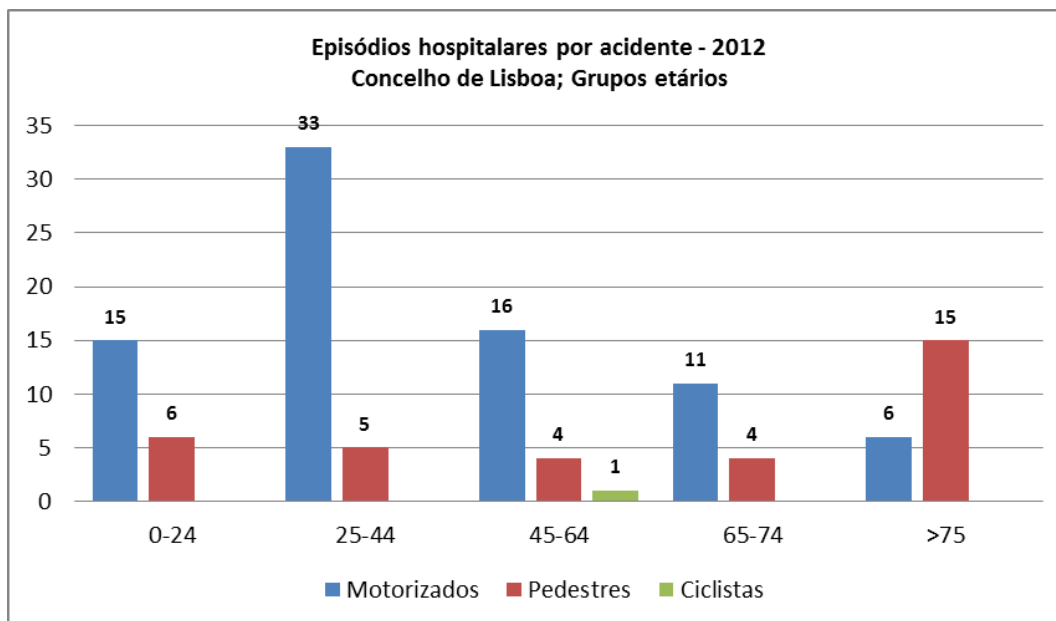
<sup>74</sup> Os Hospitais do Concelho de Lisboa são Hospitais Centrais, com uma área de influência alargada – Centro Hospitalar Lisboa Norte; Centro Hospitalar Lisboa Central; Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

<sup>75</sup> Trata-se de episódios (urgência, internamento) e não doentes. O mesmo doente pode ter mais do que um episódio no mesmo ano.



**Figura 27 - Nº de episódios hospitalares por tipo de acidentado e por grupo etário na área da Grande Lisboa, em 2012**

Fonte: Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012



**Figura 28 - Nº de episódios hospitalares por tipo de acidentado e por grupo etário no Concelho de Lisboa, em 2012**

Fonte: Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012

## Doenças Infeciosas

A morbidade e a mortalidade por doenças infecciosas têm tido um decréscimo significativo e sustentado desde a implementação do Programa Nacional de Vacinação (PNV), em 1965. No entanto, apesar das melhorias expressivas registadas, a incidência de tuberculose e de infeção por VIH em Portugal é ainda muito elevada, quando comparada com a média dos 5 países da UE com as taxas de incidência mais baixas (Perfil de Saúde de Portugal – PNS, Janeiro 2013).

**Quadro 69 - Nº de óbitos por todas as causas e por doenças infecciosas e parasitárias e sua per milagem, entre 2006-2011**

Território	Todas as idades			<65 anos		
	Todas as causas	Doenças Infeciosas e parasitárias	‰	Todas as causas	Doenças Infeciosas e parasitárias	‰
Continente	593 247	14 544	24,5	105 355	5 563	52,
Grande Lisboa	111 054	3 888	35,0	22 863	2 011	88,0
Lisboa	43 280	1 541	35,6	7 127	702	98,5

Fonte: INE

Em média, nos últimos 6 anos ocorreram no Concelho de Lisboa 117 mortes por ano por doenças infecciosas e parasitárias abaixo dos 65 anos. Tal representa cerca de 100 em cada 1000 mortes por todas as causas, proporção superior à verificada na Grande Lisboa e no Continente.

**Quadro 70 - Nº de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, em todas as idades, entre 2006-2011**

Território		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Continente	Todas as idades	2 445	2 365	2 527	2 489	2 539	2 179
	<65 anos	1 033	1 052	934	897	856	791
Grande Lisboa	Todas as idades	713	637	698	647	653	540
	<65 anos	404	372	335	341	300	259
Lisboa	Todas as idades	271	264	289	251	274	192
	<65 anos	136	134	118	122	109	83

Fonte: INE

## Doenças de Declaração Obrigatória

Embora as Doenças de Declaração Obrigatória (DDO) se encontrem em geral subnotificadas, dão ainda assim uma indicação da dimensão relativa e das características de algumas doenças infecciosas. No quadro seguinte apresentam-se as principais DDO notificadas no Concelho de Lisboa entre 2010 e 2012

**Quadro 71 - Nº de casos de Doenças de Declaração Obrigatória notificados no concelho de Lisboa, entre 2010-2013**

DDO	CID-10	Anos			Total
		2010	2011	2012	
<b>Total</b>		<b>295</b>	<b>294</b>	<b>446</b>	
Tuberculose	A15-A19	190	207	230	627
Infecção Gonocócica	B55	29	28	54	111
Sífilis Congénita	A50	0	1	0	1
Sífilis Precoce	A51	35	19	70	94
Hepatite B	B17.1	4	2	3	9
Hepatite C	B15-17	1	1	1	1
Hepatite A	B15	2	2	1	5
Doença dos Legionários	A48.1	7	8	6	21

Fonte: ARSLVT - Sistema de Informação do Departamento de Saúde Pública.

## Doenças Declaração Obrigatória Evitáveis pela Vacinação

**Quadro 72 - Nº de Doenças de Declaração Obrigatória potencialmente evitáveis pela vacinação, no concelho de Lisboa, entre 2010-2012<sup>76</sup>**

Vacina	DDO	Anos			Total
		2010	2011	2012	
PNV					2010/2012
BCG	Tuberculose	190	207	230	627
MenC	Meningite Meningocócica/ Infeção Meningocócica	2	3	2	7
VHB	Hepatite B	4	2	3	9
VASPR	Parotidite	6	6	4	16
Hib	Infecção por <i>H. Influenzae</i>	2	1	13	16
DTP	Tosse Convulsa	1	3	14	18

Fonte: ARSLVT - Sistema de Informação do Departamento de Saúde Pública.

<sup>76</sup> Na leitura deste quadro deve ter-se em atenção: A vacina BCG não evita a tuberculose apenas confere proteção relativamente ao desenvolvimento de complicações; a vacina da Meningite apenas confere proteção para a Meningite C - os casos notificados poderão ser de outros tipos de meningite.



## Tuberculose

A Tuberculose é a Doença de Declaração Obrigatória com maior relevância epidemiológica no País e também na cidade de Lisboa, dada a sua magnitude no conjunto das outras doenças, a sua evolução prolongada e a sua frequente associação a determinantes socioeconómicos e outras comorbilidades. Encontra-se ainda assim subnotificada, como se verifica quando se comparam os dados do sistema de DDO e o SVIG-TB<sup>77</sup>.

**Quadro 73 - Nº de casos de tuberculose notificados no concelho de Lisboa, entre 2010-2012**

DDO	CID-10	Anos			Total
		2010	2011	2012	
TB Respiratória	A15-A16	183	194	217	594
Tuberculose do SNC	A17	1	1	2	4
Tuberculose Miliar ou Disseminada	A19	6	12	11	29

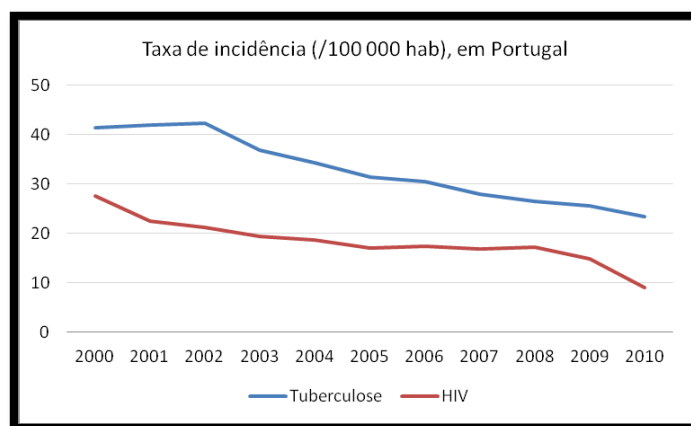
Fonte: ARSLVT - Sistema de Informação do Departamento de Saúde Pública.

Entre 2000 e 2010, a taxa de incidência de tuberculose em Portugal baixou de 41,3% para 23,4% e a de VIH de 27,6% para 9,0% (por 100 000 habitantes) (WHO, Health for All Database, 2012) (PNS – Perfil de Saúde de Portugal, 2013).

**Quadro 74 - Taxas de incidência de tuberculose e VIH (/100 000 hab), em Portugal e UE (5 melhores valores), em 2010**

	Incidência de tuberculose	Incidência de VIH
Portugal	23,4	9,0
Média 5 melhores valores UE	3,7	1,3

Fonte: Perfil de Saúde de Portugal (PNS), 2013)



**Figura 29 - Taxa de incidência da tuberculose e VIH, em Portugal, entre 2000-2010**

Fonte: PNS – Perfil de Saúde de Portugal, 2013

<sup>77</sup> Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose

Em 2012, foram diagnosticados 2 480 casos de tuberculose em Portugal, incluindo casos novos e tratamentos. A incidência de tuberculose foi de 2 286 casos, dos quais 1901 são nacionais e 385 estrangeiros. Estes dados representam um decréscimo relativamente à taxa de incidência definitiva em 2011 (23/100 000 habitantes) de 6,1%. Apesar de se continuar a assistir a uma diminuição constante da taxa de incidência, Portugal continua a ser um país de incidência intermédia – o único da Europa Ocidental (Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, 2012)<sup>78</sup>.

Em Portugal, a taxa de Incidência de tuberculose foi de 21,6/100 000 habitantes e no território da ARSLVT de cerca de 30/ 100 000 habitantes, e no Concelho de Lisboa 41/100 000 habitantes (SVIG-TB; Dados provisórios, consulta a 3-6-2013; Denominador – estimativas da população residente 2011).

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.

**Quadro 75 - Nº de casos de tuberculose no concelho de Lisboa entre 2010-2012 e na RLVT em 2012**

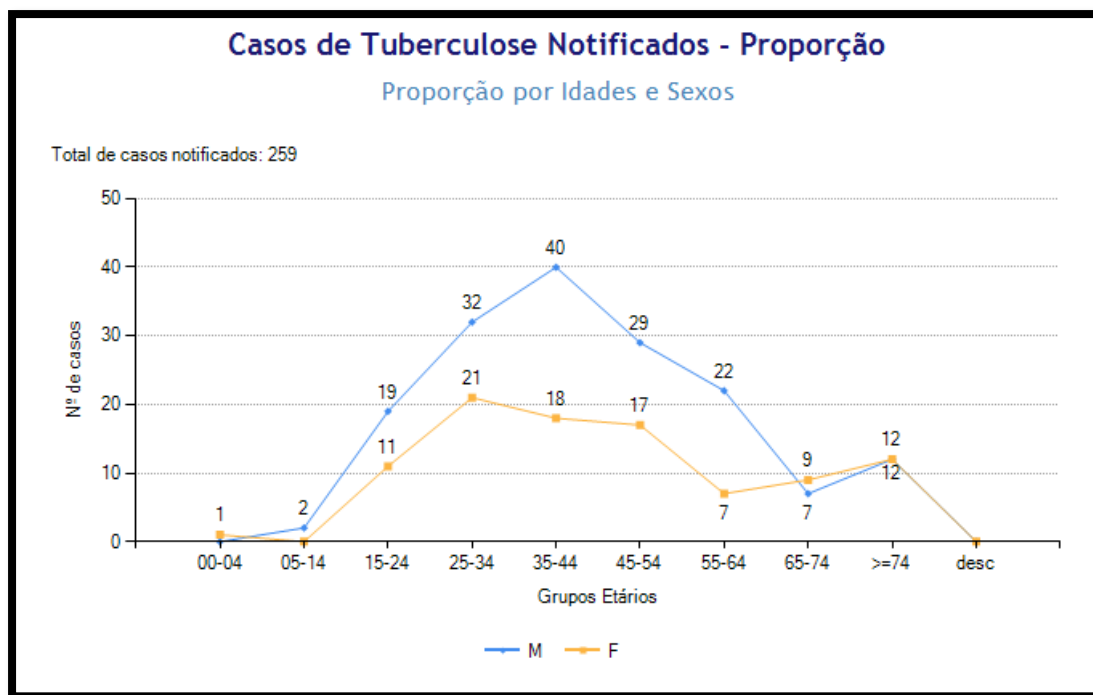
	Concelho de Lisboa			RLVT
	2010	2011	2012*	2012
Número de casos novos	244	244	227	985
Nº de tratamentos	26	24	31	91

*Fonte: SVIG-TB; Sistema de Informação do Departamento de Saúde Pública; \* Dados provisórios*

Cerca de 25% dos novos casos de tuberculose ocorrem associados a doentes com SIDA, e cerca de 30% são de indivíduos de outras nacionalidades.

Em Lisboa como nos demais territórios a maioria dos casos notificados é do sexo masculino e da faixa etária dos 35-44 anos (Figura 30).

<sup>78</sup> Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho (dados provisórios) - 24 de março de 2013



**Figura 30 - Distribuição dos casos de tuberculose notificados por idade e sexo, no Concelho de Lisboa, em 2012**

Fonte: SVIG-TB. Consulta em 03.06.2013 (Ano 2012 - Dados provisórios)

Considerando os dados dos episódios dos doentes tratados nos hospitais da ARSLVT, agrupados em Grupos de Diagnóstico Homogêneos, verifica-se que as tuberculosas pulmonares tratadas apresentam internamentos prolongados, em média entre os 22 a 27 dias.

**Quadro 76 - Nº de episódios hospitalares nos hospitais da ARSLVT por tuberculose pulmonar por grupos etários e por área de residência do doente, e dias de internamento, em 2012**

Área de residência	Grupo etário					Total	Dias de internamento
	0-24	25-44	45-64	65-74	>75		
RLVT	28	85	74	13	24	224	5.730
Grande Lisboa	16	54	42	11	16	139	3.153
Lisboa	2	8	16	6	7	39	1.075

Fonte: Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012

**Quadro 77 - Nº de episódios hospitalares por outras tuberculoses nos hospitais da ARSLVT por área de residência do doente e por grupo etário, e dias de internamento, em 2012**

Área de residência	Grupo etário					Total	Dias de internamento
	0-24	25-44	45-64	65-74	>75		
ARSLVT	14	38	28	12	21	113	2.143
Grande Lisboa	11	29	19	7	14	80	1.583
Lisboa	3	5	3	3	5	19	331

Fonte: Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012

**VIH/SIDA**

A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é reconhecida internacionalmente como uma ameaça ao desenvolvimento social e económico das populações e constitui uma prioridade no Plano Nacional de Saúde, sendo um dos programas nacionais prioritários.<sup>79</sup>

Em 2011, foram notificados em Portugal Continental 1 962 casos de infeção VIH, dos quais 50% (986) foram diagnosticados no mesmo ano. Em 63% dos casos a transmissão ocorreu através de comportamentos heterossexuais, em 27% dos casos através de comportamentos homo/bissexuais e 10% em contexto de toxicodependência.

O Concelho de Lisboa apresenta uma elevada prevalência de notificação, com um cúmulo atual de 7 600 casos desde o início da epidemia, correspondendo a cerca de 50% do total de casos da Grande Lisboa - 15 128 casos.

Constata-se também que no atual contexto de crise socioeconómica há uma exposição aumentada ao VIH.

Estes dados reforçam a necessidade de continuar a desenvolver ações para promover o teste do VIH, reduzir a proporção de casos não diagnosticados e aumentar a adesão atempada à terapêutica. As diferenças encontradas entre géneros apontam no sentido de que estas estratégias devem ser apropriadas às necessidades específicas.

<sup>79</sup> Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional para a Infeção VIH-SIDA – Orientações Programáticas

## Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis

As infeções de transmissão sexual (ITS), particularmente clamídia, gonorreia e sífilis têm apresentado um recrudescimento em diversos países da Europa.

Em 2010, Portugal apresentava uma incidência de sífilis congénita elevada em relação a outros países da Europa (ECDC/The European Surveillance System).

Entre 2000 e 2005 a Rede Sentinela para as infeções sexualmente transmissíveis reportou 5 020 casos diagnosticados, dos quais 3 374 em instituições localizadas na cidade de Lisboa (Hospital Curry Cabral, Hospital do Desterro, DROP-IN do Intendente e Consulta de IST do Centro de Saúde da Lapa). 39% do total dos casos eram infeções a HPV (Vírus do papiloma humano) e 9% VIH.

Entre 2009 e 2012 os utilizadores da Consulta de IST da Lapa apresentaram uma incidência de IST de 39,6%<sup>80</sup>.

**Quadro 78 - Nº de casos diagnosticados na consulta de IST do Centro de Saúde da Lapa, entre 2009-2012**

DST	Nº de casos diagnosticados	
	N	%
VIH	298	10,9
Clamídia	506	18,5
Sífilis recente	332	12,1
Gonorreia	337	12,3
Outros Diagnósticos	1267	46,2
<b>Total</b>	<b>2740</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Consulta de IST do Centro de Saúde da Lapa

Uma análise realizada nesta consulta em 2011, na população utilizadora com menos de 24 anos, revelou patologia em 231 dos 459 indivíduos que acorreram à consulta (50%) com os diagnósticos apresentados no Quadro 79.

<sup>80</sup> Dados referentes a 6 918 utilizadores (potencial população de risco) provenientes de Lisboa e arredores, dos quais 2 740 apresentavam patologia.

**Quadro 79 - Nº de casos diagnosticados em utentes com < 24 anos na consulta de IST do Centro de Saúde da Lapa, em 2011**

IST	Nº de casos diagnosticados	
	N	%
VIH	11	2,4
Clamídia	54	11,8
Sífilis recente	20	4,4
Gonorreia	29	6,3
Infeção HPV	42	9,2
Outras	231	50,3
<b>Total</b>	<b>459</b>	<b>100</b>

Fonte: Consulta de IST do Centro de Saúde da Lapa

## Tumores Malignos

Os últimos dados publicados do Registo Oncológico Nacional reportam-se a 2006 e resumiram-se no quadro seguinte:

**Quadro 80 - Incidência dos tumores malignos mais frequentes por sexo no distrito de Lisboa, em 2006**

	HM		H		M	
	Nº	Taxa padronizada	Nº	Taxa padronizada	Nº	Taxa padronizada
Total Tumores Malignos	9198	318,6	5001	390,2	4197	267,8
Mama	1360	49,8	15	1,0	1345	91,0
Próstata	1288	96,8	1288	96,8	-	-
Cólon	1045	33,8	584	44,7	461	25,8
Reto	510	16,5	316	23,9	194	10,9
Traqueia, Brônquios e Pulmão	641	22,6	500	39,3	141	9,4
Estômago	453	14,6	265	20,3	188	10,3
Linfoma não Hodgkin	378	13,4	186	15,2	192	11,7
Bexiga	346	10,8	271	20,3	75	4,0
Corpo do útero	215	13,4	-	-	215	13,4
Colo do útero	176	13,2	-	-	176	13,2
Melanoma	199	7,3	92	7,6	107	7,2

Fonte: Registo Oncológico Nacional – IPOLFG – EPE, Lisboa, Portugal, 2013

Em 2012, acorreram à Junta Médica de Avaliação de Incapacidade das Unidades de Saúde Pública para obtenção de atestado multiuso 2 076 indivíduos com doença neoplásica residentes na cidade de Lisboa.

Ocorreram em 2011 no concelho de Lisboa 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 efetivamente a uma maior incidência ou prevalência destas patologias, ou a um melhor diagnóstico quer da doença quer da causa de morte.

**Quadro 81 - Nº de óbitos por tumor maligno, em 1981, 2001, 2009, 2010 e 2011**

Territórios	Óbitos por tumores malignos					
	Anos	1981	2001	2009	2010	2011
Continente		13635	20958	23190	23805	24471
RLVT		5320	8047	8838	9087	9264
Grande Lisboa		3293	4596	5038	5145	5121
Lisboa		1973	1909	1861	1904	1828

Fonte: Pordata em 2013-05-16

**Quadro 82 - Taxas de mortalidade padronizadas por tumor maligno, por sexo e em todas as idades, entre 2009-2011**

Território	HM	H	M
Continente	156,2	216,1	186,0
Lisboa e Vale do Tejo	164,6	226,1	201,3
Concelho de Lisboa	178,4	251,8	304,1

Fonte: INE

**Quadro 83 - Taxas de mortalidade padronizadas por tumor maligno, por sexo e na idade inferior a 65 anos, entre 2009-2011**

Território	HM	H	M
Continente	69,6	90,4	104,2
Lisboa e Vale do Tejo	73,6	92,4	115,3
Concelho de Lisboa	87,3	109,1	143,4

Fonte: 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 do tumor do aparelho respiratório através da modificação dos comportamentos de exposição ao fumo de tabaco e à poluição.

**Quadro 84 - Taxa de mortalidade padronizadas em todas as idades por tumor maligno do cólon e reto, entre 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: INE

**Quadro 85 - Taxas de mortalidade padronizadas nos indivíduos com < 65 anos por tumor maligno do cólon e reto, entre 2009-2011**

Território	HM	H	M
Continente	7,6	9,7	11,3
Lisboa e Vale do Tejo	8,4	10,8	12,4
Concelho de Lisboa	8,5	11,7	12,0

Fonte: INE

**Quadro 86 - Taxas de mortalidade padronizadas no sexo feminino por tumor maligno da mama, entre 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: INE

A mortalidade por tumor do cólon e reto para todas as idades apresenta em Lisboa valores claramente superiores aos da Região e do Continente no sexo feminino. Também a mortalidade por tumor da laringe traqueia e pulmão apresenta valores mais elevados quer na totalidade da população quer nos mais jovens e para ambos os sexos.

**Quadro 87 - Taxas de mortalidade padronizadas em todas as idades por tumor maligno da laringe, traqueia e pulmão, entre 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: INE



**Quadro 88 - Taxas de mortalidade padronizadas nos indivíduos com < 65 anos por tumor maligno da laringe, traqueia e pulmão, entre 2009-2011**

Território	HM	H	M
Continente	14,4	24,7	10,3
Lisboa e Vale do Tejo	15,0	25,1	12,1
Lisboa	21,0	33,0	21,8

Fonte: INE

Em 2012, nos hospitais da cidade de Lisboa ocorreram 256 episódios de internamento por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão de indivíduos residentes em Lisboa, correspondendo a 3 446 dias de internamento.

A carga de doença neoplásica do aparelho respiratório em 2012 traduziu-se em 1 079 episódios hospitalares de residentes na RLVT, e 250 do Concelho de Lisboa. 40% dos episódios correspondem à faixa etária dos 45-64 anos; e cerca de 30% ao grupo etário dos 65-75 anos.

**Quadro 89 - Nº de episódios hospitalares e nº de dias de internamento por área de residência do doente, nos hospitais da ARSLVT, por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, em 2012**

Território	Grupos etários					Total	Dias de internamento
	0-24	25-44	45-64	65-74	>75		
RLVT	2	43	434	342	258	1 079	14 193
Grande Lisboa	1	27	273	174	157	632	8 575
Concelho de Lisboa		7	100	73	70	250	3 446

Fonte: Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012

Dos 255 episódios ocorridos nos hospitais de Lisboa, 91 (35,7%) terminaram na morte do doente.

## Diabetes

De acordo com o Relatório Nacional de Observação da Diabetes de 2012, é de esperar uma prevalência de Diabetes na população portuguesa dos 20 aos 79 anos em 2011 da ordem dos 12,7%, compreendendo 7,2% de casos diagnosticados e 5,5% de casos não diagnosticados. Estes valores sobrepõem-se aos encontrados na Região e Concelho de Lisboa apontando para a necessidade de apostar num diagnóstico mais precoce, suscetível de minimizar no futuro as complicações de longo prazo da doença.

### Quadro 90 - População inscrita em Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de diabetes, em 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	5,6
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 de 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%

### Quadro 91 - Percentagem da população inscrita com > 20 anos com Diabetes diagnosticada, em 31-12-2012

Área Geográfica / Serviço	Nº Diabéticos	Nº Inscritos	Prevalência de Diabetes Diagnosticada
RLVT	180 095	2 762 424	6,5
Grande Lisboa	88 733	1 474 277	6,0
Concelho de Lisboa*	24 720	385 131	6,4

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

Mais recentemente o estudo e-COR, anteriormente citado, encontrou uma prevalência de 9,7% na amostra estudada (13,0% nos homens e 6,1% nas mulheres), 1% entre os 18 - 34 anos, 6,3% entre os 35 - 64 anos e 20,5% acima dos 65 anos.

**Quadro 92 - Percentagem de diabéticos diagnosticados na população inscrita em Cuidados de Saúde Primários com > 20 anos, em 2012**

% Diabéticos nos utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários	Grupos etários		
	20-34	35-64	>65
RLVT	0,38	5,18	17,49
Grande Lisboa	0,35	4,82	16,40
Concelho de Lisboa	0,35	4,94	15,63

Fonte: SIARS – Sistema de Informação da ARSLVT;

A persistência de um nível elevado de glicemia, mesmo quando não estão presentes os sintomas para alertar o indivíduo para a presença de Diabetes ou para a sua descompensação, resulta em lesões nos tecidos. Embora a evidência dessas lesões possa ser encontrada em diversos órgãos, é nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular, que se manifestam as mais importantes, e frequentemente fatais, complicações da Diabetes.

Em praticamente todos os países desenvolvidos, a Diabetes é a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores. A Diabetes constitui, atualmente, uma das principais causas de morte, principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral.<sup>81</sup>

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia 27% dos insuficientes renais crónicos a nível nacional, em 2011, eram diabéticos, bem como 32% dos novos casos entrados em hemodiálise.

Em 2012, entre os residentes no Concelho de Lisboa ocorreram nos hospitais da ARSLVT, 41 episódios hospitalares de amputações por complicações de diabetes.

**Quadro 93 - Nº de episódios hospitalares<sup>82</sup> nos hospitais da ARSLVT por complicações circulatorias periféricas de diabetes (Ex.: angiopatia periférica/ gangrena) com amputações no mesmo episódio, por grupo etário e área de residência, em 2012**

Área de residência	Grupos etários					Total	Dias de internamento
	0-24	25-44	45-64	65-74	>75		
RLVT	0	7	125	119	152	403	9 888
Grande Lisboa	0	4	73	65	81	223	6 733
Concelho de Lisboa	0	2	14	11	14	41	2 630

Fonte: Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012

<sup>81</sup> Diabetes, Factos e números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal, 2013

<sup>82</sup> Trata-se de nº de episódios (Internamentos) e não de doentes. O mesmo doente pode ter mais do que um episódio.

Em 2010, a Diabetes representou cerca de sete anos de vida perdida por cada óbito por Diabetes na população com idade inferior a 70 anos.

**Quadro 94 - Nº de óbitos por diabetes em 1981, 2001 e entre 2009-2011**

Territórios	Nº óbitos por Diabetes					
	Anos	1981	2001	2009	2010	2011
Continente		1034	3712	4271	4442	4251
RLVT		-	7	1597	1735	1576
Grande Lisboa		-	-	706	812	725
Lisboa		133	320	266	297	258

Fonte: Pordata em 2013-05-16

## Hipertensão Arterial (HTA)

A tensão arterial elevada é a principal causa de morte e a segunda causa de incapacidade em todo o mundo, contribuindo para 7,6 milhões de mortes prematuras (cerca de 14% do total) e 92 milhões de DALYs (6% do total). Os danos causados pela HTA manifestam-se nos seus efeitos cardiovasculares e na doença renal. Em todo o mundo a HTA é responsável por 62% dos acidentes vasculares cerebrais e 49% da doença coronária. Os custos da HTA estimam-se em 5-15% do PIB nos países desenvolvidos<sup>83</sup>. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão 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<sup>84</sup>.

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. Um estudo realizado em estudantes do secundário de oito escolas da Região de Lisboa com idades entre os 15-17 anos, revelou hipertensão em 11% (grau 1 – 7%; grau 2 – 4%), para além de outros fatores de risco cardiovasculares. 12% da amostra estudada apresentava três fatores de risco associados<sup>85</sup>.

As bases de dados das consultas em Cuidados de Saúde Primários apontam para a existência de cerca de 88 500 hipertensos diagnosticados (21% dos utentes acima dos 20 anos), valor inferior ao esperado com base nos estudos populacionais citados.

<sup>83</sup> Revista Panam Salud Publica – “Reducing salt intake to prevent hypertension and cardiovascular disease”

<sup>84</sup> <http://www.sphta.org.pt/pt/default.asp>

<sup>85</sup> Perfil de risco cardiovascular de estudantes do ensino secundário – INSA, artigos breves, nº6

Fatores de risco considerados: excesso de peso/obesidade, tabagismo, hipertensão, anomalias do metabolismo da glicose, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, antecedentes familiares de eventos cardiovasculares prematuros.

**Quadro 95 - População inscrita em Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de hipertensão arterial, 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
	%	0,0	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: SIARS – Sistema de Informação da ARSLVT; \* % de inscritos com Médico de Família – 87%

No estudo e-COR, sobre a prevalência de fatores de risco cardiovascular na amostra estudada da população portuguesa, aponta-se para uma prevalência de HTA de 49,4 %. O último estudo conhecido (PAP) apontava para 36,1% de hipertensos na população da RLVT dos 18 aos 90 anos e o estudo da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (PHYSA Study) para 42,2% em Portugal.

**Quadro 96 - Percentagem da população inscrita nos Cuidados de Saúde Primários maior de 20 anos com HTA diagnosticada, em 2012**

Região/ ACES	Hipertensos	Inscritos	Prevalência da Hipertensão diagnosticada
RLVT	596 136	2 962 215	20,1
Grande Lisboa	303 941	1 576 635	19,3
Concelho de Lisboa	88 398	425 541	20,8

Fonte: SIARS – Sistema de Informação da ARSLVT

Apesar do envelhecimento da população, em Lisboa como no resto do território o número de mortes por doenças do aparelho circulatório tem vindo a diminuir ao longo dos anos.

**Quadro 97 - Nº de óbitos por doenças do aparelho circulatório, em 1981, 2001 e entre 2009-2011**

Territórios	Óbitos por doenças do aparelho circulatório					
	Anos	1981	2001	2009	2010	2011
Continente		39 417	38 483	31 763	32 176	30 123
RLVT		13 747	14 399	12 162	12 389	11 545
Grande Lisboa		8 002	7 310	6 775	6 620	6 144
Lisboa		5 015	3 566	2 840	2 738	2 357

Fonte: Pordata em 2013-05-16

Contudo, e sobretudo nas idades mais jovens, as taxas de mortalidade para estas doenças são superiores no concelho de Lisboa quer em relação ao continente e ao território da ARSLVT, como em relação à maioria dos concelhos da Grande Lisboa<sup>86</sup>.

**Quadro 98 - Taxas padronizadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, doenças isquémicas do coração e doenças cerebrovasculares em todas as idades, em 2009-2011**

	Dça Aparelho Circulatório	Dça Isquémicas do coração	Dça Cerebrovascular
Código CID 10	100-199	120-125	160-169
Continente	161,8	38,1	68,3
RLVT	175,3	52,1	67,3
Lisboa	178,2	61,9	61,1

Fonte: INE

**Quadro 99 - Taxas padronizadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, doenças isquémicas do coração e doenças cerebrovasculares em indivíduos com < 65 anos, em 2009-2011**

	Dça Aparelho Circulatório	Dça Isquémicas do coração	Dça Cerebrovascular
Código CID 10	100-199	120-125	160-169
Continente	25,1	9,0	8,9
ARSLVT	29,9	12,5	9,5
Lisboa	37,7	16,3	10,8

Fonte: INE

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.

**Quadro 100 - Nº de episódios hospitalares e nº de dias de internamento por acidente isquémico transitório nos hospitais da ARSLVT, por grupo etário e área de residência, em 2012**

Área de residência	Grupos etários					Total	Dias de internamento
	0-24	25-44	45-64	65-74	>75		
RLVT	2	34	139	171	319	665	3 434
Grande Lisboa	2	21	86	105	190	404	2 179
Lisboa	1	2	27	33	93	156	842

Fonte: Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012

<sup>86</sup> Apenas os concelhos da Amadora e de Mafra apresentam taxas superiores de mortalidade para a doença cerebrovascular abaixo dos 65 anos (13,8% e 11,9% respetivamente)

**Quadro 101 - Nº de episódios hospitalares nos hospitais da ARSLVT e nº de dias de internamento por acidente vascular cerebral por grupo etário e área de residência, em 2012**

Território	Grupos etários					Total	Dias de internamento
	0-24	25-44	45-64	65-74	>75		
RLVT	14	77	471	512	1 138	2 212	73 690
Grande Lisboa	8	59	401	430	1 048	1 946	43 203
Lisboa	5	26	180	190	640	1 041	13 707

Fonte: Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012

**Doença Mental**

A cidade de Lisboa uniu-se às cidades vizinhas, fundindo-se numa grande área metropolitana onde habita um número excessivo de pessoas, num gigantismo crescente onde o contraste entre a miséria e a riqueza é visível nas zonas de coexistência de bairros degradados com bairros de luxo.

No meio urbano a palavra-chave é a concentração, isto é, a exposição permanente a grandes quantidades de estímulos.

Lisboa é procurada e idealizada como um lugar de melhor nível de vida, de mobilidade e de acessibilidade, mas a concentração funciona como um obstáculo à concretização desse ideal.

O excesso de estimulação provoca sobrecarga, porque a capacidade do ser humano para processar a informação é limitada. Para preservarmos o equilíbrio, a privacidade e a funcionalidade, temos de ignorar a maioria dos acontecimentos à nossa volta – os estímulos periféricos – e centrar a atenção num leque restrito de estímulos.

Dado que no dia-a-dia fazemos esse processamento de acordo com os nossos objetivos e os interesses individuais, defendemo-nos com reações de inibição e de evitamento, ficando reservados e indiferentes. Assim, os espaços públicos deixam de ser espaços de relação e tornam-se espaços de “encontrão”, geradores de sentimentos de insegurança, realidade esta que incentiva a procura de relações virtuais mediadas pela tecnologia – é a procura da “segurança” na solidão do meio urbano.

O stress urbano não é novo – houve uma modificação das suas fontes. O que amplia a agressão sobre os indivíduos na cidade é o facto de estes fatores coexistirem num mesmo espaço e tempo e serem crónicos e repetitivos.

As experiências de stress podem causar vulnerabilidade e disfunção psicológica. O stress psicológico enfraquece a resistência do indivíduo (hospedeiro) à infeção, através de alterações por mediação neuro endócrina na imunocompetência, o que contribui para um aumento das taxas de doenças infecciosas (Leonard & Song, 1996).

A concentração humana na cidade é um fator de aparecimento de doença, designadamente das doenças infecciosas e das doenças ditas “da civilização”, mas também das doenças mentais.

O estudo “*The Global Burden of Disease*” (2010) evidenciou que na Europa as perturbações psiquiátricas eram responsáveis por aproximadamente 40% dos anos vividos com incapacidade, ocupando lugar entre as 10 principais causas gerais de incapacidade, concorrendo, para isso, a depressão, o alcoolismo, a esquizofrenia e a doença bipolar.

De acordo com última revisão publicada deste estudo em 2010, as perturbações depressivas eram já a 3ª causa de carga global de doença (1ª nos países desenvolvidos), prevendo-se que venham a constituir a 1ª causa a nível mundial em 2030, com agravamento expectável das taxas de suicídio e para-suicídio que lhe estão associadas.

Por outro lado, de referir que para além do seu contributo direto para a carga global das doenças, as perturbações psiquiátricas possuem ainda um efeito indireto mediado pela existência de uma interação complexa com outras comorbilidades e estilos de vida disfuncionais, designadamente as doenças cardiovasculares, as doenças metabólicas, o consumo de substâncias (álcool, estupefacientes, etc.), os acidentes de viação e os acidentes de trabalho.

Acresce ainda, que, nestas situações, o estigma e a exclusão social se apresentam tanto como fatores de risco como consequências de doenças mentais, podendo assim criar muitas barreiras quer na procura de ajuda, quer no próprio processo de recuperação.

Num estudo de 2008<sup>87</sup> relativo à prevalência das perturbações mentais mais comuns em países da União Europeia, Portugal apresentava valores comparativamente baixos em relação aos países estudados, após ajustamento para fatores demográficos e dos serviços de saúde.

---

<sup>87</sup> Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal of Psychiatry*, 192 (2008)



**Quadro 102 - Prevalência e valores máximo e mínimo de depressão e outras síndromes em Portugal e outros países da Europa, em. 2004**

Síndromes Psiquiátricas	Portugal n - 1180		Total países n - 7209			
	H	M	Valor máximo		Valor mínimo	
			H	M	H	M
Depressão Major	6,5	17,8	12,7	18,4	4,4	11,4
			Reino Unido	Reino Unido	Eslovénia	Holanda
Outras Perturbações ansiosas	2,4	8,2	8,4	20,1	2,0	3,0
			Reino Unido	Espanha	Holanda	Eslovénia
Perturbação de pânico	5,8	13,3	8,8	13,3	3,1	3,4
			Reino Unido	Portugal	Holanda	Holanda

*Fonte:* Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. The British Journal of Psychiatry, 192 (2008)

Também, no que se refere às patologias psiquiátricas mais pesadas, a incidência de pedidos de Internamento Compulsivo (segundo a literatura) apresenta valores que variam de 200/100 000Hab. na Finlândia e 24/100 000Hab. na Dinamarca<sup>88</sup>. Em Portugal encontraram-se no mesmo estudo, valores de 6/100 000Hab., mas no levantamento realizado no ex-ACES Lisboa Oriental entre 2011 e 2012 encontrou-se uma taxa de 28/100 000 habitantes<sup>89</sup>.

**Quadro 103 - Mandados de condução por descompensação psiquiátrica, entre 2010-2012**

	Nº Mandatos de condução por descompensação psiquiátrica		
	2010	2011	2012
ACES NORTE	19	37	54
Ex - ACES ORIENTAL	34	46	46
Ex - ACES CENTRAL	nd	67	72

*Fonte:* Sistemas de Informação dos Agrupamentos de Centros de Saúde

Neste trabalho e de acordo com os dados entretanto levantados nos ACES, concluiu-se que o doente padrão é em geral do sexo masculino, tem entre 30 e 60 anos de idade, e apresenta como principal motivo da condução um quadro de agressividade em contexto de psicose, sendo o diagnóstico mais frequentemente presente o de esquizofrenia.

Verifica-se que cerca de 2/3 destes doentes são internados, mas em 10 a 20% dos processos a informação é de pouca qualidade, quer na instrução do processo de condução quer ao nível do serviço de urgência, desconhecendo-se o seu destino em 13% dos casos.

<sup>88</sup> Stefano et al, *Int J Mental Health*, 2008

<sup>89</sup> Trabalho realizado por internos do Ano Comum – André Caetano, João Pinto e Susana Alves

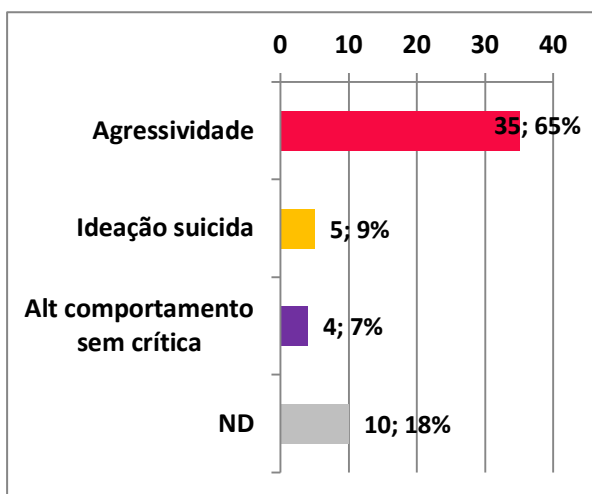


Figura 31 - Principais motivos de condução à urgência hospitalar no ACES Lisboa Oriental, entre Outubro 2011 e Setembro 2012

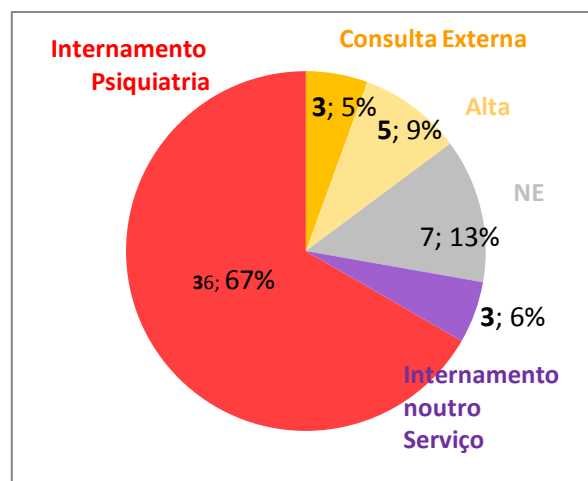
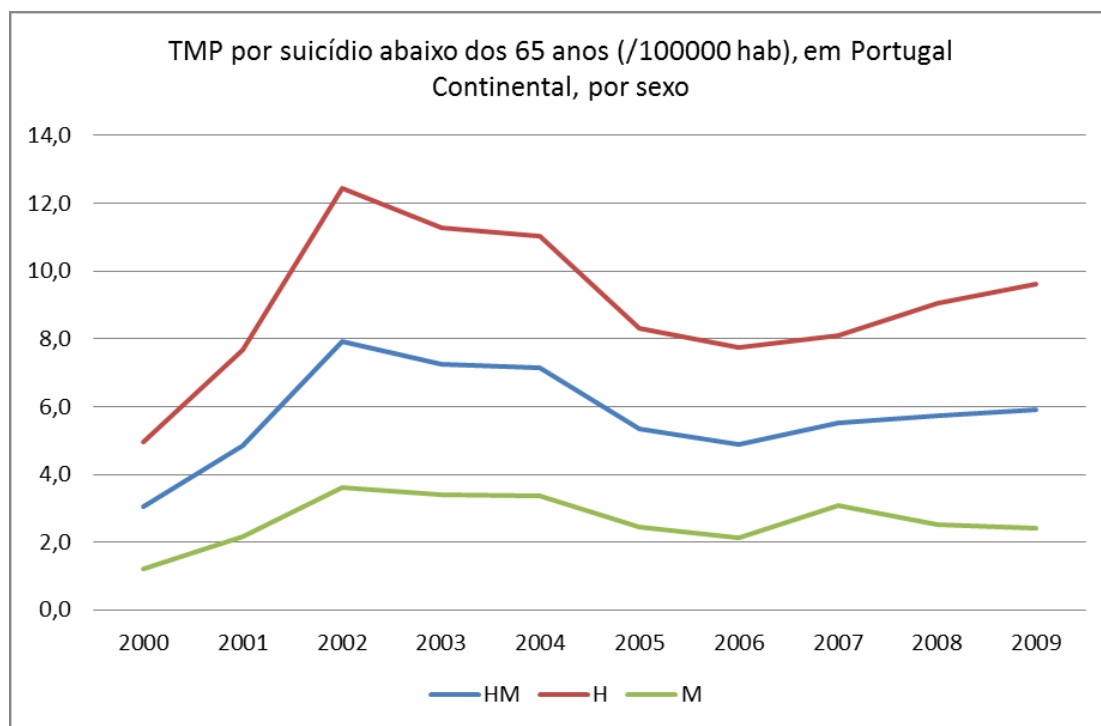


Figura 32 - Resultados da avaliação psiquiátrica na urgência hospitalar, no ACES Lisboa Oriental, entre Outubro 2011 e Setembro 2012

A região de Lisboa é uma das que apresentam maior concentração de recursos de saúde mental. Contudo, enfrenta ainda situações para as quais não existe uma resposta especializada ou de proximidade.

Ora, atendendo ao atual contexto de crise económica e social, e sabendo-se da sua relação com a saúde da população (particularmente, no que concerne à saúde mental), e registando-se um aumento da depressão, de tentativas de suicídio e do consumo de drogas na população da cidade de Lisboa, importa ter em consideração a importância das ações de promoção da saúde mental e de prevenção do impacto das perturbações mentais, no âmbito da saúde pública.

A taxa de mortalidade padronizada por suicídio abaixo dos 65 anos, em Portugal Continental, apresentou na década 2000-2009 evolução semelhante à das doenças atribuíveis ao álcool, com períodos alternados de crescimento e decréscimo. Em 2002 registou-se o valor mais elevado (7,9 óbitos por 100 000 habitantes) e a partir de 2006 a tendência voltou a ser crescente. Entre 2006 e 2009, a taxa aumentou de 4,9 para 5,9 óbitos por 100 000 habitantes.



**Figura 33 - Taxa de mortalidade padronizada por suicídio, por sexo e abaixo dos 65 anos (/100 000 Hab.), em Portugal Continental, entre 2000-2009**

Fonte: “Perfil de Saúde em Portugal – Plano Nacional de Saúde 2012-2016”

Em 2009, a taxa de mortalidade padronizada por suicídio abaixo dos 65 anos era de 5,9 óbitos por 100 000 habitantes, sendo a taxa masculina quatro vezes superior à taxa feminina. A variabilidade espacial também foi elevada, com taxas regionais entre 3,7 e 12,6 óbitos por 100 000 habitantes. No contexto europeu, Portugal permanece ainda entre os países com menor mortalidade prematura por suicídio.

**Quadro 104 - Nº de episódios hospitalares por tentativa de suicídio nos hospitais da ARSLVT, por grupo etário e área de residência, em 2012**

Território	Grupos etários					Total	Dias de internamento
	0-24	25-44	45-64	65-74	>75		
RLVT	108	219	197	57	62	643	5988
Grande Lisboa	68	127	123	33	33	384	3619
Lisboa	13	22	37	11	9	92	944

Fonte: Base de Dados GDH da ACSS, HH LVT, 2012

**Quadro 105 - Nº de óbitos por suicídio por residência, entre 2009-2011**

Territórios	Anos		
	2009	2010	2011
Continente	957	1050	951
RLVT	370	418	386
Grande Lisboa	167	206	185
Lisboa	61	68	60

Fonte: Pordata em 2013-05-16

**Quadro 106 - Taxa de mortalidade padronizada por suicídio em todas as idades e por sexo, entre 2009-2011**

Território	Sexo		
	HM	H	M
Continente	7,8	13,0	6,9
RLVT	8,6	14,4	7,8
Lisboa	9,5	14,3	13,5

Fonte: INE

O Relatório de Primavera 2013 do Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS), apresentado em 18 de Junho de 2013, refere que “em Portugal, não são conhecidos estudos que avaliem o impacto da crise na saúde mental das pessoas”. Porém, baseados nos registos dos médicos de família de uma unidade de saúde local sobre os casos de depressão e de tentativas de suicídio, é apresentada alguma evidência sobre a evolução deste indicador:

“Na Unidade Local de Saúde do Alto Minho verificou-se, de 2011 para 2012, um acréscimo no diagnóstico de depressão de 30% para os homens e 31% para as mulheres. Já relativamente aos registos de tentativas de suicídio, e no mesmo período, verificou-se um acréscimo de 35% para os homens e 47% para as mulheres” (OPSS, 2013).

Compreender como as pessoas percebem e lidam com o risco ambiental e o trauma é necessário para ajudar aqueles que foram ou estão expostos a esses riscos. O grau de stress depende da perceção cognitiva individual de perigo e agressão, o qual frequentemente difere da perceção dos peritos técnicos. Neste âmbito, aspetos como a qualidade da informação disponível, o tipo de resposta comunitária aos perigos e a desconfiança nos poderes instituídos, são muito importantes.

O suporte social e as intervenções comportamentais e cognitivas são protetoras e conduzem a *outcomes* psiquiátricos mais positivos. Ignorar as situações, evitando lidar com elas, conduz a mais fracos ajustamentos e está estatisticamente relacionado com maiores

disfunções psicológicas e a um aumento do uso de drogas e particularmente de tabaco e álcool (Lundberg, 1998).

De relembrar que, de acordo com o Decreto-lei nº 304/2009, de 22 de Outubro, na execução da política de saúde mental devem ser envolvidos todos os serviços e organismos públicos com atribuições nas áreas da segurança e ação social, do emprego, formação e qualificação profissional, da educação, ciência e ensino superior, do desporto, do ambiente, da habitação e urbanismo, da defesa, da administração interna, do sistema fiscal e da justiça.

Por outro lado, os serviços locais são a base do sistema nacional de saúde mental, devendo funcionar de forma integrada e em estreita articulação com os cuidados de saúde primários, demais serviços e estabelecimentos de saúde, para garantia da unidade e continuidade da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental.

## V. Recursos da Comunidade

### Saúde

Em Lisboa coexistem a par do Serviço Nacional de Saúde uma grande diversidade de prestadores (Seguradoras, Mutualidades, ADSE, SAMS, Misericórdia, etc.); a análise da real cobertura por cuidados de saúde da população fica assim dificultada, porque muitos utentes do SNS acorrem também a outros prestadores.

Por outro lado a mobilidade da população da periferia para a cidade por motivos de trabalho ou de estudo poderá condicionar taxas de cobertura em algumas unidades superiores a 100% - utentes que optam por se inscrever não no Centro de Saúde da área de residência mas no Centro de Saúde mais próximo do local de trabalho, crianças que residem durante a semana com os avós, etc.

### Cuidados de Saúde Primários

Existe um corpo substancial de 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.

O Relatório Mundial da Saúde da OMS, de 2008, para os Cuidados de Saúde Primários, refere que para que os cuidados tenham esta característica é necessário que os serviços de saúde estejam organizados em consonância, com equipas multidisciplinares próximas dos clientes, que sejam responsáveis por uma população definida, colaborem com os serviços sociais e outros sectores, e coordenem as contribuições dos hospitais, especialistas e organizações da comunidade. O mesmo documento enfatiza algumas características a que devem obedecer os CSP:

- Devem criar um espaço onde as pessoas se possam apresentar com um leque alargado de problemas de saúde;
- Devem coordenar a navegação dos doentes no sistema de saúde;
- Devem facilitar relações duradouras entre os doentes e os médicos, criando oportunidades para a participação dos doentes na tomada de decisão sobre a sua

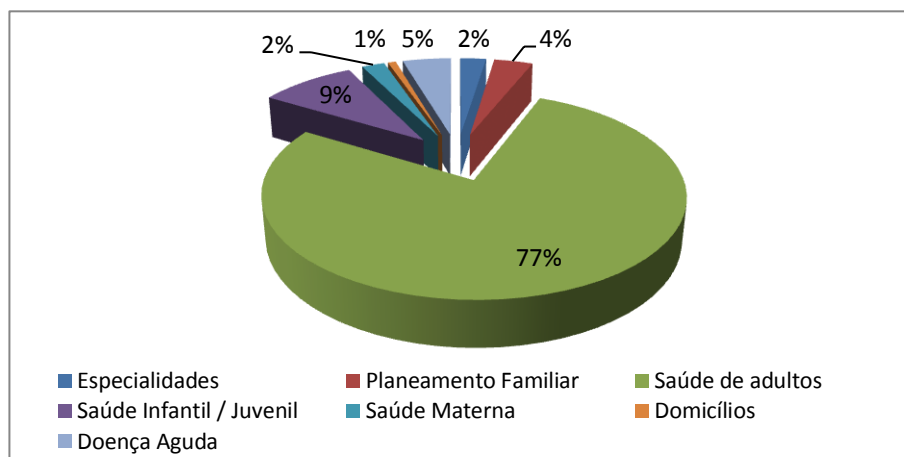
saúde e sobre os seus cuidados de saúde; e criar pontes entre cuidados de saúde personalizados e os familiares e comunidades dos doentes;

- Devem constituir-se em oportunidades para a prevenção da doença e promoção da saúde, bem como para a deteção precoce da doença e não servir apenas para o tratamento das doenças mais comuns;
- Requerem equipas de profissionais de saúde: médicos, enfermeiros e assistentes com sofisticadas competências sociais e biomédicas;
- Requerem recursos e investimentos adequados, dando origem a mais-valias muito acima das alternativas possíveis.

Este mesmo relatório releva que a análise multivariada das séries temporais de vários indicadores de mortalidade, desde 1960, revelou que a decisão de basear a política de saúde portuguesa nos princípios dos CSP, com o desenvolvimento de uma rede abrangente de cuidados de saúde primários teve um papel importante na redução da mortalidade materna, infantil e das crianças entre 1-4 anos.

#### Produção Global de Consultas

No ano 2012 foram realizadas 9 599 780 consultas nas unidades de saúde de CSP da ARSLVT, destas cerca de 13,4% realizaram-se no município de Lisboa (1 288 882). Comparando o ano de 2012 com 2011, verifica-se haver uma redução do número de consultas. Na Grande Lisboa esta redução foi de -8% e no Concelho de Lisboa de -12%. Em Lisboa, cerca de 77% destas consultas são para adultos e destas cerca de 49% são utilizadas por utentes com idade igual ou superior a 65 anos. As mulheres são mais frequentadoras que os homens (65%).



**Figura 34 - Distribuição por tipo de consultas nos CSP no Concelho de Lisboa, em 2012**

Fonte: SIARS – Sistema de informação da ARSLVT

**Acesso e Utilização nos Cuidados de Saúde Primários**

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.

**Quadro 107 - População inscrita em Cuidados de Saúde Primários, em 31-12-2012**

Região / ACES <sup>90</sup>	Com Médico Família		Sem Médico Família p/ opção		Sem Médico Família		
	N	%	N	%	N	%	Var 2010-12
RLVT	2.953.819	78,9	10.979	0,29	777.635	20,8	-24,3%
Grande Lisboa	1.640.670	81,6	7.545	0,38	363.530	18,1	-40,3%
Concelho Lisboa	466.199	87,0	1.555	0,29	67.854	12,7	-56,7%

Fonte: Sistema de Informação da ARSLVT

A 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).

**Quadro 108 - Taxa de cobertura da população nos Cuidados de Saúde Primários por residência, em 31-12-2012**

Região / ACES	População (Censos 2011)	Inscritos (31/12/2012)	Taxa de cobertura
RLVT	3 659 868	3 742 433	102,3
Grande Lisboa	2 042 477	2 011 745	98,5
Concelho Lisboa	547 733	535 608	97,8

Fonte: INE, Censos, 2011; Sistema de Informação da ARSLVT

Em 2012, em toda a região, 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.

<sup>90</sup> Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. - Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, alínea 1 e 2 do artº2º



**Quadro 109 - Taxa de utilização das consultas dos CSP da população inscrita, em 2012**

Região / ACES	Inscritos (31/12/2012)	Total de consultas (2012)	1 <sup>as</sup> consultas (2012)	Consultas seguintes (2012)	Taxa de utilização	N <sup>o</sup> médio de consultas por utilizador
RLVT	3 742 433	8 943 523	2 572 034	6 360 961	68,73	3,48
Grande Lisboa	2 011 745	4 448 464	1 349 700	3 093 509	67,09	3,30
Concelho Lisboa	535 608	1 230. 44	391 489	837 043	73,09	3,14

Fonte: Sistema de Informação da ARSLVT

A utilização é tradicionalmente mais elevada nos mais idosos e nas mulheres.

Os Serviços de Cuidados de Saúde Primários (Agrupamentos de Centros de Saúde) têm condições organizativas ideais (através das suas unidades de cuidados de saúde personalizados e familiares, das unidades de saúde pública e das unidades de cuidados na comunidade) de prestar os cuidados necessários (de promoção de saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce e tratamento) aos indivíduos e famílias ao longo do seu ciclo de vida (infância, adolescência, gravidez, idade adulta e idade geriátrica), nos territórios em que a vida se desenrola (a família, a escola, o local de trabalho), bem como proceder aos encaminhamentos adequados dentro do sistema de saúde (para cuidados secundários, de reabilitação, convalescença e paliativos) de modo a garantir a continuidade de cuidados desde o nascimento até à morte.

Particularmente relevante na vigilância de saúde pela vulnerabilidade do grupo envolvido e a transcendência no tempo das intervenções preventivas, com potencial impacto nos ganhos em saúde da população, é a dedicada à fase da infância e da adolescência.

Recentemente, face às novas evidências científicas e às novas morbilidades foi atualizado o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil<sup>91</sup>, que veio alterar o calendário de vigilância deste grupo etário e introduzir um novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações do comportamento e os maus tratos.

São aspetos prioritários a deteção e o apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assim como o reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados.

<sup>91</sup> Programa Nacional de Saúde infantil e Juvenil – Norma nº 10/2013 de 31/5/2013 da Direção Geral de Saúde.

Salienta-se a introdução das seguintes consultas: aos 5 anos, com o objetivo de avaliar a existência de competências para o início da aprendizagem; aos 6/7 anos, para deteção precoce de dificuldades específicas de aprendizagem; aos 10 anos, para preparar o início da puberdade e a entrada para o 5.º ano de escolaridade.

Assim, o novo Programa antecipa em 1 ano o tradicional “exame global de saúde” dos 5/6 anos e intercala uma avaliação aos 10 anos antes do 2º exame global de saúde, que passa para os 12/13 anos (Anexo 5).

### Vigilância de Saúde em Idade Escolar

Segundo os registos das Unidades de Saúde, no concelho de Lisboa a percentagem de crianças que realizou o exame global de saúde, em 2012, foi de 18% para o Exame Global dos 5-6 anos e 9,2% para os 11-13 anos. Há que analisar estes valores com algum cuidado quer porque se sabe que há exames que são realizados noutros locais devido ao acesso a outros subsistemas de saúde, como por exemplo a ADSE ou privados, ou porque poderá haver inadequação dos registos informáticos, situação que importa clarificar.

**Quadro 110 - Registo dos Exames Globais de Saúde realizados nos Centros de Saúde, entre 2010-2012**

Região / ACES	5-6 anos			11-13 anos		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
RLVT	31,3%	38,8%	24,5%	6,8%	7,9%	12,1%
Grande Lisboa	27,3%	39,3%	19,6%	4,0%	5,4%	8,9%
Concelho Lisboa	17,2%	19,7%	18,0%	5,1%	5,3%	9,2%

Fonte: SIARS – Sistema de Informação da ARSLVT

### Capacidade Instalada

Para uma população de 547 733 residentes (Censos 2011) e 535 608 inscritos, Lisboa dispõe de 18 Centros de Saúde, 36 unidades e 33 edifícios.

**Quadro 111 - Agrupamentos de Centros de Saúde da cidade de Lisboa - população, Freguesias, Unidades e Edifícios, em 31-12-2012**

ACES <sup>92</sup>	População	Inscritos (Em Dez. 2012)	Freguesias	Centros de Saúde (a)	Unidades de Saúde (b)	Edifícios
Norte	225 038	229 635	12	5	16	13
Central	261 350	252 480	36	10	16	16
Ocidental	61 345	53 493	5	3	4	4
<b>Total</b>	<b>547 733</b>	<b>535 608</b>	<b>53</b>	<b>18</b>	<b>36</b>	<b>33</b>

Fonte: INE, Censos 2011; SIARS – Sistema de Informação da ARSLVT; Inquérito aos ACES

### Recursos Humanos

**Quadro 112 - N.º de profissionais de Cuidados de Saúde Primários na cidade de Lisboa e rácio populacional e n.º de utentes por profissional, em 2012**

ACES	N.º médicos de Medicina Geral e Familiar			N.º total de assistentes técnicos			N.º total de enfermeiros		
	N.º	Rácio/ pop	N.º Inscritos/ profissional	N.º	Rácio/ pop	N.º Inscritos/ profissional	N.º	Rácio/ pop	N.º Inscritos/ profissional
Lisboa Norte	129	0,57	1 780	104	0,46	2 208	147	0,65	1 562
Lisboa Central	137	0,52	1 843	119	0,46	2 122	149	0,57	1 694
Lisboa Ocidental	33	0,54	1 621	36	0,59	1 486	62	1,01	863
<b>Total</b>	<b>299</b>	<b>0,55</b>	<b>1 791</b>	<b>259</b>	<b>0,47</b>	<b>2 068</b>	<b>358</b>	<b>0,65</b>	<b>1 496</b>

Fonte: ACES

**Quadro 113 - N.º de profissionais de Cuidados de Saúde Primários na cidade de Lisboa, em 2012**

ACES	N.º de médicos Especialistas	N.º de médicos de Saúde Pública	N.º total de outros profissionais
Lisboa Norte	4	7	121
Lisboa Central	152	8	153
Lisboa Ocidental*	na	na	62
<b>Total</b>	<b>157</b>		<b>336</b>

Fonte: ACES; \* Refere-se apenas aos profissionais localizados nos Centros de Saúde de Lisboa

<sup>92</sup> a) O centro de saúde componente dos ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas. b) Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Saúde Familiar (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artº 9º e artº 10º)

## Coordenação Regional da Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (CRICAD)

Em 2013, a ARSLVT, I. P., sucede, de acordo com o estabelecido no DL 22/2012, de 30 Janeiro, em algumas das atribuições do Instituto da Droga e Toxicodependência, I. P., nomeadamente, na componente operacional da intervenção no domínio dos problemas dos comportamentos aditivos e dependências, no âmbito da sua área geográfica de intervenção.

Assim, cabe-lhe dar continuidade na prestação de cuidados de saúde, nos comportamentos aditivos e dependências, e ainda garantir, também, o desenvolvimento e acompanhamento de projetos/programas que promovam intervenções ao nível do Tratamento, da Prevenção, da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) e Reinserção Social, quer através das estruturas próprias da ARSLVT, designadamente as Unidades de Intervenção Local (UIL), ou através de Entidades privadas financiadas.

### Unidades de Intervenção Local (UIL)

UIL	Âmbito Territorial (Freguesias abrangidas)
CRI de Lisboa Ocidental	Santa Maria de Belém / São Francisco Xavier / Ajuda
Unidade de Desabilitação Centro da Taipas	Alcântara / Alvalade / Ameixoeira / Anjos / Benfica / Campo Grande / Campolide / Carnide / Castelo / Charneca / Coração de Jesus / Encarnação/ Graça / Lapa / Lumiar / Madalena / Mártires / Mercês / Nossa Senhora de Fátima / Pena / Penha de França / Prazeres / Sacramento / Santa Catarina / Santa Engrácia / Santa Isabel / Santa Justa / Santiago / Santo Estêvão / Santos-o-Velho / S. Cristóvão / S. Lourenço / Santo Condestável / S. Domingos de Benfica / S. João de Brito / S. João de Deus / S. Jorge de Arroios / S. José / S. Mamede / S. Miguel / S. Nicolau / S. Paulo / S. Sebastião da Pedreira / S. Vicente de Fora / Sé e Socorro.
CRI de Lisboa Oriental	Alto do Pina / Beato / Marvila / São João/ Santa Maria dos Olivais
Unidade de Alcoologia de Lisboa	Tendo âmbito territorial nacional, exerce preferencialmente a sua atividade nos seguintes territórios: âmbitos territoriais correspondentes aos da ARSLVT, I.P. e apoia ainda as ARS do Alentejo e Algarve.
Comunidade Terapêutica de Lisboa	Âmbitos territoriais correspondentes aos da ARSLVT, I.P.

## Equipamentos de Cuidados Continuados

A 31 de Dezembro 2012, existiam 53 unidades em Lisboa e Vale do Tejo com um total de 1 315 camas e foram admitidos 4 945 utentes

**Quadro 114 - Nº de unidades de cuidados continuados na ARSLVT, a 31.12.2012**

Unidades	Nº	Camas
Convalescença	8	157
Média Duração e Reabilitação	16	426
Longa Duração e Manutenção	23	664
Cuidados Paliativos	6	68
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>1.315</b>

Fonte: ERCCI

No município de Lisboa existem as seguintes unidades de cuidados continuados:

- Residência São João d'Ávila
- Saúde Mútua – Associação de Socorros Mútuos Empregados do Comércio
- Clínica São João de Deus

## Equipamentos de Cuidados Secundários/ Hospitais

Fazem parte da ARSLVT, IP. 16 unidades hospitalares<sup>93</sup>, das quais 6 encontram-se inseridas no Concelho de Lisboa:

- Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE;
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE;
- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE;
- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa;
- Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto;
- IPO Francisco Gentil, Centro Regional Oncologia de Lisboa, EPE.

<sup>93</sup> Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE; Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE; Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE; Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE; Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE; Centro Hospitalar Oeste; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Centro Hospitalar Setúbal, EPE; Hospital Beatriz Ângelo, PPP; Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, PPP; Hospital de Vila Franca de Xira, PPP; Hospital Distrital de Santarém, EPE; Hospital Garcia de Orta, EPE; Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE; Instituto Oftalmologia Dr. Gama Pinto; IPO Francisco Gentil, Centro Regional Oncologia de Lisboa EPE.

O Centro Hospitalar de Lisboa Central passou em 2012 a integrar o Hospital Curry Cabral e a Maternidade Alfredo da Costa, com impacto ao nível da concentração de serviços, nomeadamente dos Atendimentos de Urgência e Maternidade.

## Disponibilidade de Farmácias

**Quadro 115 - Nº de farmácias e postos farmacêuticos móveis e seu rácio por 1000 hab., em 2011**

Território	Nº	/1000 Hab.
Continente	2941	0,3
Grande Lisboa	604	0,3
Lisboa	286	0,5

Fonte: INE

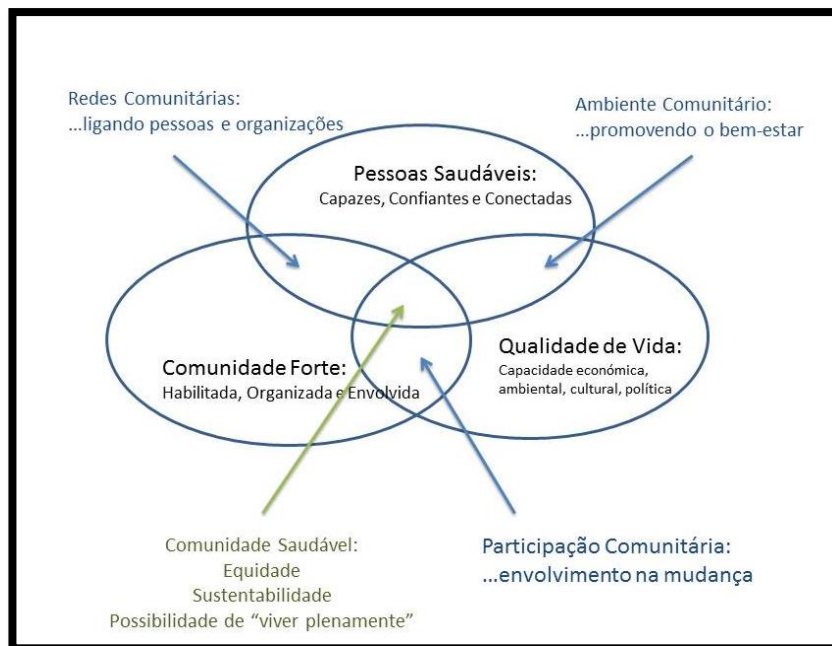
## Recursos Sociais

Face à larga influência sobre a saúde do contexto social (cultura, política, género, fatores socioeconómicos e capacidade comunitária), importa proceder ao levantamento e articulação dos recursos existentes na comunidade, de modo a potenciar uma ação concertada de carácter salutogénico.

Um tema abrangente na saúde pública contemporânea é a necessidade das pessoas trabalharem juntas. A noção de colaboração e parceria entre agências, profissionais, comunidades e indivíduos é fundamental para uma política de saúde pública multidisciplinar. A saúde pública do século 21 é uma obra de colaboração – uma partilha de responsabilidade.<sup>94</sup>

Construir comunidades saudáveis passa por entender os fatores comportamentais como consequências de fatores psicossociais e condições de risco. Logo, se as pessoas se sentirem melhor em relação a si próprias e menos expostas a situações externas de risco serão mais capazes de dar atenção aos seus padrões de comportamento, e estarão mais preparadas para reagir.

<sup>94</sup> Hashagen,S e Paxton,S - “Frameworks for evaluation of community health and well-being work”, in Public Health for the 21<sup>st</sup> Century, Open University Press, 2007



**Figura 35 - Um modelo de bem-estar comunitário**

Fonte: “Public Health for the 21<sup>st</sup> Century”<sup>81</sup>

Em Lisboa, a Rede Social<sup>95</sup> realizou o primeiro Plenário do Conselho Local de Ação Social em 2006, ficando constituída a Rede Social de Lisboa, com uma adesão de 111 entidades parceiras entre as quais Autarquia, Entidades ou Organismos do Sector Público, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Juntas de Freguesia, Organizações Não Governamentais (ONG’s) e outras Associações e Fundações que atuam no território de Lisboa<sup>96</sup>. Em 2012, a Rede aprovou um Plano de Desenvolvimento Social 2013-2015, no qual a vertente da Saúde tem lugar de relevo, compreendendo diversas ações de resposta a vários determinantes sociais de saúde.

Para além disso, no âmbito de um acordo assinado entre o Conselho da Europa e o Governo Português, perspectiva-se que os próximos Planos Nacional e Concelhios para a Coesão Social sejam desenhados tendo por base a metodologia – SPIRALL<sup>97</sup> – que radica na ideia de que o bem-estar de todos depende de cada um, sendo que algumas das dimensões

<sup>95</sup> A Rede Social foi criada através da Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97 de 18 de Novembro de 1997 e da Declaração de Retificação nº 10-O/98. Posteriormente foi publicado o Despacho Normativo nº 8/2002 de 12 de Fevereiro e o Decreto-Lei nº 115/2006 de 14 de Junho. A rede social assenta no trabalho de parceria alargada, efetiva e dinâmica e visa o planeamento estratégico da intervenção social local. Na sua implementação privilegia-se a mudança de atitudes e de culturas institucionais e a aquisição de novos saberes, inovando os processos de trabalho, as suas práticas e os modelos de intervenção em face das novas problemáticas e alterações sociais.

<sup>96</sup> <http://www.redesocial-lisboa.pt/>

<sup>97</sup> Societal Progress Indicators for the Responsibility of All, assenta na participação ativa dos cidadãos na definição do conceito de Bem-Estar e avaliação dos seus níveis, envolvendo igualmente todos os agentes locais num processo de co-responsabilidade para o Bem-Estar.

de bem-estar mais assinaladas pelos mais diversos grupos populacionais, estão associadas à saúde.

Assim, importaria neste perfil - que se entende como um primeiro retrato das diversas configurações que a saúde da comunidade assume no território - potenciar amplamente as sinergias e potencialidades existentes na cidade.

Por um lado, seria importante elencar de forma sistematizada, ainda que necessariamente incompleta, os numerosos instrumentos que enquadram a ação no plano concelhio – de ordem legislativa, informativa e formativa.

Por outro lado, seria também relevante proceder ao levantamento dos recursos existentes ao nível territorial, quer relativos às respostas institucionais – privadas ou não e independentemente do grau de formalidade – quer relativos às próprias dinâmicas comunitárias que emergem cada vez mais no território, pela mão de grupos de cidadãos, mais ou menos espontâneas.

Embora muitas delas constem de numerosos guias editados por diversas entidades, poderiam deste modo ser enquadrados e congregados na perspetiva da resposta aos determinantes de saúde, facilitando não só a reflexão mas sobretudo a construção de uma visão estratégica de ação, global e integrada, assente na co-responsabilidade territorial para a saúde.



## VI. Considerações Finais

### Tendências e Projeções da Saúde Urbana

O aumento da concentração humana na cidade de Lisboa foi um fator de aparecimento de doenças, particularmente infecciosas, situação esta que prevaleceu até à descoberta das bactérias, no Século XIX e primeira metade do Século XX.

O Século XX assistiu ao nascimento de problemas de aumento da criminalidade, narcodependência, alcoolismo, tráfego não programado, bairros degradados na periferia.

As megatendências na Saúde Urbana do Século XXI passam pela globalização, alterações demográficas – migração, fertilidade e mortalidade – alterações climáticas e urbanização.

A problemática das doenças infecciosas e das alterações climáticas é particularmente relevante neste Século XXI. De facto, as alterações climáticas em curso podem ter repercussões importantes não somente na possível ocorrência de eventos meteorológicos extremos, de que é exemplo a onda de calor de 2003, que causou uma elevada mortalidade, mas também na possibilidade de surtos de doenças que até agora eram somente típicas de países tropicais. A situação do dengue na ilha da Madeira é um exemplo dessa situação.

A Cidade de Lisboa é uma das possíveis e mais plausíveis portas de entrada dos vetores destas doenças, por conter os mais movimentados porto e aeroporto do país. Por essa razão é um território onde o REVIVE, rede de vigilância de vetores da saúde, teve um incremento desde 2012.

### A Cidade em Contexto de Crise Socioeconómica

Para melhor se contextualizar a problemática da crise socioeconómica na cidade e se compreender mais adequadamente os seus efeitos sistémicos pode considerar-se a seguinte comparação orgânica e funcional.

**Comparando a cidade com o nosso corpo...** a cidade é um sistema orgânico – em parte vive como organismo, em parte como ecossistema.

Tal **como um organismo humano...**

A cidade de Lisboa dispõe de artérias, por onde passam as matérias-primas, tudo o que é material de transporte e nutrição.

Tem nervos, que correspondem às redes de comunicação, as transmissões de mensagens.

Tem um sistema respiratório, que recebe oxigénio e elimina dióxido de carbono.

Tem um sistema produtor de resíduos, que se repercute na acumulação de resíduos, resultantes das atividades dos seus habitantes.

Aprende com os erros, adapta-se, sofre ajustamentos, regenera-se, comunica.

Por vezes, perde o controlo, desregula-se, entra em “estados patológicos” que necessitam tratamento.

Pode inclusivamente falar-se de uma semelhança com o sistema imunitário... veja-se o caso do aparecimento dos “clandestinos” e a sua estigmatização: sendo uma perversão, foi uma resposta da própria população à incapacidade do Estado em dar casas às pessoas. Foi uma resposta altamente imaginativa das próprias populações... Isto significa que no interior da cidade o dinamismo existe – é o sistema imunitário e reparador a funcionar.

Mas é preciso enquadrá-lo dentro da cidade, com limites de resposta controláveis, para que não se entre na desregulação total, sob o risco de se criar um estado patológico por excesso de resposta, tal como acontece nos casos de rejeição de um transplante por excesso de resposta imunitária.

Tal **como um ecossistema...**

Interage, como todos os organismos vivos, para trocas, com todos os ambientes – físicos, biológicos, culturais, sociais, económicos..... assim, a cidade é um ecossistema social.

A sua força está, como em qualquer ecossistema, na diversidade, na interdependência, na utilização racional de energia.

Tal como um processo económico, ou de produção, este ecossistema urbano tem um metabolismo cuja manutenção depende do equilíbrio entre as “entradas” e as “saídas” e que se caracteriza pela atividade humana – ela própria geradora de mudanças rápidas e radicais da zona urbana.

Tendo por base a comparação acima efetuada, facilmente se percebe que fatores de risco no ambiente urbano, podem criar desequilíbrios conducentes a uma diminuição do nível de saúde e bem-estar da comunidade.

A crise económica e social em curso afetou a cidade de Lisboa. Neste contexto de crise socioeconómica, poderão citar-se como grupos da cidade mais afetados nos seus níveis

de saúde os seguintes grupos populacionais: toxicodependentes, alcoólicos, crianças da rua, sem abrigo, migrantes e minorias étnico-culturais, trabalhadores do sexo, idosos, deficientes, incapacitados e indivíduos com desvantagens, institucionalizados e desempregados.

Além da referência a estes grupos, há ainda a considerar a necessidade de uma outra abordagem da Saúde Pública, relativa aos “espaços de exclusão”, isto é, espaços promotores de saúde que devido ao forte impacto que a crise socioeconómica terá nos níveis de saúde dos indivíduos e na prática dos profissionais da Saúde Pública, se poderão tornar espaços geradores de exclusões, designadamente a família, a escola, o ambiente e os próprios serviços prestadores de saúde.

Assim, são fundamentais as estratégias globais de inclusão ativa. As políticas e as ações de integração que vão ser promovidas serão, na sua maior parte, elas próprias, geradoras de novas formas de “afetados pela crise”, já que vão conter o pressuposto da exclusão dos indivíduos e grupos específicos a quem se dirigirão.

Contudo, se forem preferencialmente contratualizadoras, coresponsabilizando os seus beneficiários e refutando-lhes a acomodação, perversa em termos sociais, poderão eventualmente gerar uma participação da sua parte na resolução dos efeitos da crise económica e social na saúde das pessoas, facilitando a sua integração efetiva.

O aprofundamento destes aspetos, com o aporte de novos e mais aprofundados conhecimentos pela Saúde Pública, contribuirá para uma maior complementação da “cultura de saúde” nesta matéria, sobretudo nas zonas limite em que a saúde se articula com as outras áreas sociais.

A subnutrição, os comportamentos e os estilos de vida não saudáveis, a deficiente monitorização de fatores de risco de natureza ambiental e social e uma inadequada resposta dos serviços sociais e de saúde contribuirão para uma diminuição dos níveis de saúde da população da Cidade, particularmente com um aumento do risco de doenças infecciosas, quer por emergência ou reemergência.

A pobreza é uma situação de privação resultante da falta de recursos e essa privação pode ser em diversos domínios das necessidades básicas: alimentação, vestuário, habitação, educação, saúde e cuidados de saúde, entre outros.

O enfraquecimento da autoconfiança, a modificação da rede de relações sociais e a perda de identidade pessoal e social são os estádios últimos da história natural da pobreza, quando analisada sob um ponto de vista epidemiológico.

A pobreza significa sempre dependência e vulnerabilidade, o que é uma “desvantagem” no domínio das condições de vida, que “cola” o pobre à pobreza, tornando cada vez mais difícil a saída da situação.

A cidade de Lisboa confronta-se assim em 2013 com novas formas de pobreza, em cuja reprodução se consolidará a cronicidade do problema.

A depressão é a entidade patológica que acompanhará esta situação.

Uma das bases fundamentais em todo este processo reside no facto de as principais vítimas da crise serem os agregados familiares onde quem assegura o sustento está em situação de desvantagem no mercado de trabalho e na sociedade.

Nos países para os quais existe informação disponível a tendência de declínio dos suicídios reverteu-se em 2008 e está agora a crescer... Contudo, há evidência de que este aumento dos suicídios numa crise económica, não é inevitável” A investigação nas flutuações económicas na Europa Ocidental nas últimas 3 décadas, demonstrou que os países com fortes sistemas de proteção social conseguiram manter as tendências de declínio do suicídio apesar de rápidos aumentos de desemprego. O fator mais importante parece ser a existência de programas de mercado de trabalho ativos, desenhados para retirar as pessoas do desemprego tão cedo quanto possível e incluindo tipicamente formação de jovens, troca de informação sobre vagas e medidas de apoio aos incapacitados para o trabalho (McKee, 2012).

Constata-se também que a população da Cidade tem atualmente uma maior carga de afeções respiratórias, cutâneas, cardiovasculares, de problemas dentários de sobreexposição ao alcoolismo, à toxicomania e à SIDA.

O *burnout*, isto é, a exaustão dos profissionais de saúde e dos serviços sociais, por excesso de trabalho e uma confrontação diária com problemas de difícil resolução, está a ser mais frequente.

A compreensão que se possa ter das redes de causalidade e das possíveis evoluções prognósticas envolvidas em cada situação permitirá uma intervenção mais adequada.

O roteiro da estratégia a adotar como resposta da Saúde Pública à atual crise deve ter por base um conjunto de ideias e de valores que potenciem uma energia emocional nos

diversos atores envolvidos. Só a partir daí é possível desenvolver um “enredo” para o futuro que desencadeie uma situação de mudança que permita infletir as tendências que se têm vindo a verificar.

Para tanto, devem ser tidos em consideração um conjunto de princípios e de iniciativas, de que se realçam os que a seguir se discriminam.

Os **princípios** fundamentais devem residir nos seguintes pressupostos:

- 1 – Deve existir uma visão sistémica do impacto da crise sobre a saúde;
- 2 – Deve ser percebido o impacto da crise nos determinantes da saúde (que podem ser genéticos, comportamentais e ambientais) e como as variáveis sociais são essenciais para os compreender;
- 3 – Deve haver uma atuação prioritária sobre os grupos mais vulneráveis;
- 4 – Deve monitorizar-se regularmente o impacto da crise económica, designadamente em termos de indicadores sociais;
- 5 – Deve monitorizar-se o impacto que a crise pode ter ao nível dos cuidados de saúde prestados pelos sectores público e privado.

Com base nestes princípios, há **iniciativas** a adotar para minimizar o impacto da crise:

- 1 – Emitir mensagens e orientações – *sites*, circuitos internos de televisão nos Centros de Saúde, entre outros;
- 2 – Envolver Escolas, Segurança Social, Centros de Saúde e Hospitais;
- 3 – Aproveitar as Unidades Móveis já existentes no terreno;
- 4 – Conhecer, mapear e promover os serviços existentes a nível local, para intervenção junto dos novos pobres;
- 5 – Promover as Farmácias Sociais;
- 6 – Coordenar os Cuidados de Saúde e Preventivos;
- 7 – Apostar na Promoção da Saúde e Prevenção e Controlo da doença;
- 8 – Promover os Cuidados de Saúde Primários;
- 9 – Criar *fora* de partilha entre as Regiões de Saúde e os Municípios sobre as iniciativas de adaptação à crise – Boas Práticas.
- 10 – Promover a inclusão ativa das pessoas mais afastadas do mercado de trabalho.

## Conclusões Decorrentes deste Documento

Apesar dos condicionamentos decorrentes das limitações de tempo e recursos com que este trabalho se desenvolveu, procurou-se traçar um breve panorama sobre a saúde da população da Cidade de Lisboa, que se entende como um primeiro “retrato”, ao qual se deverão seguir outros enfoques e aproximações.

“A medição e avaliação contínua é um dos aspetos críticos no caminho para cidades mais saudáveis e equitativas, porque aquilo que medimos frequentemente influencia o que fazer e o como fazer. Ainda assim o perigo dos indicadores é que por vezes retratam quadros demasiado simplistas de uma realidade complexa, e as soluções políticas podem enfermar do mesmo defeito... A complexidade das cidades e as variadas forças que contribuem para a desigualdade nos bairros urbanos exigem que o processo de desenvolvimento dos indicadores seja igualmente dinâmico. O desenho, medição, “tracing” e interpretação dos indicadores, pode ser visto não como um processo técnico apenas para especialistas, mas como uma oportunidade de desenvolver uma nova forma participativa de fazer ciência política, ou aquilo que chamamos governação”<sup>98</sup>.

O Censos de 2011 facultou recentemente muita informação relevante sobre a população do concelho de Lisboa, cuja análise e tratamento mais cuidado e focalizado no pequeno território, e/ou em sub-grupos populacionais, poderá contribuir para um conhecimento mais específico e aprofundado de alguns fenómenos relacionados com a saúde.

Carece-se contudo (à exceção do INME) de informação relevante e representativa da população da cidade ao nível dos comportamentos relacionados com a saúde, pelo que se recorre ao longo deste trabalho a diversas fontes de estudos nacionais ou regionais, cuja informação é meramente indicativa e há que interpretar com reserva, dadas as diferenças metodológicas, de critérios e de abrangência populacional.

Recolhida informação de um vasto leque de fontes nos diversos níveis dos territórios em que a cidade se insere dispõe-se de indicações para afirmar:

---

<sup>98</sup> Jason Corburn, Alison K. Cohen - Why We Need Urban Health Equity Indicators: Integrating Science, Policy, and Community – Policy Forum - PLOS Medicine | [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org) - August 2012 | Volume 9 | Issue 8 | e1001285

- A Saúde Urbana do Século XXI deve desenvolver um novo paradigma para a avaliação dos riscos emergentes, nos quais se inclui o stress ambiental urbano: o ruído intenso, a poluição do ar, a elevada densidade populacional, a dificuldade na mobilidade do tráfego automóvel e a urgência de tempo – contribuindo para o empoderamento dos cidadãos e evitando a difusão da responsabilidade, e a não identificação com o espaço onde se vive.
- Releva dos estudos consultados o elevado consumo de álcool e tabaco na população e a inadequação da dieta – uma fração significativa da população, e particularmente os mais jovens apresentam uma dieta inadequada do ponto de vista do consumo de fruta e vegetais.
- Associam-se em Lisboa determinantes de saúde relacionados com o envelhecimento da população, o isolamento social e o risco de pobreza. Neste contexto, o sexo feminino e as famílias monoparentais adquirem relevância.
- Contudo, Lisboa é uma cidade universitária e atrativa para estratos jovens de variadas origens. Os achados sobre a evolução dos estilos de vida da população escolarizada merecem uma atenção especial.
- A informação encontrada relativa aos determinantes de saúde parece correlacionar-se com a carga de doença associada às principais causas de morte e anos de vida perdidos a nível nacional, de onde decorre a necessidade de mobilização de recursos sociais que promovam o potencial salutogénico das populações, particularmente dos mais jovens, em que os comportamentos de risco parecem estar a aumentar.
- É previsível (acompanhando a tendência nacional e da Região de Lisboa) o aumento do número de desempregados e a diminuição da população ativa.
- Parece haver uma tendência de aumento de infeções sexualmente transmissíveis e há grupos específicos que pela sua vulnerabilidade carecem de especial atenção – jovens escolarizados e trabalhadores do sexo.

Este trabalho carece de desenvolvimento e continuidade nas vertentes relativas à informação e à ação sobre a saúde, recomendando-se designadamente:

## Ao Nível da Informação

Neste âmbito deverão considerar-se os seguintes aspetos:

Concretização de um mecanismo de observação permanente que permita a vigilância epidemiológica integrada de patologias, a vigilância no âmbito da saúde ambiental, fatores de risco para as principais causas de mortalidade (como é o caso do consumo de tabaco, de hábitos alimentares inadequados, inatividade física, excesso de peso, obesidade, HTA, dislipidemias, entre outros), determinantes psicossociais de saúde, vigilância sanitária e a assistência médica e social.

Aprofundamento do diagnóstico ao nível do pequeno território – freguesias e grupos de freguesias. Neste âmbito há que trazer à luz diferenças entre grupos populacionais e territórios, quer no âmbito da saúde das pessoas quer no âmbito dos recursos sociais e de saúde. Sabe-se hoje que a saúde das populações é sensível às desigualdades de uma forma mais profunda e alargada do que a tradicional relação entre morbilidade e mortalidade e nível socioeconómico<sup>99</sup>.

De facto, com base no Retrato da Saúde em Lisboa aqui apresentado, pode concluir-se que Lisboa é uma cidade desigual na distribuição das pessoas pelo espaço e dos recursos pelas pessoas. Trata-se de desequilíbrios no povoamento entre diversos locais da cidade e desequilíbrios na distribuição de rendimento.

Aprofundamento do diagnóstico ao nível ambiental com particular ênfase nas questões do habitat. De acordo com a OMS a consideração de habitats saudáveis é uma componente importante das estratégias de promoção da saúde, sendo uma contribuição essencial para o bem-estar e para a promoção da saúde mental.

Aprofundamento da análise da informação sobre morbilidade e mortalidade, que neste trabalho apenas teve uma abordagem muito sumária, designadamente através de uma análise mais detalhada de séries temporais, de correlações entre dados de morbilidade e mortalidade, de complementação da informação ao nível de subpopulações e de produção de comparações com outros territórios de cariz urbano a nível nacional e europeu.

Aprofundamento da informação relativa aos fatores protetores de saúde, ao bem-estar, à qualidade de vida e a outras dimensões salutogénicas da Promoção da Saúde e da Saúde Pública.

---

<sup>99</sup> Richard Wilkinson e Kate Pickett – “O espírito da Igualdade – porque razão as sociedades mais igualitárias funcionam quase sempre melhor”



Levantamento dos instrumentos e recursos de ordem legislativa, informativa e formativa e outros recursos de âmbito social ou de saúde, ao nível do território da cidade, enquanto fatores/ instrumentos de intervenção sobre os determinantes de saúde identificados.

Definição de uma estratégia para o futuro no que concerne à melhoria contínua das fontes e sistemas de informação. O relatório final do Projeto ECHIM financiado pela União Europeia em 2005 recomenda que as intervenções de política de saúde se devem basear em informação sobre o risco e os fatores protetores dos problemas de saúde major, no funcionamento e nas necessidades de saúde em diferentes países e ao longo do tempo, designadamente, hipertensão e hiperlipidemia, bem como fatores comportamentais, pelo que alguma da informação necessária apenas pode ser obtida a partir dos inquéritos de saúde nacionais <sup>100</sup>.

No âmbito do desenvolvimento do Projeto Cidades Saudáveis, julga-se pertinente que o desenvolvimento do Perfil de Saúde se acompanhe de uma estratégia de desenvolvimento e produção de informação relevante, que pode passar pela realização de um inquérito de campo desenhado para obter comparabilidade com o Inquérito Nacional de Saúde <sup>101</sup>, mas também por uma revisão sistemática da literatura –para o levantamento do tema “A Saúde na Cidade de Lisboa” – que não tivemos condições para realizar no âmbito deste documento.

Também no âmbito dos serviços de saúde e dos registos médicos de rotina (SAM/SIARS) seria possível desenhar algumas intervenções para melhorar a qualidade da informação com fins epidemiológicos, e de alimentação dos Observatórios de Saúde dos ACES, que deverão definir a sua própria estratégia de desenvolvimento.

De acordo com a OMS, o Perfil de Saúde das Cidades Saudáveis deve ser explicitamente parte de um ciclo. Dado que se trata de um documento que consome recursos e esforços consideráveis deverá ser planeado e avaliado, e não havendo uma receita para elaborar o perfil <sup>102</sup>, a equipa responsável deverá decidir da sua abrangência e

---

<sup>100</sup> Este relatório recomenda entre outros aspetos que o paradigma cultural deve mudar de uma abordagem estatística para uma abordagem epidemiológica e o enfoque deve ser na decisão clínica, mais que no processo administrativo; que os inquéritos de saúde devem realizar-se próximo do ano dos censos; que o HES (Health Examination Survey) pode ser realizado pelos Médicos de Família; que é necessário suporte de nível europeu e exemplos internacionais

<sup>101</sup> Poderia envolver-se a Rede Social através das Comissões Sociais de Freguesia para a realização do inquérito – Poderia recorrer-se aos saberes do sector da saúde no âmbito da produção do INS para colaborar no desenho da amostra e no treino dos entrevistadores...

<sup>102</sup> OMS, Gabinete Regional para a Europa – Perfis de Saúde das Cidades – Como conhecer e avaliar a Saúde da sua Cidade.

periodicidade, podendo optar por um documento único e exaustivo, cuja periodicidade poderá ser bianual, ou por uma estratégia de “fascículos” em que se abordam sucessivamente e de forma mais aprofundada determinados aspetos e problemáticas.

É de enorme importância que a cidade saiba mais sobre si própria. Só assim lhe será possível pensar mais, pensar melhor e sobretudo pensar coletivamente para enfrentar os desafios do amanhã.

### Ao Nível da Intervenção

Importa desenvolver/ apoiar projetos que favoreçam a sociabilidade, a entajuda, a boa vizinhança, a participação social, diminuindo o isolamento, em especial das pessoas idosas. A nível pessoal e familiar importa promover a sensação de bem-estar em casa, no edifício, na vizinhança, na cidade; estimular o cuidado a ter com a casa e espaço envolvente, de modo a aumentar sensação de bem-estar; estudar estratégias para ultrapassar problemas de solidão, sobrelotação e saúde mental, estimular a coesão da família, o respeito pelo espaço individual e espaços comuns; estudar os problemas de violência doméstica.

A cidade não é um território físico, não é um sítio: é uma condição humana, uma maneira de estar. É um território de relações, sem lugar e sem limites. (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013). Esta afirmação, que pressupõe uma desmaterialização da cidade, tem forçosamente que trazer para primeiro plano conceitos de incremento de redes de vizinhança, de fim do anonimato na cidade, de solidariedade inter-geracional. Numa cidade com assimetrias relevantes, há que inventar a cidade forte, inclusiva, que ponha em relação os cidadãos e as suas associações, para um exercício pleno da sua cidadania.

Importa desenvolver/ apoiar um planeamento urbano que incentive os transportes sustentáveis (ciclovias com estacionamento de bicicletas, andar a pé e de transportes públicos); segurança; pequeno comércio próximo a zonas de habitação; espaços verdes, ruas arborizadas, jardins, praças, anfiteatros. O desenvolvimento/ reabilitação de zonas de convívio para crianças, adolescentes, adultos e idosos pode ter um impacto importante nos níveis de atividade física da população, um dos fatores críticos para a saúde<sup>103</sup>.

---

<sup>103</sup> O Planeamento Urbano Saudável é um dos 3 temas centrais da fase IV da Rede Europeia Cidades Saudáveis – Os planeadores urbanos e profissionais afins podem transformar as condições em que as pessoas vivem e trabalham, o seu acesso a equipamentos e serviços, os seus estilos de vida, e a sua capacidade de desenvolver redes sociais fortes - <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>

Face ao elevado número de idosos na cidade, importa encetar ações de requalificação dos centros de acolhimento deste grupo etário, tornando-os espaços de bem-estar, onde os idosos vejam salvaguardados os seus laços sociais (Tavares, 2000).

O empoderamento dos cidadãos e a literacia em saúde são temas importantíssimos que não poderão ficar esquecidos para que os habitantes da cidade encontrem estilos de vida mais saudáveis e melhor qualidade de vida. Tal tornar-se-á possível através da tradução do conhecimento científico na prática, investindo na promoção da autonomia do cidadão para uma melhor gestão dos seus recursos e da sua saúde.

Importa dar uma especial atenção à Saúde Mental, sendo de citar alguns princípios defendidos pela OMS:

- Garantir a acessibilidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental;
- Envolver a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade;
- Colaborar com o sector social e organizações não-governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves;
- Promover uma estreita articulação do sector da Saúde Mental com os cuidados primários de saúde.

... bem como as estratégias preconizadas pela Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais, de acordo com as recomendações da União Europeia, de 2006:

- Programas para a primeira infância, que incluem aconselhamento pré-natal, intervenção precoce, formação parental, prevenção da violência doméstica e do abuso infantil, intervenções familiares e resolução de conflitos;
- Programas de educação sobre saúde mental na idade escolar, sensibilização de professores, prevenção da violência juvenil, aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, prevenção do abuso de drogas, programas de desenvolvimento pessoal e social, prevenção do suicídio e das perturbações do comportamento alimentar;
- Políticas de luta contra a pobreza e a exclusão social, medidas de apoio a famílias em risco social, famílias multi-problemas ou a pessoas sem-abrigo.

## Um Modelo para a Ação

O exercício da cidadania deve constituir-se como o modelo de proteção contra as agressões do ambiente urbano.

Neste quadro, três tipos de ações são necessárias – uma adequada regulamentação, a existência de meios de coordenação e controlo (especificamente de controlo laboratorial) e a formação e sensibilização de todas as pessoas, incluindo dos decisores.

Há que lançar um olhar crítico sobre a contribuição das autoridades locais para o bem-estar e a Saúde Pública e questionarmo-nos em que medida a agenda moderna inclui a Saúde Pública e afeta os seus destinos.

Aspetos importantes a ter em atenção residem no trabalho de parcerias, no envolvimento dos utilizadores, no desenvolvimento do foco comunitário, da liderança e da qualidade na prestação de serviços.

Há que estudar aprofundadamente os processos políticos e o seu impacto na Saúde Pública, designadamente tendo em consideração os serviços regionais (de saúde e outros), o poder local e as parcerias estratégicas locais, para que as políticas em curso favoreçam uma cidadania ativa, impeçam a exclusão social e promovam a participação do público no processo de tomada de decisão.

Sendo tidos em atenção, estes aspetos podem dar visibilidade à amplitude da Saúde Pública.

As parcerias estratégicas locais são mecanismos chave para incluir, sob um mesmo chapéu, autoridades locais, residentes, privados, organizações sectoriais de voluntários e comunitárias.

A sua primeira tarefa é produzir uma estratégia comunitária sustentável para a Cidade – melhorias na saúde, emprego, redução do crime, melhoria na habitação, melhor educação, redução das diferenças entre vizinhanças, ambiente saudável mais sustentável, entre outros (Puska et al, 2009; Tavares, 2008).

A dimensão do desafio da urbanização à saúde da população depende em larga medida de como lidamos com a pobreza urbana para atingir a equidade na saúde. Necessitamos de entender melhor as vias pelas quais a vida urbana agrava ou mitiga as ameaças à saúde da população. O futuro da saúde da população urbana passa pela importância de uma abordagem pro-pobreza à saúde urbana. Abordar a pobreza no seu

contexto urbano deve ser o elemento estratégico central de qualquer iniciativa política e de planeamento para melhorar a saúde urbana.

Promover e manter uma equidade urbana na saúde deve ser uma prioridade para todos os governos nos próximos anos. Quanto mais a população gravita na direção das cidades, criar ambientes saudáveis à vida não deve ser considerado uma alternativa, deve ser considerada a única alternativa.

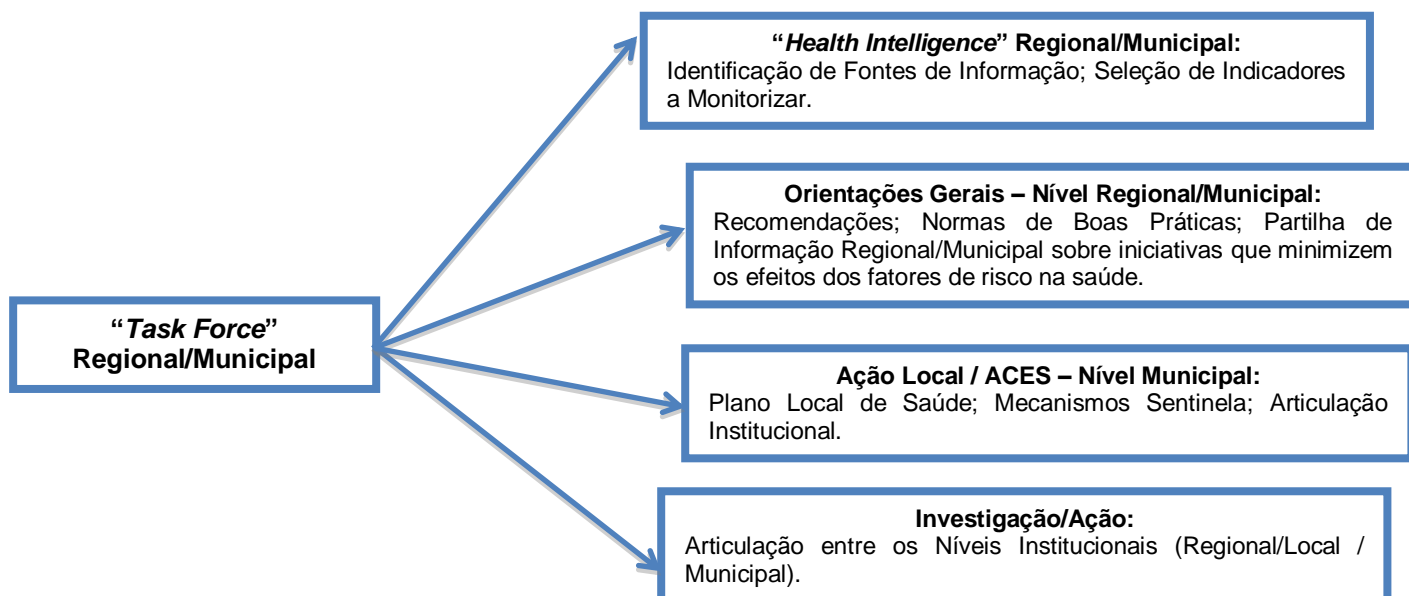
Constatou-se neste Retrato da Saúde em Lisboa que a cidade tem áreas de baixa densidade populacional económica, de vida institucional e de *networking* entre *stakeholders*, como é o caso do seu casco histórico. Há que debelar algumas dessas áreas e reconhecer as que não poderão ser eliminados, devendo os serviços adaptar-se à sua realidade, designadamente serviços de saúde ambulatoriais, gerindo adequadamente os escassos recursos disponíveis. (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013).

Há que reduzir as desigualdades na saúde urbana, congregando a vontade política, encorajando a participação comunitária, envolvendo as Organizações Não-Governamentais, influenciando a comunidade empresarial e universalizando os cuidados de saúde, sabendo-se que há aqui resistências no próprio sector da saúde, por parte dos profissionais da Saúde Pública, o que pode destruir o potencial de mudança...

A questão fundamental reside em sabermos até que ponto cada um de nós vai contribuir para incrementar o potencial de mudança que aqui está subjacente! Sabermos até quando vamos continuar a ser espectadores em vez de atores protagonistas da Cidade Saudável?

Numa perspetiva organizacional, poderíamos adotar como modelo para a gestão da minimização de impactos na Saúde dos fatores de risco existentes na Cidade o que se apresenta na Figura 36.

É portanto necessário que nos transformemos nos autores que realizam e protagonizam este novo filme da Cidade de Lisboa e que façamos alterações a esse guião à medida que o “enredo” se desenvolve, os percalços se antecipam e a realidade acontece. Só assim se colocará o futuro da cidade no presente. E porque o futuro é já amanhã, há que gerar hoje os estudos, o conhecimento da cidade, as estratégias de ação.



**Figura 36 - Modelo de gestão para a minimização de impactos de fatores de risco urbanos na saúde**

## Lisboa, Cidade Saudável

A integração da Cidade de Lisboa na Rede de Cidades Saudáveis a par com a implementação do Plano de Desenvolvimento Social da Rede Social de Lisboa, aporta um conjunto de dinâmicas e instrumentos de trabalho e um potencial de co-responsabilização, para os sectores envolvidos da maior importância para a saúde da população.

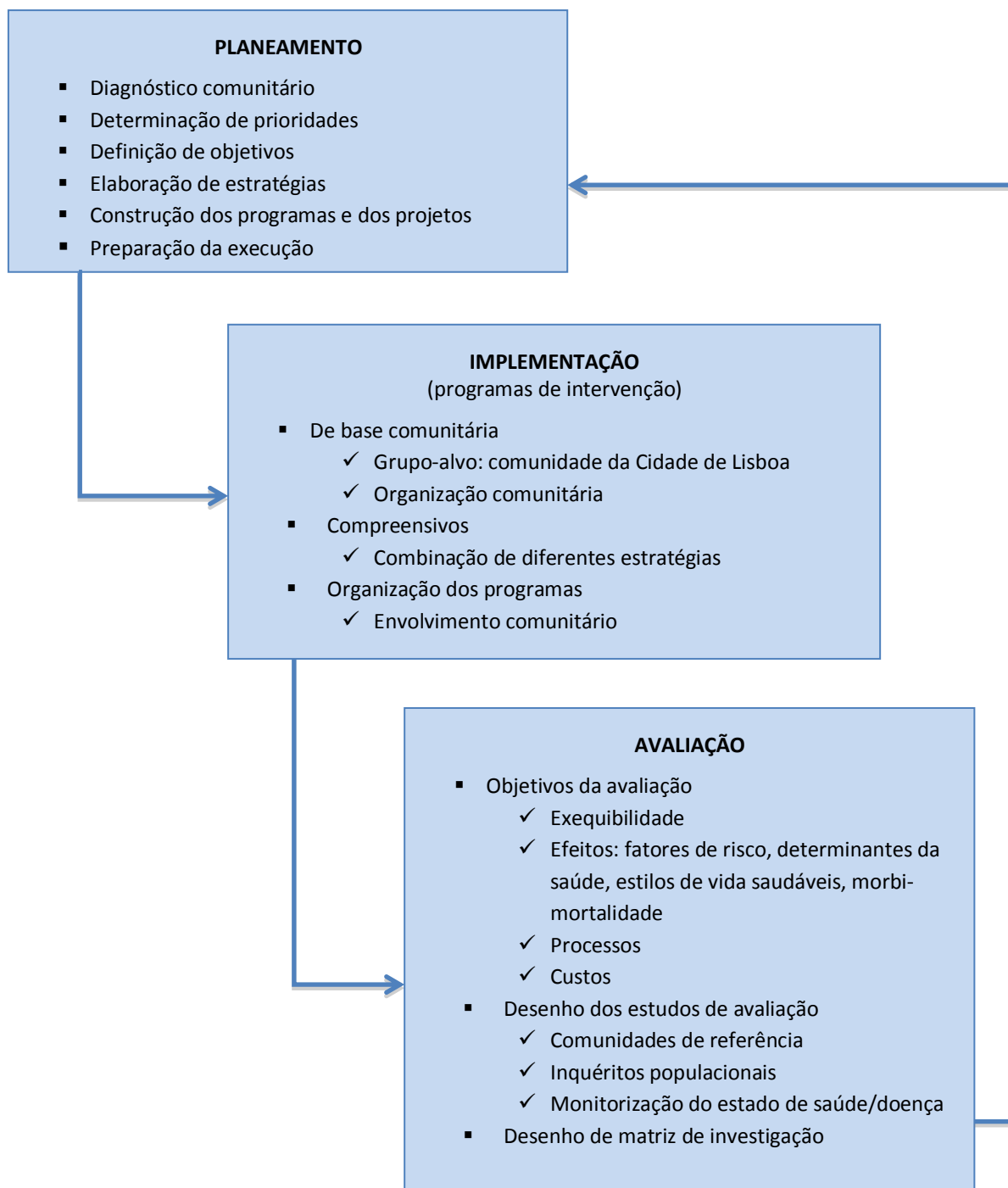
O Movimento Cidades Saudáveis promove uma política e um planeamento compreensivos e sistemáticos para a saúde, integrando a perspetiva da saúde na economia, no desenvolvimento e na reabilitação urbanas, enfatizando:

- A necessidade de identificar e combater as desigualdades em saúde a pobreza urbana e a exclusão social;
- As necessidades em saúde dos grupos vulneráveis;
- A importância de uma governação participada;
- Os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde.

Para a consecução destes objetivos, a matriz para o desenvolvimento de um plano de intervenção na saúde da população da Cidade de Lisboa, deverá compreender três componentes: planeamento, implementação e avaliação, de acordo com a matriz apresentada seguidamente, devendo os diversos projetos que o integrem ter por base as

características de flexibilidade, adaptabilidade, pertinência e interdisciplinaridade. Esperamos que este documento possa constituir-se num primeiro contributo válido para este processo, que a todos diz respeito.

### Matriz para o desenvolvimento de um plano de intervenção na saúde da população da Cidade de Lisboa



## VII. Referências bibliográficas

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE (APA) – QualAr – Base de dados on-line sobre Qualidade do Ar - <http://www.qualar.org/>

ALVES, Susana; CAETANO, André, PINTO, João – Internamento Compulsivo na Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Oriental – Trabalho final de Estágio de saúde Pública [Projeção Visual] – Ano Comum, Novembro de 2012 - Documento interno, não publicado

ARS Norte – Carga da Doença Atribuível a factores de risco na Região Norte de Portugal – Fevereiro de 2013

ARSLVT, Perfil Ambiental da Região de Lisboa e Vale do Tejo, – Departamento de Saúde Pública, 2012

AZEVEDO, Jacinta – Epidemiologia das IST em Portugal e na Europa [Projeção Visual] – Comunicação às 4<sup>as</sup> Jornadas sobre Infecções Sexualmente transmissíveis, Hospital de Santa Maria, Março, 2013.

BARROSO, C; ESTEVES, J – Estudo da Intervenção com pessoas que fazem trabalho sexual em Apartamentos da Grande Lisboa num período de dois anos – Póster apresentado à 2<sup>a</sup> Conferência sobre Infecção VIH em grupos de difícil acesso. Março, 2013

BENGEL, Jurgen; SRITTMATTER, Regine; WILLMANN, Hildegard – What keeps people healthy? – The current state of discussion and the relevance of Antonovsky’s salutogenic model of health – Federal Centre for Health Education, Cologne, 1999 – vol.4. ISBN 3-933191-20-3

BLAS, Eric, KURUP, Anand S, editors – Equity, social determinants and public health programmes - WHO – 2010

BOURBON, Mafalda –e\_COR – Prevalência de factores de risco cárdiovascular na população portuguesa [Projeção Visual] - Grupo de Investigação Cardiovascular, UI&D - Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis, Instituto Nacional de Saúde, 2013

CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE 1<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986 [Em linha]. Disponível em <http://www.dgfdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML) – Departamento de Acção Social - Saúde Mental em Lisboa: Guia de Recursos; [Em linha]. –disponível em <http://www.saudemental.pt/familias-e-apoio-psicossocial/guia-de-recursos-de-saude-mental-em-lisboa/>

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML) - <http://lisboaverde.cm-lisboa.pt/index.php?id=4421>

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA (CML) – Envelhecer em Lisboa - Plano Gerontológico Municipal 2009-2013 [Em linha]. Grupo de Missão Envelhecimento e Intervenção Municipal. Disponível em:<http://lisboasolidaria.cm-lisboa.pt/651000/1/000151,000029/index.htm>



CORBURN J, COHEN AK (2012) Why We Need Urban Health Equity Indicators: Integrating Science, Policy, and Community [Em linha]. PLoS Med 9(8): e1001285. doi:10.1371/journal.pmed.100128, August, 2012. Disponível em:<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001285>

COMISSÃO EUROPEIA – Unidade do Desporto da Direção-Geral para a Educação e para a Cultura -Orientações da União Europeia para a Actividade Física . Edição do Instituto do Desporto de Portugal, IP, Julho de 2009. ISBN 978-989-8330-01-7

CRICAD – Alguns dados relativos aos comportamentos aditivos e dependências no Concelho de Lisboa – Documento interno, 2013

DECRETO-LEI nº 304/2009, de 22 de Outubro; Diário da República, 1ª Série;

DÉOUX, S.; DÉOUX, P. – Ecologia é a Saúde. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

DIAS, C, BRIZ, T – Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos na população portuguesa [Em linha]. - Artigos breves, nº2 – Observações\_Boletim Epidemiológico, 1– 2012. Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/artigo%20n2.pdf>

DIAS, S.; MENDÃO, L. *et al* – Teste do VIH, prevalência e tratamento em trabalhadores do sexo: Resultados de um inquérito com aplicação de teste rápido. - Póster apresentado à 2ª Conferência sobre Infecção VIH em grupos de difícil acesso. Março, 2013

DIAS, S.; MENDÃO, L. *et al* - Teste do VIH, prevalência e tratamento em trabalhadores do sexo: Resultados de um inquérito com aplicação de teste rápido – Disponível em: [http://www.vihportugal.org/pdfs/Teste\\_VIH\\_e\\_infeccao\\_SONIA\\_DIAS.pdf](http://www.vihportugal.org/pdfs/Teste_VIH_e_infeccao_SONIA_DIAS.pdf)

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho (dados provisórios) – Março, 2013

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - PNS – Plano Nacional de Saúde, 2012-2016 - Perfil de saúde em Portugal, 2013

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) – Saúde Infantil e Juvenil - Programa Nacional, Lisboa, Junho, 2013

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo de lei 16/2007 de 17 de abril - dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2012 - Divisão de saúde sexual, reprodutiva, infantil e juvenil - Divisão de epidemiologia e estatística - Lisboa, abril de 2013

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC) - Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia 2012 - progress report [Em linha]: – Thematic Report: Sex workers. Disponível em: <http://ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/hash/Pages/monitoring-dublin-declaration.aspx>

EUROPEAN COMMISSION - HEALTH & CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE-GENERAL - Directorate C - Public Health and Risk Assessment - Strategy on European Community Health

Indicators (ECHI) = the “Short List” - Network of Competent Authorities on Health Information - Luxembourg, 5-6 July 2004

EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS. - The 2011 ESPAD Report\_Summary, May 2012 [Em linha] Disponível em: <http://www.espad.org/en/Reports--Documents/ESPAD-Reports/>

EUROSTAT - Basic figures on the EU - Summer 2013 edition – Eurostat Compact Guides. Disponível em: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-GL-13-002/EN/KS-GL-13-002-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-GL-13-002/EN/KS-GL-13-002-EN.PDF)

EURO-UHRIS 2 – Taking Cities to a healthier future - European Urban Health Indicators System – Part Two – Urban Health Monitoring and Analysis System to Inform Policy – [Em linha] Disponível em : <http://results.urhis.eu>

FAHY, Nick - Who is shaping the future of European health systems? [Em linha] – British Medical Journal - BMJ 2012;344:e1712 doi: 10.1136/bmj.e1712 (Published 13 March 2012). Disponível em <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1712>:

FEIJÃO, Fernanda - Inquérito Nacional em meio escolar, 2011 – 3.º ciclo - consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada – Síntese de resultados. [Em linha] - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2012/INME-2011.pdf>

FEIJÃO, Fernanda - Inquérito Nacional em meio escolar, 2011 – secundário - consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada – Síntese de resultados. [Em linha] - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Disponível em: [http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011\\_secundario\\_rev.pdf](http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_secundario_rev.pdf):

FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS - Retrato de Lisboa PORDATA, Indicadores 2011 [Em linha] - 1ª Edição: Dezembro de 2012/ Atualização: Fevereiro de 2013. ISBN: 978-989-8424-94-5 Disponível em: <http://www.pordata.pt/Municipios/Retratos/2011/Retrato+de+Lisboa-1>

FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS - Encontro Presente no Futuro. Os Portugueses em 2030. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.

GARDETE Correia, Luís; BOAVIDA, José Manuel et al– Diabetes, Factos e Números, 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) ISBN: 978-989-96663-1-3 [Em linha]. Disponível em: [http://www.portugal.gov.pt/media/871173/20130219\\_relatorioanualdiabetes\\_2012.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/871173/20130219_relatorioanualdiabetes_2012.pdf)

GRAÇA, Pedro – O comer em Portugal – necessidades, práticas e escolhas – Conferência proferida em 2012 no Ciclo de Conferências: O futuro da alimentação: ambiente, saúde e economia, Fundação Calouste Gulbenkian, Abril, 2013. ISBN 978-972-31-1486-7

HASHAGEN,S e PAXTON,S - Frameworks for evaluation of community health and well-being work, in Editors: Judy Orme et al - Public Health for the 21st Century, Open University Press, 2007 ISBN-10:0 335 22207 2

HAUSMAN, Daniel – Health, well-being, and measuring the burden of disease [Em linha]. - Population Health Metrics, 2012, 10-13 - <http://www.pophealthmetrics.com/content/10/1/13>

HE FJ, CAMPBELL NRC, MACGREGOR GA. Reducing salt intake to prevent hypertension and cardiovascular disease [Em linha] - . Rev Panam Salud Publica. 2012;32(4):293–300. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23299291>

HEALTH INSTITUTE (KTL) and European Union - KILPELÄINEN, Katri, AROMAA, Arpo and the ECHIM Core Group (Editors) - European health indicators: development and initial implementation - Final report of the ECHIM project [Em linha]. - National Public Health Institute - Helsinki University Press - Helsinki 2008. ISSN 0359-3576. Disponível em: [http://www.echim.org/docs/ECHIM\\_final\\_report.pdf](http://www.echim.org/docs/ECHIM_final_report.pdf)

INDOORS / APDES - Support and empowerment of female sex workers and trafficked women working in hidden places - Portuguese Final Report - 2008-2010 [Em linha] – Janeiro 2010. Disponível em: [http://www.apdes.pt/project\\_indoors.php](http://www.apdes.pt/project_indoors.php)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – Anuário Estatístico da Região de Lisboa, 2011 [Em linha] ISSN 0872-8984. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=150036667&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=150036667&PUBLICACOESmodo=2)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – Destaque – Como são as famílias em Portugal e que riscos económicos enfrentam [Em linha]. – 14/5/2013. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaque&DESTAQUESdest\\_boui=158919375&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=158919375&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE (INSA), Departamento de Doenças infecciosas, - Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2011 [Em linha]. – documento nº 143 – Lisboa, Junho 2012. Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/RelatorioINFECCAOVIHIDA.aspx>

KING, Michael et al - Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. [Em linha]. The British Journal of Psychiatry, 192 (2008) 362-367. Disponível em WWW.: <URL: <http://bjp.rcpsych.org/content/192/5/362.full.pdf>

LAW,CM – Significance of birth weight for the future[Em linha] – Birth weight symposium – Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1721359/pdf/v086p000F7.pdf>

LEONARD, B. E.; SONG, C. (1996) – Stress and the immune system in the etiology of anxiety and depression. Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 54, 299-303.

LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia – Promover a Saúde – dos fundamentos à acção – Edições Almedina, SA, 2010. ISBN 978-972-40-4399-9

LUNDBERG, A. (Editor) – The environment and mental health – a guide for clinicians. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1998

MACEDO, M E; LIMA, M J; SILVA, A O et al - , - Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP [2] [Em linha]. - Rev Port Cardiol 2007; 26 (1): 21-39. Disponível em: <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/787.pdf>

MATOS,M e outros e Equipa Aventura Social – A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010 – Edição do Centro de malária e outras doenças tropicais /IHMT/UNL; FMH-UTL, Lisboa, Março de 2012. ISBN 978-989-95849-5-2

MATOS,M;REIS,M;RAMIRO,L e Equipa Aventura Social – A Saúde Sexual e reprodutiva dos Estudantes universitários –Relatório do Estudo – Dados Nacionais 2010 Edição do Centro de malária e outras doenças tropicais /IHMT/UNL; FMH-UTL, Lisboa, Novembro de 2012. ISBN 978-989-95849-6-9

MCKEE, Martin; KARANIKOLOS, Maria; BELCHER,Paul; STUCKLER, David – Austerity: a failed experiment on the people of Europe [Em linha]. – Clinical medicine, 2012, vol. 12 Nº 4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22930881>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL - Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) - Julho 2008. ISBN 978-989-95146-6-9. Disponível em: [http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm\\_planonacionalsaudemental2007-2016\\_\\_resumoexecutivo.pdf](http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016__resumoexecutivo.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE - COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL - Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental [Em linha] - Março 2012. Disponível em: [http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%CC%A7a%CC%83o\\_PNSM.pdf](http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%CC%A7a%CC%83o_PNSM.pdf)NATIONAL PUBLIC

NOGUEIRA, Helena – Pessoas, pobres, lugares pobres, saúde pobre. Territórios amplificadores do risco na área metropolitana de Lisboa [Em linha]. – INE, Revista de estudos demográficos nº 45. ISSN 1645-5657

NOGUEIRA, Helena – Vulnerabilidades do ambiente local –impactes no estado de saúde autoavaliado da população residente na Área Metropolitana de Lisboa [Em linha]. – INE, Revista de estudos demográficos nº 43. ISSN 1645-5657

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DO SISTEMA DE SAÚDE – Relatório de Primavera 2013. Lisboa: OPSS, ENSP/UNL, 2013

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

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT OECD – Annual Report [Em linha]., 2009. Disponível em: <http://www.oecd.org/newsroom/43125523.pdf>

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) – Health at a Glance – Europe [Em linha]., 2012. ISSN 2305-6088 Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>

PÁDUA, F. – Cuide do seu coração – as cartas de Almodôvar. Lisboa: âncora editora, 2013

PIMENTA, F. Aloísio et al, Autopercepção do estado de saúde em reformados e sua associação. Com o Uso de Serviços de Saúde [Em linha] - Acta Med Port. 2010; 23(1):101-106 Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/1/101-106.pdf>

POPAY, Jennie; ESCOREL, Sarah, HERNÁNDEZ; Mario, et al - Understanding and Tackling Social Exclusion - Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health From the Social Exclusion Knowledge Network - February 2008 [Em linha]. Disponível em: [http://www.who.int/social\\_determinants/knowledge\\_networks/final\\_reports/sekn\\_final%20report\\_042008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf)

PUSKA, P. et al (editores) – The North Karelia Project: from North Karelia to National Action. Helsinki: National Institute for Health and welfare and North Karelia Project Foundation, 2009

REDE SOCIAL – Plano Cidade para a Pessoa sem abrigo, Lisboa, - Grupo de Trabalho para a pessoa semabrigo [Em linha]. Abril, 2009. Disponível em: <http://www.cm-lisboa.pt/viver/intervencao-social/pessoas-sem-abrigo>

REDE SOCIAL – Plano de Desenvolvimento Social 2013-2015 [Em linha]. Disponível em: [http://www.redesocial-lisboa.pt/fileadmin/REDE\\_SOCIAL\\_LISBOA/PDF/PLANO\\_DESENVOLVIMENTO\\_SOCIAL\\_2013\\_2015.pdf](http://www.redesocial-lisboa.pt/fileadmin/REDE_SOCIAL_LISBOA/PDF/PLANO_DESENVOLVIMENTO_SOCIAL_2013_2015.pdf)

REGISTO ONCOLÓGICO REGIONAL SUL – RON 2006 – Registo Oncológico Nacional de todos os Tumores Malignos na População Residente em Portugal, em 2006 – IPOLFG – EPE, Lisboa, 2013

RIBEIRO, Isabel, relatora: Uma alimentação com futuro: saudável, sustentável e acessível para todos – in Síntese das principais conclusões do ciclo de conferências “O futuro da alimentação: ambiente, saúde e economia” Brochura – Fundação Calouste Gulbenkian, Dezembro de 2012.

ROCHA, Teresa; ALVES, Ana et al – Perfil de risco cardiovascular de estudantes do ensino secundário [Em linha]. Artigos breves, nº6 – Observações\_Boletim Epidemiológico, 1 - 2012 Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/artigo%20n6.pdf>

SANTANA, Paula; NOGUEIRA Helena; SANTOS, Rita - O Papel do Ambiente Físico e Social na Construção de Comunidades Saudáveis. Ensaio Metodológico Aplicado à Amadora - [Em linha]. - Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Geográficos, Engenharia civil, UM - Número 27, 2006. Disponível em: [http://www.civil.uminho.pt/cec/revista/Num27/n\\_27\\_pag\\_17-28.pdf](http://www.civil.uminho.pt/cec/revista/Num27/n_27_pag_17-28.pdf)

SANTANA, Paula; COSTA, Claudia; SANTOS, Rita; LOUREIRO, Adriana – O papel dos espaços verdes urbanos no bem-estar e saúde das populações [Em linha] – Revista de Estudos Demográficos nº 48 - Instituto, Nacional de Estatística, IP, 2010. ISSN 1645-5657. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

SANTOS, B.S. – Prefácio. In: Santos BS, organizador. Portugal: Um Retrato Singular. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO (SPH) - PHISA – Portuguese Hypertension and Salt Study [Projeção visual] - resultados apresentados no 7º congresso da SPA – Março de 2013 [Em linha] – Disponível em: <http://www.sphta.org.pt/pt/default.asp>

SINGHAMMER, John - The influence on birthweight of maternal living conditions a decade prior to giving birth. [Em linha]. Norsk Epidemiologi 2005; 15 (1): 91-98 91. Disponível em: <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/231>

SPENCER, N; LOGAN, S - Social influences on birth weight [Em linha]. – Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/56/5/326.full.pdf> (www.archdischild.com)

TAVARES, A. - Communitary Intervention – Migrants City Slums. In: PORTUGAL 2007 – Health and Migration in the EU – Better health for all in an inclusive society. Lisboa: Ministry of Health, National Institute of Health, 2008

TAVARES, A. et al – Lares para idosos em meio urbano – a satisfação das necessidades dos seus residentes. Prémio de Reconhecimento Científico da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2002

TAVARES, A. et al - Medicina das Exclusões Sociais. Porto: Menção Honrosa do Prémio Bial de Medicina Clínica, 2000

TAVARES, A. - Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 1990.

VIEGAS João et al - Ventilação, qualidade do ar e saúde em creches e infantários - resultados preliminares do projeto envirh. [Em linha] Coimbra, 2012. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1166/1/Ventila%C3%A7%C3%A3o,%20Qualidade%20do%20ar%20e%20Sa%C3%BAde%20em%20creches%20e%20infant%C3%A1rios%20-%20Resultados%20preliminares%20do%20projeto%20ENVIRH.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Health effects of particulate matter - Policy implications for countries in eastern Europe, Caucasus and central Asia, 2013. [Em linha] Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health-effects-of-particulate-matter.-policy-implications-for-countries-in-eastern-europe,-caucasus-and-central-asia>

WHO – Children’s Health and the Environment in Europe: a baseline assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007

WHO – Communicable diseases 2002: global defence against the infectious disease threat. Geneve: World Health Organization, 2003

WILKINSON; PICKET, K. – O espírito da Igualdade – porque razão as sociedades mais igualitárias funcionam quase sempre melhor – Penguin Books, 2009 - Editorial Presença, Abril 2010

WILKINSON, R; MARMOT, M, Editors – Social determinants of health: the solid facts [Em linha]. - World Health Organization, International Centre for Health and Society, 2003. ISBN 92 890 1371 0. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)

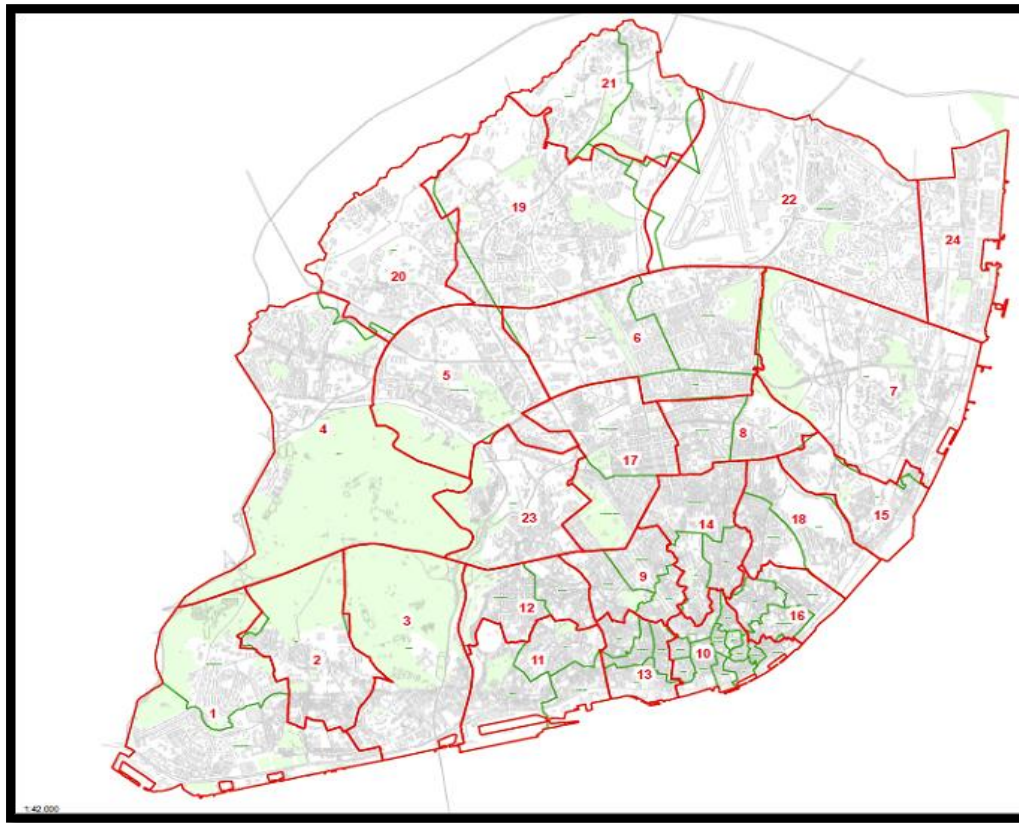


## **Anexos**





## Anexo 1 – Novas Freguesias de Lisboa



- 1 – Belém** (São Francisco Xavier + Santa Maria de Belém)
- 2 – Ajuda**
- 3 – Alcântara**
- 4 – Benfica**
- 5 – São Domingos de Benfica**
- 6 – Alvalade** (Campo Grande + São João de Brito + Alvalade)
- 7 – Marvila**
- 8 – Areeiro** (Alto do Pina + São João de Deus)
- 9 – Santo António** (São Mamede + São José + Coração de Jesus)
- 10 – Santa Maria Maior** (Mártires + Sacramento + São Nicolau + Madalena + Santa Justa + Sé + Santiago + São Cristóvão e São Lourenço + Castelo + Socorro + São Miguel + Santo Estêvão)
- 11 – Estrela** (Lapa + Santos-o-Velho + Prazeres)
- 12 – Campo de Ourique** (Santo Condestável + Santa Isabel)
- 13 – Misericórdia** (Mercês + Santa Catarina + Encarnação + São Paulo)
- 14 – Arroios** (Anjos + Pena + São Jorge de Arroios)
- 15 – Beato**
- 16 – São Vicente de Fora** (São Vicente de Fora + Graça + Santa Engrácia)
- 17 – Avenidas Novas** (São Sebastião da Pedreira + Nossa Senhora de Fátima)
- 18 – Penha de França** (São João + Penha de França)
- 19 – Lumiar**
- 20 – Carnide**
- 21 – Santa Clara** (Charneca + Ameloelira)
- 22 – Olivais** (Santa Maria dos Olivais)
- 23 – Campolide**
- 24 – Parque das Nações**

Proposta de Limites Administrativos Julho.2011

Limites Administrativos Oficiais

Anexo2 – Área territorial dos ACES e unidades de prestação de cuidados

ACES	CENTROS DE SAÚDE	FREGUESIA	POPULAÇÃO	INSCRITOS (Em Dez. 2012)	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados / Unidades de Saúde Familiar		
NORTE	ALVALADE	ALVALADE	8.869	29.051	UCSP Alvalade		
		CAMPO GRANDE	10.514		USF Parque		
		S. JOÃO DE BRITO	11.727				
	BENFICA	BENFICA	BENFICA	36.821	63.323	UCSP Benfica	
			CARNIDE	23.316		USF Carnide Quer	
	CORAÇÃO DE JESUS	N S FÁTIMA	15.283	16.806		USF Gerações	
		S. SEBASTIÃO DA PEDREIRA	6.342			USF Gerações - Pólo Boavista	
	LUMIAR	LUMIAR	AMEIXOEIRA	11.863		62.372	USF Luz
			CHARNECA	9.935			USF Rodrigues Migueis
			LUMIAR	41.163	UCSP Alto do Lumiar		
	SETE RIOS	CAMPOLIDE	15.460	58.083	UCSP Charneca		
		S DOMINGOS DE BENFICA	33.745		UCSP Lumiar		
	<b>Total</b>			<b>225.038</b>	<b>229.635</b>	US de Telheiras - SCML	
	CENTRAL	ALAMEDA	ALTO DO PINA	10.333	38.728	UCSP Alameda	
S. JOÃO DE DEUS			9.798				
S. JORGE DE ARROIOS			18.415				
CORAÇÃO DE JESUS		CORAÇÃO DE JESUS	3.689		25.836	UCSP Ribeira Nova	
		S. JOSÉ	2.746				
GRAÇA		GRAÇA	CASTELO	355		25.836	UCSP S. Nicolau
			GRAÇA	5.787			
			MADALENA	393			
			S. CRISTÓVÃO E S.LOURENÇO	1.341			
			S. MIGUEL	1.531			
			S. NICOLAU	1.231			
			S. PAULO	2.728			
			S. VICENTE DE FORA	3.539			
			SANTIAGO	619			
			SÉ	910			
SOCORRO	3.065						
STO ESTÊVÃO	1.511						

(continua...)

Retrato da Saúde em Lisboa

Junho de 2013

(continuação...)

ACES	CENTROS DE SAÚDE	FREGUESIA	POPULAÇÃO	INSCRITOS (Em Dez. 2012)	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados / Unidades de Saúde Familiar
CENTRAL	LAPA	LAPA	8.000	21.632	UCSP Lapa
		PRAZERES	8.096		
		SANTOS O VELHO	4.020		
	LUZ SORIANO	ENCARNAÇÃO	2.252	15.078	UCSP Luz Soriano
		MÁRTIRES	372		
		MERCÊS	4.345		
		SACRAMENTO	742		
		STA CATARINA	3.716		
		STA JUSTA	891		
	MARVILA	MARVILA	38.102	37.365	UCSP Marvila USF Lóios
	PENHA DE FRANÇA	ANJOS	9.361	26.848	UCSP Penha de França UCSP Damasceno Monteiro USF Sétima Colina
		PENA	4.486		
		PENHA DE FRANÇA	12.780		
	OLIVAIS	STA MARIA DOS OLIVAIS	51.036	42.884	UCSP Olivais
	S. JOÃO	BEATO	12.429	29.031	UCSP São João USF Monte Pedral USF Oriente
S. JOÃO		15.187			
SANTA ENGRÁCIA		5.249			
S. MAMEDE STA ISABEL	S. MAMEDE	5.420	15.078	USF Arco	
	STA ISABEL	6.875		UCSP Sofia Abecassis	
<b>Total</b>			<b>261.350</b>	<b>252.480</b>	
OEIRAS - LISBOA OCIDENTAL	AJUDA	AJUDA	15.584	17.047	UCSP Ajuda
		S.FRANCISCO XAVIER	8.020		
	ALCÂNTARA	ALCÂNTARA	13.943	23.478	UCSP Alcântara USF Descobertas
		STA MARIA DE BELÉM	8.541		
	SANTO CONDESTÁVEL	STO CONDESTÁVEL	15.257	12.968	USF Santo Condestável
<b>Total</b>			<b>61.345</b>	<b>53.493</b>	
<b>TOTAIS</b>	<b>18 Centros de Saúde</b>		<b>547.733</b>	<b>535.608</b>	

## Anexo 3 – Principais poluentes atmosféricos e seus efeitos na saúde humana

Poluente	Fontes emissoras	Efeitos na saúde humana
Compostos Orgânicos Voláteis (COV)	A presença destes compostos na atmosfera resulta de entre outros, das seguintes fontes de emissão: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaporação de matérias orgânicas em decomposição</li> <li>• Refinarias</li> <li>• Petroquímicas</li> <li>• Evaporação de combustíveis e solventes</li> <li>• Indústria da cortiça</li> <li>• Veículos automóveis</li> <li>• Uso de produtos que contêm solventes orgânicos</li> </ul>	Estes compostos podem causar irritação da membrana mucosa, conjuntivite, danos na pele e nos canais respiratórios superiores independentemente de estarem em estado gasoso ou em aerossol. Em contacto com a pele podem causar sensibilidade e pele enrugada e, quando ingeridos ou inalados em quantidades elevadas, causam lesões no esófago, traqueia, trato gastrointestinal, vômitos, perda de consciência e desmaios.
Dióxido de azoto (NO <sub>2</sub> )	O dióxido de azoto resulta da queima de combustíveis nas unidades industriais e da combustão, a altas temperaturas, nos motores dos veículos automóveis. Na combustão a elevadas temperaturas o azoto e o oxigénio moleculares do ar formam os óxidos de azoto, sobretudo monóxido de azoto que se oxida em grande parte a dióxido de azoto.	O NO <sub>2</sub> , ao ter pouca afinidade pela água das 2 mucosas, alcança as regiões profundas do trato respiratório e inibe algumas funções dos pulmões, tais como a resposta imunológica, diminuindo a resistência às infeções. Assim, os seus efeitos traduzem-se no aumento da susceptibilidade a doenças respiratórias, principalmente em crianças, e também no aumento da possibilidade de ataques de asma.
Dióxido de enxofre (SO <sub>2</sub> )	O dióxido de enxofre provém fundamentalmente da combustão dos combustíveis fósseis que contêm enxofre. É um gás que é emitido principalmente por fontes industriais (tais como: refinarias petrolíferas, indústria do papel e indústria química, centrais térmicas) e também pelo tráfego rodoviário (embora cada vez menos devido à redução da percentagem de enxofre nos combustíveis).	Os seus efeitos encontram-se associados a doenças respiratórias, como a bronquite crónica e asma, e cardiovasculares. É um dos gases que mais contribui para a acidificação das águas e vegetação, para a formação de smog, e também pode provocar más condições de visibilidade. Uma parte do SO <sub>2</sub> transforma-se em 2 pequenas partículas de sulfatos que chegam às vias respiratórias.
Partículas (PM <sub>10</sub> )	As partículas em suspensão (mistura de partículas no estado sólido ou líquido). As partículas podem ser constituídas por um variado número de compostos, desde poeiras de carbono a metais pesados dependendo da fonte de emissão. Provêm das cinzas, da fuligem e de outras partículas produzidas principalmente pela combustão de carvão e fuel-óleo na indústria e nos automóveis. São geradas em processos industriais, resultando também do tráfego rodoviário (sendo emitidas nos gases de escape dos veículos a gasóleo e provenientes do desgaste dos pneus e dos travões), de processos de queima, de movimentações de terras e da ressuspensão provocada pela passagem de veículos nas estradas. Também podem ocorrer fenómenos naturais de transporte de partículas a longa distância – eventos naturais. São exemplo disso as elevadas concentrações de partículas finas registadas em Portugal e que têm origem nos desertos do Norte de África.	As vilosidades e mucosas nasais capturam as partículas de maior diâmetro impedindo que cheguem aos pulmões. Porém as mais finas (produzidas pelo tráfego), por serem de menor dimensão, como é o caso das PM <sub>2,5</sub> (partículas em suspensão de diâmetro aerodinâmico inferior a 2,5µm), no respiratório, com consequências mais graves em termos de saúde. As partículas microscópicas podem afectar a atividade respiratória, com especial incidência em população de risco como as crianças e idosos, e agravar o estado de saúde em pessoas que sofram de doenças respiratórias e cardiovasculares. O seu risco não depende tanto da sua concentração mas sim de outros parâmetros como o seu tamanho e a sua toxicidade. As partículas em suspensão também afectam o coberto vegetal e reduzem a visibilidade.
Monóxido de Carbono (CO)	O monóxido de carbono provém essencialmente das emissões geradas pelos veículos a gasolina, principalmente dos mais antigos, e por alguns processos industriais. Por vezes ocorrem elevadas concentrações de CO em espaços confinados, ou ao longo das vias de circulação em situações de longas filas de trânsito.	Este poluente reduz a capacidade de transporte de oxigénio até aos tecidos vitais pelo sangue, afectando os sistemas cardiovascular e nervoso. Em concentrações mais reduzidas pode ser gravoso para indivíduos com doenças cardiovasculares e reduz o desempenho desportivo. As elevadas concentrações podem causar sintomas como dores de cabeça e fadiga.
Ozono troposférico (O <sub>3</sub> )	O ozono é um poluente secundário, resultando geralmente da transformação fotoquímica de certos poluentes primários na atmosfera, em particular dos óxidos de azoto (NO <sub>x</sub> ) e dos compostos orgânicos voláteis (COV), sob o efeito da radiação ultravioleta.	O ozono é um poderoso oxidante, podendo uma exposição crónica agravar os sintomas de irritação do trato respiratório e provocar dificuldades respiratórias (p. ex. impossibilidade de respirar fundo, inflamações brônquicas ou tosse). Uma intoxicação aguda provoca uma reação inflamatória ao nível das mucosas respiratórias e agrava os sintomas.

Fonte: Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Perfil Ambiental, 2012; (adaptado de Ferreira, F *et al*, 2001)

## Anexo 4 – Pressupostos das pesquisas efetuadas à Base de Dados de GDH dos hospitais da ARSLVT

Pressupostos das pesquisas efetuadas à Base de Dados de GDH dos hospitais da ARSLVT, produção de 2012, disponibilizada pela ACSS. A produção corresponde a episódios de doentes agudos, internamento e ambulatório, codificada de acordo com as regras da CID-9-CM, agrupada em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (versão AP 21), correspondente à Portaria 132/2009, 30 de Janeiro (Tabela 1).

Os resultados apresentados consideram o número de episódios e o tempo de internamento dos utentes tratados nos hospitais da ARSLVT, com residência no concelho de Lisboa, distribuídos por grupos etários, e áreas geográficas, concelho de Lisboa, Grande Lisboa e a região de Lisboa e Vale do Tejo.

### 1. Neoplasias da traqueia, brônquios e pulmão

162.0
162.2
162.3
162.4
162.5
162.8
162.9
209.21

**2. Tuberculoses:**

Todos os códigos de Tuberculose têm como possível os seguintes 5º dígitos: 0, 1, 2, 3, 4, 5 e 6. São representados com a letra "X". Assim, cada um dos códigos abaixo, poderá ser desdobrado em 7 códigos.

**Pulmonar**

011.0X
011.1X
011.2X
011.3X
011.4X
011.5X
011.6X
011.7X
011.8X
011.9X

**Outras tuberculoses**

010.0X	014.0X	017.0X
010.1X	014.8X	017.1X
010.8X		017.2X
010.9X	015.0X	017.3X
	015.1X	017.4X
012.0X	015.2X	017.5X
012.1X	015.5X	017-6X
012.2X	015.6X	017.7X
012.3X	015.7X	017.8X
012.8X	015.8X	017.9X
	015.9X	
013.0X		018.0X
013.1X	016.0X	018.8X
013.2X	016.1X	018.9X
013.3X	016.2X	
013.4X	016.3X	
013.5X	016.4X	
013.6X	016.5X	
013.8X	016.6X	
013.9X	016.7X	
	016.9X	

**3. AVC e AIT**

AVC		AIT
430	434.00	435.0
431	434.01	435.1
432.0	434.10	435.2
432.1	434.11	435.3
432.9	434.90	435.8
	434.91	435.9
433.00		
433.01		
433.10		
433.11		
433.20		
433.21		
433.30		
433.31		
433.80		
433.81		
433.90		
433.91		

**4. Diabetes**

*Diabetes mellitus* (primária) com complicações circulatórias periféricas (ex: angiopatia periférica/gangrena) com amputações no mesmo episódio

DM 1º
250.70
250.71
250.72
250.73

associado a

Amputações	
MIs	MSs
84.10	84.00
84.11	84.01
84.12	84.02
84.13	84.03
84.14	84.04
84.15	84.05
84.16	84.06
84.17	84.07
84.18	84.08
84.19	84.09



**5. Causas externas para tentativa de suicídio**

E950.0	E951.0	E952.0	E953.0	E954	E955.0	E956	E957.0
E950.1	E951.1	E952.1	E953.1		E955.1		E957.1
E950.2	E951.8	E952.8	E953.8		E955.2		E957.2
E950.3		E952.9	E953.9		E955.3		E957.9
E950.4					E955.4		
E950.5					E955.5		
E950.6					E955.6		
E950.7					E955.7		
E950.8					E955.9		
E950.9							

**6. Causas externas para acidentes de trânsito com veículos a motor**

Todos os códigos têm como possível os seguintes 4º dígitos: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9. São representados com a letra "X".

Assim, cada um dos códigos abaixo, poderá ser desdobrado em 10 códigos.

E810.X
E811.X
E812.X
E813.X
E814.X
E815.X
E816.X
E817.X
E818.X
E819.X

**7. Quando o "X" for o dígito 6 serão os acidentes envolvendo ciclistas.**

**8. De forma similar, quando o "X" for o dígito 7, serão os acidentes envolvendo pedestres.**

**Nota:****Concelhos incluídos na Grande Lisboa:**

Lisboa  
 Amadora  
 Cascais  
 Loures  
 Mafra  
 Odivelas  
 Oeiras  
 Sintra  
 Vila Franca de Xira

## **Anexo 5 – Periodicidade e objetivos dos exames de saúde (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil)**

### **PRIMEIRO ANO DE VIDA**

- 1.ª semana de vida
- 1 mês
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses

### **1 -3 ANOS**

- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 2 anos
- 3 anos

### **4-9 ANOS**

- 4 anos
- 5 anos – exame global de saúde
- 6 ou 7 anos (final 1º ano de escolaridade)
- 8 anos

### **10-18 ANOS**

- 10 anos (ano do início do 2º ciclo do ensino básico)
- 12 /13 anos – exame global de saúde
- 15 /18 anos

### **EXAMES DE SAÚDE *OPORTUNISTAS***

As idades referidas não são rígidas - se uma criança ou jovem se deslocar à consulta por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da idade-chave, deverá, se a situação clínica o permitir, ser efectuado o exame indicado para essa idade. Com este tipo de atuação - exames de saúde *oportunistas* - reduz-se o número de deslocações e alarga-se o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade.

De igual modo, a periodicidade recomendada deverá adequar-se

## OBJETIVOS DOS EXAMES DE SAÚDE

No decurso da vigilância em saúde infantil e juvenil são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população. Assim, pretende-se:

1. **Avaliar o crescimento e desenvolvimento** e registar os dados obtidos, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ);

2. **Estimular a opção**, sempre que possível, por **comportamentos promotores de saúde**, entre os quais os relacionados com:

- A nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados;
- A prática regular de exercício físico; o brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres e ambientes despoluídos; a gestão do stress;
- A prevenção de consumos nocivos;
- A adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes.

3. **Promover**:

- A imunização contra doenças transmissíveis, conforme o Programa Nacional de Vacinação;
- A saúde oral;
- A prevenção das perturbações emocionais e do comportamento;
- A prevenção dos acidentes e intoxicações;
- A prevenção dos maus tratos;
- A prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada;
- O aleitamento materno.

4. **Detetar precocemente e encaminhar** situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como: malformações congénitas - doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo(s) não descido(s) -, perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estatuto-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações neurológicas, alterações do comportamento e do foro emocional e relacional.

5. **Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns** nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.

6. **Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência** e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças.

7. **Assegurar a realização do aconselhamento genético**, sempre que tal esteja indicado, quer para os progenitores, quer para os adolescentes, se necessário, através da referenciação para serviços especializados.

8. **Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência**, tais como: negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, *bullying*, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina.

9. **Promover o desenvolvimento** pessoal e social e a **autodeterminação** das crianças e dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido e promovendo a equidade de género.

10. **Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais** e promover o bem estar familiar e em outros ambientes específicos.

A concretização destes objetivos implica a otimização dos recursos disponíveis. Assim, de molde a potenciar o trabalho em equipa, há que, em cada situação, aplicar os princípios deontológicos e as competências técnicas atribuídas pelas entidades próprias dos diferentes profissionais de saúde.

Pretende-se rentabilizar a ação dos profissionais e desenvolver sinergias nas diferentes equipas (intra e interinstitucionalmente), com as famílias e a própria comunidade, no sentido de assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens.

(em DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Saúde Infantil e Juvenil - Programa Nacional, Lisboa, Junho, 2013)